

26
201



Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela Nacional de Trabajo Social

**“La Contribución del Trabajo Social
en el Tratamiento a Niños Quemados
con Secuelas Biospsicosociales”**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

T E S I S

Que para obtener el título de:

LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL

P r e s e n t a :

García Flores María de Lourdes



México, D. F.

Mayo de 1991

ESCUELA NACIONAL
DE TRABAJO SOCIAL
CARRERAS Y EXAMENES
ESPECIALIZADOS



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.

I N D I C E

| | |
|--------------------|----|
| INTRODUCCION | I. |
|--------------------|----|

CAPITULO I : LA SALUD EN MEXICO.

| | |
|--|----|
| 1.1. GENERALIDADES DE LA SALUD EN MEXICO | 1. |
| 1.2. POLITICAS Y ACCIONES BASICAS DE LA SALUD PARA EL BIENESTAR DEL NIÑO Y LA FAMILIA | 4. |

CAPITULO II : QUEMADURAS.

| | |
|---|-----|
| 2.1. GENERALIDADES DE LAS QUEMADURAS EN MENORES DE EDAD | 16 |
| 2.2. QUE HACER ANTE UNA QUEMADURA | 22. |

CAPITULO III : TRABAJO SOCIAL MEDICO COMO PARTICIPANTE DEL HOSPITAL INFANTIL DE XOCHIMILCO, D.D.F. Y DEL INSTITUTO PARA LA ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO QUEMADO A.C.

| | |
|--|-----|
| 3.1. GENERALIDADES DEL TRABAJO SOCIAL MEDICO | 25. |
| 3.2. LA CONTRIBUCION DEL TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCION A NIÑOS QUEMADOS POR PARTE DEL HOSPITAL INFANTIL DE XOCHIMILCO | 30. |
| 3.3. PARTICIPACION DEL AREA MEDICA Y DEL AREA PSICOLOGICA EN LA ATENCION A NIÑOS QUEMADOS POR PARTE DEL HOSPITAL INFANTIL DE XOCHIMILCO | 34. |
| 3.4. LA CONTRIBUCION DEL TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCION A NIÑOS QUEMADOS POR PARTE DEL INSTITUTO PARA LA ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO QUEMADO | 38. |

CAPITULO IV : RESULTADOS DE LA INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL INFANTIL DE XOCHIMILCO Y EN EL INSTITUTO PARA LA ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO QUEMADO A.C.; DURANTE EL PERIODO DE JULIO DE 1989 A ABRIL DE 1990.

| | |
|--|-----|
| 4.1. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION | 40. |
|--|-----|

| | |
|---|-----|
| 4.2. PLANTEAMIENTO DE LAS HIPOTESIS | 44. |
| 4.3. TIPO DE INVESTIGACION | 46. |
| 4.4. DELIMITACION DE LA INVESTIGACION | 47. |
| 4.5. PROCESAMIENTO DE DATOS : RESULTADOS DE LAS HIPOTESIS Y CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACION | 48. |
| 4.6. RESULTADOS DE LAS HIPOTESIS / CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACION | 47. |
| 4.7. EXPERIENCIA DEL TRABAJO DE CAMPO : CASOS REPRESENTATIVOS | 49. |

CAPITULO V : LA CONTRIBUCION DEL TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCION A
NIÑOS QUEMADOS CON SECUELAS BIOPSIOSOCIALES EN LAS FASES DE:
PREVENCION, CURACION Y REHABILITACION.

| | |
|--|------|
| 5.1. PROPUESTA DEL PROYECTO TITULADO: LA CONTRIBUCION DEL TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCION A NIÑOS QUEMADOS CON SECUELAS BIOPSIOSOCIALES EN LAS FASES DE PREVENCION, CURACION Y REHABILITACION | 74. |
| CONCLUSIONES | 88. |
| SUGERENCIAS | 91. |
| ANEXOS | 92. |
| BIBLIOGRAFIA | 104. |

I N T R O D U C C I O N

Las motivaciones de la realización de ésta investigación fueron dos principalmente: La primera el tener contacto con el área médica, dado que sin haberse tenido algún contacto en la misma se daba infundadamente el rechazo y la otra fué, la inquietud por enterarse de lo concerniente a la participación del trabajo social en la atención a niños quemados.

Al experimentar la situación anterior se decidió el incorporarse a el Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado A.C. para poder lograr los intereses anteriores citados, interviniendo como profesional de trabajo social, y de esa manera poder analizar el tratamiento a que son sometidos los niños quemados y detectar en el mismo sus aciertos y deficiencias y poder conjeturar las modificaciones pertinentes, para que éste se torne completo y no descuide ningún aspecto y momento, además de que imprescindiblemente se incluiría en éste proceso a la familia como elemento activo y dinámico que contribuiría a la ejecución del tratamiento del menor quemado.

Inicialmente mencionaremos el objetivo de la investigación: el cuál aspira cubrir en cierto grado la necesidad de conocer e intervenir en la problemática biopsicosocial que asumen aquellos pacientes que como consecuencia de quemaduras graves, sufren diversos tipos de alteraciones.

Por otro lado, se destaca la ausencia de atención de tipo biológico, psicológico y social que experimentan los pacientes al ser dados de alta, esa postura acarrea consecuencias agudas, debido a que surgen y se acentúan secuelas biopsicosociales y es entonces el momento en que el trabajador social debe intervenir en la atención a las mismas. Además se debe de considerar que una quemadura provoca inmediatamente daños físicos, pero tardíamente origina lesiones emocionales y sociales.

Es importante destacar que el entorno del problema social de un menor quemado es difícil e incierto, dado que su futuro se torna con un panorama limitado, pues en el momento de adquirirse una secuela orgánica o biológica puede provocar alguna lesión permanente en alguna zona de su cuerpo, así como una apariencia desagradable, lo cual desembocaría en un complicado acceso al área laboral, además de que se presentaría el rechazo social y esa situación propiciaría la presencia de problemas de tipo emocional.

En base a los señalamientos anteriores se destaca el urgente abordamiento de la Prevención de Quemaduras para contribuir a minorizar los accidentes en el hogar, los cuales evitarían que se presentaran las quemaduras, esa situación debe de estar aunada a un buen manejo en el tratamiento del menor quemado en la fase de prevención y curación.

Por otra parte, a través de una muestra se detectaron las secuelas biopsicosociales que presentaron los pacientes

III

quemados, que fueron dados de alta en el periodo de Julio de 1989 a Abril de 1990, de esa manera se pudo interpretar su significado e importancia, permitiendo reunir los elementos indispensables para poder diseñar un Proyecto que pretenda tratar adecuadamente y oportunamente la problemática social citada, en donde trabajo social desarrollará un valioso papel participando conjuntamente con un equipo interdisciplinario, con la familia del paciente y con éste último, comprendiendo las fases o momentos de: prevención, curación y rehabilitación

Por último incluiremos en ésta introducción una breve descripción del contenido de ésta investigación, la cuál está compuesta por cinco capítulos:

En el primero se delimita la situación del aspecto salud en nuestro país, indicando las condiciones que presenta en la actualidad.

En el segundo capítulo se dá información referente al tema "Quemaduras", señalando los aspectos más generales, ubicando éstos datos en los menores de edad.

En el capítulo tres , se menciona el área de Trabajo Social en el ámbito de la Salud interviniendo concretamente en el Hospital Infantil de Xochimilco y en el Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado ,asumiendo su labor en la atención a los pacientes infantiles quemados.

En el cuarto capítulo se expresaron los resultados de la investigación efectuada para el abordamiento del tema en cuestión ; haciendo las observaciones pertinentes de la

IV

muestra empleada, así como los resultados que se derivaron de la misma.

Y para finalizar, el último capítulo titulado: "La contribución del Trabajo Social en la Atención a Niños Quemados con Secuelas Biopsicosociales en las fases de: Prevención, Curación y Rehabilitación", se ofrece la propuesta y/o sugerencia del investigador, pretendiendo cubrir lo más aproximado posible el objetivo de éste trabajo.

C A P I T U L O I

LA SALUD EN MEXICO.

1.1. GENERALIDADES DE LA SALUD EN MEXICO.

Al ubicar a la salud en el área de las ciencias sociales se ubica también al trabajo social participando en este proceso de salud-enfermedad, en donde están incorporadas numerables variables condicionantes que afectan o benefician este proceso, esto implica que "La enfermedad es la consecuencia de un desequilibrio biológico, aunado a una multicasualidad de factores sociales, psicológicos, económicos y culturales que la generan por lo que al hablar de enfermedad se deben de considerar todos esos elementos ". 1

Por otro lado es necesario indicar que el sector salud en nuestro país está compuesto por un complejo conjunto de medidas destinadas a preveer y curar enfermedades individuales y sociales, agrupando en dos tipos de regimenes sociales: el de seguridad social que ampara a los trabajadores que cuentan con una relación formal y el de asistencia dirigido a población abierta: en ésta última se encuentra el Hospital Infantil de

1. Cadena, Gutiérrez Reyna Ivon y otros autores. Los diferentes tratamientos que se dan a los menores quemados de 0 a 14 años en las Instituciones de alta concentración (Hospital Infantil de Xochimilco y Cruz Roja de Tlanepantla) , en el manejo de su evolución psicosocial y la intervención del trabajador social. MEX-UNAM, ENTS, TESIS 1988.

Xochimilco, perteneciente al Departamento del Distrito Federal y el Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado A.C. en dichos Centros de Salud se concentra la presente investigación, es decir, serán utilizadas como referencia para efectuar o abordar la problemática social que presentan los niños quemados con secuelas biopsicosociales.

Refiriéndose a la división de seguridad social se encuentran las Instituciones siguientes:

- El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
- El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

En cuanto a la división de asistencia dirigido a la población abierta, estarían las siguientes Instituciones.

- La Secretaría de Salud
- El Sistema Nacional para el Desarrollo de la Familia (DIF)
- El Departamento del Distrito Federal (DDF)

Al hablar de salud se debe de considerar la relación que se establece con la situación socioeconómica del país, para poder conocer en toda su extensión el problema social que representa, es muy difícil alcanzar resultados óptimos, dado que existe un estrecho vínculo entre enfermedad y pobreza, o encauzándola de otra manera, entre salud y productividad, debido que al obtenerse una producción baja de bienes y servicios se generan salarios insuficientes y estos a su vez dan lugar a una nutrición inadecuada y por consecuencia perjudicial para la salud.

Si por otro lado observamos que el sistema de suministro de los cuidados de salud está fragmentado y su eficacia es muy limitada, debido a que el sistema de enseñanza médica es anticuado, carece de financiamiento suficiente y no está a tono con las necesidades del país.

Por otra parte los servicios de la salud con que cuentan las Instituciones tienen una coordinación muy limitada entre sus diversos servicios, además de que al trabajar en forma parcialmente independiente no acogen de manera eficaz a los ciudadanos que requieren el servicio y su tratamiento se da en forma incompleta e inadecuada. Estas deficiencias son derivadas en parte, del problema de la inapropiada organización y a su vez dificultan el desarrollo de los objetivos de la salud en una base nacional, la determinación de prioridades y la planeación de los programas y los recursos indispensables de acuerdo a ellos.

Otro elemento que es importante contemplar en éste análisis es el relacionado a la inadecuada distribución de los centros de salud en la República Mexicana, pues ciertas zonas cuentan con el servicio de salud en forma suficiente, pero en otras zonas el servicio de salud se da en forma parcial y en otros lugares completamente se carece de servicios de salud.

Debido a las condiciones económicas, políticas y sociales que han imperado en nuestro país, ha existido y existe un gran número de población que no cubren sus necesidades básicas,

siendo en este caso una de ellas la salud.

1.2. POLITICAS Y ACCIONES BASICAS DE SALUD PARA EL BIENESTAR DEL NIÑO Y LA FAMILIA.

Para poder efectuar los dos temas citados precedentemente es necesario señalar ciertos antecedentes referentes a Políticas Sociales del sexenio pasado contenidos en el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 y posteriormente ubicados en el vigente el cual sería el Plan Nacional de Desarrollo 1988-1994.

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1983-1988.

Uno de sus propósitos fué mejorar el nivel de salud de la población, particularmente de los sectores rurales y urbanos rezagados.

Entre sus lineamientos de estrategia en lo concerniente a las acciones preventivas menciona el impulso a las actividades preventivas para contrarrestar la incidencia de las enfermedades transmisibles y paralelamente fortalecer las acciones que tiendan a limitar las no transmisibles, en donde están considerados los accidentes de donde derivan las quemaduras.

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 1984-1988.

Los objetivos generales del Programa Nacional de Salud derivan del Plan Nacional de Desarrollo y comprenden a la atención médica, la salud pública y la asistencia social.

El propósito básico del Programa Nacional de salud pretende: mejorar el nivel de salud de la población, procurando la cobertura total de los servicios con calidad básica homogénea y fortaleciendo las acciones dirigidas a los grupos más desfavorecidos, así como promover la protección social de los desamparados, comprende los siguientes siete grupos de programas:

- 1) Programa de acción vinculado a la ampliación de la cobertura y mejoramiento de la calidad de la atención médica.
- 2) Programa de acción para la prevención y control de enfermedades.
- 3) Programa de acción vinculado a la promoción de la salud.
- 4) Programa de acción vinculado al control sanitario y ambiental.
- 5) Programa de acción para contribuir al desarrollo demográfico armónico.
- 6) Programa de acción para fortalecer la asistencia social.
- 7) Programa de apoyo.

Este estudio está involucrado en el Plan número dos, el cual se denomina: Programa de Acción para la Prevención y Control de Enfermedades, el cual corresponde al tema que se está abordando en ésta investigación, concretamente "Quemaduras".

Este Programa se caracteriza por ser preventivo, pero también incluye aspectos curativos, integra varios programas específicos contra las enfermedades y riesgos que mayor magnitud y

trascendencia tienen en el país.

Además incorpore programa para padecimientos bucodentales y para los accidentes.

Estos programas se dirigen a toda la población pero algunos de ellos especialmente a grupos humanos más vulnerables o que se encuentran expuestos a mayores riesgos.

El objetivo de éste programa es: Abatir la incidencia de las enfermedades transmisibles y limitar las no transmisibles, así como los accidentes, otorgando prioridad a las acciones de carácter preventivo.

Entre sus líneas estratégicas cuentan con las que se dirigen a abatir la morbilidad y la mortalidad por enfermedades no transmisibles, así como disminuir las defunciones y lesiones causadas por accidentes, las que se refieren a éste último son:

- Diseño y desarrollo de programas de educación para la salud orientados a la adopción de medidas para la prevención y control de este tipo de enfermedades y accidentes.
- Promoción de la participación de la comunidad en la prevención de accidentes, con apoyo del Consejo Nacional para la prevención de accidentes.
- Fomento al impulso de acciones preventivas a desarrollar por sectores relacionados con el transporte y la vialidad entre otros, así como la evaluación de la efectividad de dichas medidas.

En el Plan Nacional de Desarrollo se incluye el Programa de Educación para la Salud, su objetivo específico es: Lograr la participación activa y consciente de los individuos, en beneficio de la salud, la de su familia y la de su comunidad, fundada en el desarrollo de valores, conocimientos, actitudes, hábitos y conductas que la favorecen.

Entre sus líneas estratégicas de acción se encuentran:

- Extender la cobertura de la educación para la salud a la totalidad de la población, a través de la participación coordinada y ordenada de las Instituciones que forman el sector.
- Promover la participación de los promotores, personal técnico y profesional de las dependencias extrasensoriales, que se encuentran relacionados con la educación para la salud en las comunidades.
- Diseñar y desarrollar acciones educativas de cobertura nacional en todas las materias de salud, otorgando prioridad a las siguientes: nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, riesgos de la automedicación, prevención de la farmacodependencia, salud ocupacional, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención de la invalidez y detección oportuna de enfermedades. 2

2 Programa Nacional de Salud 1984-1988. Poder Ejecutivo Federal. S.S.A. ; I.M.S.S. ; I.S.S.S.T.E. ; D.I.F.

Ley General de Salud, se establece en el capítulo cuarto en su art. 162 la definición de accidente, la cual se entiende por el "hecho súbito que ocasione daños a la salud, y que se produzca por la concurrencia de condiciones potencialmente prevenibles."

En su art. 163 menciona que la acción en materia de prevención y control de accidentes comprende:

- I. El conocimiento de las causas más usuales que generan accidentes;
- II. La adopción de medidas para prevenir accidentes;
- III. El desarrollo de investigación para la prevención de los mismos.
- IV. El fomento, dentro de los programas de educación para la salud, de la orientación a la población para la prevención de accidentes;
- V. La atención a los padecimientos que se produzcan como consecuencia de ellos, y
- VI. La promoción de la participación de la comunidad en la prevención de los accidentes.

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1989- 1994.

Dentro del rubro titulado Acuerdo Nacional para el mejoramiento productivo del nivel de vida, se encuentra como sustituto el siguiente:

6.2.3. Salud, asistencia y seguridad social.

En este apartado se ubica al tema de ésta investigación.

debido a que corresponde al área de salud, la cual la define como: El estado completo de bienestar físico y mental, en un contexto ecológico y social propicio para su sustento y desarrollo. Señalando que la salud descansa en la esfera de las interacciones económicas, sociales y culturales, y es un componente de varios órganos para la producción del bienestar social.

La salud no resulta meramente del solo progreso económico y social: requiere de acciones específicas para prevenir, preservar o restituir la integridad y vitalidad física y mental de los individuos en todas las esferas donde pueden estar expuestos a distintos riesgos: el hogar, el trabajo, las actividades de la vida cotidiana y el medio ambiente, principalmente.

Es importante indicar que aquí se mencionan aspectos importantes vinculados con el tema de la presente investigación pues al estar abordando el tema de la prevención, así como el de restituir la integridad física y mental, se está manejando uno de los objetivos del Proyecto que se propondrá hacia el niño quemado con secuelas biopsicosociales, en donde el trabajador social tratará de cumplir el objetivo citado.

La asistencia y seguridad social complementan a la salud haciendo más integral el propósito de atender el bienestar social en esta materia. La asistencia social persigue incorporar a los individuos que lo requieren, a una vida aceptable en lo económico y social, principalmente menores en estado

de abandono y en general desamparados y minusválidos.

La seguridad social atiende el bienestar del trabajador y su familia en sus necesidades de salud, educación, vivienda, cultura y recreación : protege el poder adquisitivo de su salario y otorga apoyos financieros; y garantiza la protección en casos de accidentes, jubilación, cesantía y muerte.

El objetivo más amplio de la política de salud, asistencia y seguridad social persigue la protección a todos los mexicanos, brindando servicios y prestaciones oportunos, eficaces, equitativos y humanitarios, que conduyen efectivamente al mejoramiento de sus condiciones del bienestar social.

Las estrategias generales que regirán las acciones del sector salud son:

- 1) mejorar la calidad del servicio;
- 2) atenuar las desigualdades sociales ;
- 3) modernizar el sistema de salud ; y
- 4) descentralizar y consolidar la coordinación de los servicios de salud.

A continuación se dará una breve explicación de las cuatro estrategias citadas precedentemente:

1) ELEVACION DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD.

Se iniciará desde la búsqueda de la asistencia médica, hasta la solución del problema motivo de la consulta.

La ampliación de la cobertura y del acceso a las instalaciones médicas será impulsada a través de mayores inversiones

y de la eficaz operación de sistemas expeditos de referencia y contrarreferencia. La prontitud y buen trato en la prestación de los servicios será acompañada por acciones que aumenten la productividad mediante la ampliación de turnos y actitudes apropiadas en el personal. La efectividad y eficiencia de las acciones médicas serán mejoradas a través de educación médica continua, el establecimiento de comités para la promoción de la calidad asistencial, y la permanente evaluación de la operación de sistemas de atención al público usuario.

2) ATENDER LAS DESIGUALDADES SOCIALES.

Se concederá prioridad especial a la atención de las zonas marginadas urbanas y rurales, con énfasis en la atención primaria a la salud. De fundamental importancia será vincular los esfuerzos de salud y asistencia a los medios más desprotegidos con las acciones integrales en materia de alimentación, vivienda, disponibilidad de agua potable, educación y saneamiento ambiental-entre otras- que impulsará el Programa Nacional de Solidaridad en la lucha contra la pobreza extrema.

3) MODERNIZAR EL SISTEMA DE SALUD.

Se impulsará en la sociedad una cultura de la prevención y el autocuidado de la salud individual, familiar y colectiva; esto se hará a través de la educación para la salud y el desarrollo de acciones de fomento y protección, donde colaboren las empresas y los organismos empleadores, los centros de

educación, los distintos niveles de gobierno, y las asociaciones sociales, profesionales y cívicas que comparten responsabilidades e interés en la protección de la salud.

Por otra parte, se impulsará la prevención de lesiones por accidentes. La salud en el trabajo y la salud mental serán objeto de programas prioritarios.

Cabe indicar que en éste apartado se ha hecho mención de aspectos vinculados con el tema de ésta investigación.

En la modernización de la salud, junto con la prevención y la protección, se hace necesario el mejoramiento de la efectividad y de las acciones curativas. Se buscará impulsar la más alta eficiencia en la prestación de servicios médicos, principalmente en las unidades ambulatorias, clínicas y hospitalarias, buscando el más alto aprovechamiento de los recursos disponibles, tanto de infraestructura como de personal y administrativos. Se dará prioridad a la rehabilitación y el aprovechamiento cabal de la capacidad instalada más que a la construcción de nuevas unidades.

4) DESCENTRALIZAR Y MEJORAR LA COORDINACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

Para cumplir con las políticas nacionales de salud y asegurar el desarrollo de los programas de mediano plazo, se reforzará la coordinación funcional del Sistema Nacional de Salud. Se adecuará el marco jurídico de la salud y las condiciones actuales, y se establecerán mecanismos de planea-

ción y coordinación con el fin de evitar duplicidades y desperdicio de recursos. Se consolidará el Sistema Nacional de Información sobre Infraestructura, Programas, Productividad, Control e Impacto de los Servicios de Salud.

Se continuará con la política de la descentralización de los servicios de salud consolidando lo logrado. Se establecerán convenios y mecanismos para superar los problemas relacionados con la capacitación y el desarrollo del personal, con el suministro de insumos básicos, la conservación y mantenimiento de las instalaciones y el apoyo logístico, a fin de lograr la utilización óptima de recursos que se destinan a la protección de la salud.

Inmediatamente se expondrá un análisis referente a la fundamentación sobre salud, proveniente de los documentos citados, de los diferentes órganos de Gobierno.

Debería tomarse en cuenta como un punto separado a los accidentes, puesto que su prevención requiere de una mayor participación y conciencia de la población, porque las enfermedades pueden prevenirse con vacunas y medidas higiénicas que se practican más o menos por la gente por el temor latente a la enfermedad, pero en el caso del accidente no se medita en lo que pueda suceder, y puede existir un riesgo presente pero no tomarlo en cuenta ó la falta de educación y orientación para reconocer un medio peligroso y, lo más importante para llevar a cabo medidas preventivas.

En cuanto a lo indicado en el Programa Nacional de Salud 1984-1988 y el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, refiriéndose a las acciones puestas en marcha, las mismas son mínimas y las instituciones, en este caso de salud, deben elaborar proyectos específicos que lleven a cumplir este programa para prevenir a los accidentes y en el caso de esta investigación, evitar al mínimo las quemaduras.

Por otro lado jurídicamente se ha hecho poco para prevenir los accidentes en el hogar; el riesgo de accidentes en otros lugares, es decir, de sufrir algún accidente en el trabajo, en algún lugar público, en la escuela, etc.; Pueden en cierta medida controlarse y/o prevenirse, llevando a cabo medidas de seguridad, las cuales son eficaces en algunas circunstancias y/o casos, permitiendo de esta manera minorizar en cierta cantidad este tipo de sucesos. Pero no ocurre lo mismo con los accidentes en el hogar por lo que es importante conocer y transmitir los factores predisponentes de los mismos, señalando los de tipo humano como los de tipo ambiental, para poder controlarlos y así evitar su desencadenamiento.

Cabe indicar que en el Plan Nacional de Desarrollo vigente, en el apartado de salud, asistencia y seguridad social se explican algunos resultados, que representan el análisis en cuestión, a continuación se mencionan:

" En las zonas marginadas urbanas y rurales aún no se alcanza la cobertura total de los servicios de salud ni la calidad deseable, y subsisten en general limitaciones en

el suministro de medicamentos, materiales de curación, equipos e instrumental médico, así como escasez de medios para su mantenimiento " 3

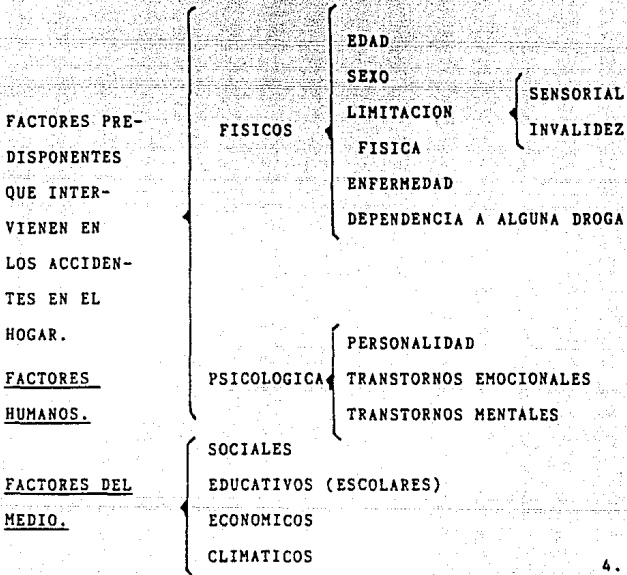
CAPITULO III

QUEMADURAS

2.1. GENERALIDADES DE LAS QUEMADURAS EN MENORES DE EDAD.

El menor está expuesto a diversos peligros, en donde predominan los accidentes en el hogar, donde están ubicadas las quemaduras.

A continuación se presenta la clasificación de los factores predisponentes que intervienen en los accidentes en el hogar.



4.

4. Damian Cervantes Carmen. Factores que influyen en el suceso de los accidentes en el hogar y su prevención. México UNAM. ENTS., TESIS 1989.

Al saber que las quemaduras derivan de los accidentes en el hogar, es importante anotar su definición, para poder comprender la gravedad de la misma y su entorno.

DEFINICION DE QUEMADURA:

"Quemadura es el daño cutáneo producido por cambios térmicos graves en los tejidos " 5

"Transferencia de calor a los tejidos corporales, provocando lesiones y desórdenes de tipo biológico " 6

La extensión de la lesión tisular resultante, señalada en ésta última definición , producto de una transferencia de calor depende de varios factores: temperatura de la fuente de calor; duración de la aplicación; conductividad del tejido afectado.

El nivel de atención requerido en un paciente quemado dependiendo de la extensión y profundidad de la quemadura como de su edad y de su estado general de salud.

También es necesario tomar en consideración la localización de las lesiones ya que existen áreas llamadas de prioridad que no deben olvidarse, tal es el caso de la cara, de las manos, los pliegues de flexión y genitales.

5. Comité de Traumatología de American College of Surgeons "Traumatología" . Ed. Interamericana. 1979.

6. González Ulloa Mario. "Quemaduras Humanas" Ed. Interamericana. México 1960.

Las quemaduras en los niños aún cuando abarquen una mínima extensión corporal, implica mayor gravedad, por lo que todo menor de dos años debe ser hospitalizado independientemente del área afectada; los preescolares con áreas quemadas mayores del 10 % requieren manejo hospitalario.

CLASIFICACION DE QUEMADURAS, DE ACUERDO A SU PROFUNDIDAD.

SUPERFICIAL: Aquellas en las que sólo se ha dañado la superficie externa de la piel: ésta se pone roja, pero no se forman ampollas y sana fácil y rápidamente.

SUPERFICIAL Y PARCIALMENTE PROFUNDA: Afecta a la capa exterior de la piel y provoca ampollas, éstas también se curan en poco tiempo y sólo muy pocas veces dejan cicatrices.

PROFUNDA : Estas son severas,, pues destruyen la capa externa de la piel, dejando las glándulas sudoríparas y los folículos pilosos, de las cuáles crece la nueva capá dérmica.

MUY PROFUNDA: Estas son consideradas las más graves, aquí se destruyen las glándulas sudoríparas y los folículos pilosos. Estas últimas escaldaduras a menudo requieren de injertos dérmicos, un procedimiento en el que se toman pedazos de la piel en otras áreas no dañadas del cuerpo y se cubre total y parcialmente la superficie quemada. Sucede con frecuencia que una misma quemadura presenta grados distintos de profundidad, por lo que se hace muy difícil evaluar su gravedad.7,

7. Folleto titulado "Alta Tecnología", Artículo : Quemaduras. Programa para la tecnología adecuada en el área de salud

CLASIFICACION DE LAS QUEMADURAS, DE ACUERDO A SU EXTENSION

"Se puede evaluar rápidamente la superficie de una quemadura, en porcentajes, por un método simple: La regla de nueve.

- La cabeza y el cuello representan el nueve por ciento de la superficie total del cuerpo.
- Cada miembro superior, el nueve por ciento;
- Cada miembro inferior, el doble; o sea el dieciocho por ciento ;
- El tronco cuatro veces nueve por ciento, o sea un treinta y seis por ciento.
- Los órganos genitales, uno por ciento.

Efectivamente, $9 \times 11 = 99$ más 1% ; es una buena aproximación Sin embargo en el caso de los niños, la cabeza es proporcionalmente más grande que en los adultos.

Así al año :

- La cabeza y el cuello representan el dieciocho por ciento
- Los miembros superiores y el tronco : como en el adulto
- Los miembros inferiores, por el contrario, trece por ciento cada uno " . 8.

La quemadura es considerada grave a partir de una superficie del 10% .

8. Hetmand, Marie. Prevención de los accidentes infantiles. Ed. Diana, México 1981.

CLASIFICACION DE AGENTES QUE PROVOCAN QUEMADURAS.

AGENTES ETIOLOGICOS : QUEMADURAS POR AGENTES QUIMICOS.

- Quemaduras por alcalis
- Quemaduras por ácidos
- Quemaduras por fósforo
- Quemaduras con magnesio
- Quemaduras por gases vesicantes

AGENTES ETIOLOGICOS : QUEMADURAS POR AGENTES FISICOS.

Dentro de los factores físicos se considera la exposición del fuego directo, a la luz solar y a los líquidos calientes. La exposición al fuego directo puede ocasionarse por explosiones de tanques de gas, flamares de calentadores de agua, generalmente son accidentes caseros.

Las quemaduras por líquidos calientes comprenden : agua o aceite caliente, café , atole y sopa caliente, los dos últimos por ser líquidos pegajosos tienden a adherirse a la piel reteniendo en mayor medida el calor.

AGENTES ETIOLOGICOS : QUEMADURAS POR AGENTES ELECTRICOS.

Son producidas por el contacto del cuerpo con la corriente eléctrica.

"El grado de la lesión corporal guarda mayor o menor proporción con varios factores: intensidad, tensión, resistencia de la parte del cuerpo con la que la corriente entra en contacto" 9.

9. L. Jhonson, Carole. Tratamiento de las Quemaduras. Manual Moderno, 10 edición, México 1983. p. 8.

El trayecto de la corriente es otra variable importante en el efecto de la corriente, la zona peligrosa es el corazón.

Los efectos de las quemaduras por corriente eléctrica van desde las lesiones locales que pueden situarse en el corazón, provocando trombosis, deformaciones físicas o la carbonización parcial o total de las áreas expuestas a la quemadura.

Los choques eléctricos se presentan en el hogar en la reposición de focos fundidos, y en la compostura de aparatos eléctricos o en el manejo inadecuado de cables eléctricos.

2.2. QUE HACER ANTE UNA QUEMADURA.

Los agentes causales de las quemaduras son los elementos que intervienen en el suceso donde resulta una lesión reconocible. Es decir, que el contacto del cuerpo con algún elemento físico, químico o eléctrico que genere calor va a ocasionar un daño a la vida celular del individuo.

El contacto del individuo con los agentes causales se ubica en el hogar, el trabajo, la vía pública, la escuela ; ambientes en el que puede generarse un accidente. Entendiéndose al "accidente como un suceso del que resulta una lesión reconocible " 10.

Las causas de las quemaduras en los niños varían de país a país, las dos fuentes más comunes, en términos generales, son los fuegos utilizados para cocinar y los líquidos calientes, como agua o aceite hirviendo. Los lugares más destacados como propicios para que ocurra un accidente son la cocina, el lavadero el baño ; los peligros permanentes son la cacerola hirviendo en equilibrio inestable, la llave de agua hirviendo, la taza de leche demasiado caliente, etc. 11.

10. Fernández Silva, Patricia. Las repercusiones en el ámbito laboral y la participación del Licenciado en Trabajo Social en pacientes en edad productiva con quemaduras de 2o y 3o grado del Hospital Dr. Rubén Leñero del D.D.F. de 1988-1989. México 1990. TESIS. UNAM. ENTS.

En las quemaduras por exposición al fuego directo, a la luz solar y a los líquidos calientes están como receptores principales los niños, quienes debido a su curiosidad no se percatan del peligro, a las amas de casa que mecánicamente ejecutan sus labores domésticas .

MEDIDAS INMEDIATAS ANTE UNA QUEMADURA.

- a) No tocar la quemadura.
- b) No restirar la vestidura que está adherida a una quemadura: la lesión se agravaría.
- c) El mejor tratamiento para cualquier caso de quemadura es aplicar agua sobre la lesión tan pronto como sea posible. Lo ideal es que sea agua fría, pero es buena también la que está a la temperatura ambiental. Si se aplica dentro de los 30 minutos siguientes a la quemadura, el agua fría evita que el daño se haga más profundo.
- d) Evaluar la intensidad del daño y decidir si el niño debe ser llevado a un hospital. Las quemaduras muy profundas sobre el 2 % o más de la superficie corporal, o más del 15 % en caso de quemaduras profundas, indican hospitalización. Estos niños deberán ser trasladados por shock.
- e) Las quemaduras menos severas que abarcan una superficie corporal menor, especialmente las que se localizan en brazos y piernas, deben ser lavadas cuidadosamente con agua previa-

mente hervida y sin reventar las ampollas. Posteriormente debe protegerse la quemadura, colocándose encima una gasa impregnada devaselina hervida - una vez que se ha enfriado- después se debe cubrir con algodón limpio y, por último, debe envolverse el área con una venda floja. Estos vendajes deben cambiarse cada dos o tres días. Debe administrarse penicilina y las articulaciones deben mantenerse rectas - brazos o piernas extendidos- con objeto de evitar que se formen contracturas.

- f) Las quemaduras sobre áreas mayores pueden ser limpiadas y dejadas al descubierto si al niño se le puede mantener sobre una tela de mosquitero para evitar el contacto con las moscas. Durante los primeros días del accidente, al niño quemado debe rehidratársele por vía oral, ya sea dándole a tomar suero o cantidades extras de líquido, con objeto de evitar la deshidratación. Durante la fase de recuperación se recomienda se le dé una mayor cantidad de alimentos que la usual.

MEDIDAS INMEDIATAS ANTE UNA QUEMADURA DE GRAVEDAD.

Si las vestimentas del niño se inflaman: envuélvalo de inmediato con un cobertor o ruédelo por la tierra o en el suelo para apagar el fuego. No arranque las vestimentas; pero una vez que las llamas hayan desaparecido, retire las vestimentas sintéticas, dejando sin embargo, el último pedazo de tela que se encuentre en contacto con la piel quemada;

C A P I T U L O I I I

TRABAJO SOCIAL MEDICO COMO PARTICIPANTE DEL HOSPITAL
INFANTIL DE XOCHIMILCO, D.D.F. Y DEL INSTITUTO PARA
LA ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO QUEMADO A.C.

3.1. GENERALIDADES DEL TRABAJO SOCIAL MEDICO.

Para que el Trabajo Social pudiera contribuir en el tratamiento médico del paciente tuvo que tener como antecedente, que sintiera la necesidad el personal médico de "integrar un personal que investigara situaciones familiares, sociales y verificara las implicaciones del proceso salud-enfermedad, y que fuera capaz de comprender el problema médico social en general, de particularizar situaciones, reconocer implicaciones y limitaciones, así como principalmente las diferentes formas de prevenir las enfermedades y sus posibles consecuencias, sin dejar de lado las acciones asistenciales que deben tener como base el conocimiento científico y emplear las técnicas modernas y lograr que los servicios estén técnicamente organizados " 12.

Por otro lado, el objetivo del Trabajo Social en el área médica: "estudia los problemas generados por las relaciones sociales que, objetivadas en carencias y necesidades, inciden en la salud, por lo que requiere de identificar las formas y los medios para preservarla, mantenerla y recuperarla, tratando de establecer alternativas de acción que tiendan a alcan-

12. Ayon Villanueva, María de Lourdes y otros autores. El papel del Trabajador Social en el Sector Salud: en el primer nivel de atención en el Centro de Salud Comunitario T. III Santiago Ahuizotla, MEX. UNAM. ENTS. ENSAYO 1986.

tener como base el conocimiento científico y emplear las técnicas modernas y lograr que los servicios estén técnicamente organizados." 12.

Por otro lado, el objetivo del Trabajo Social en el área médica: "estudia los problemas generados por las relaciones sociales que, objetivados en carencias y necesidades, inciden en la salud, por lo que requiere de identificar las formas y los medios para preservarla, mantenerla y recuperarla, tratando de establecer alternativas de acción que tiendan a alcanzar la salud integral de los individuos." 13.

Tanto la necesidad de que surgiera el Trabajo Social como parte fundamental de un tratamiento médico, así como el objetivo que persigue ésta disciplina hicieron posible que la misma formara parte de un equipo interdisciplinario, obteniendo un bienestar social, a través de las Instituciones, donde operacionaliza las políticas sociales que emanan del Estado, mediante la realización de funciones tales como la investigación, la educación, la orientación, el asesoramiento y la promoción, dependiendo del área donde se desenvuelve.

12. Ayon Villanueva, María de Lourdes y otros autores. El papel del Trabajador Social en el Sector Salud: en el primer nivel de atención en el Centro de Salud Comunitario T.III Santiago Ahuizotla, MEX. UNAM. ENTS. ENSAYO 1986.

13. Terán Trillo, Margarita. El perfil del Trabajador Social en el área de salud. Revista de Trabajo Social. UNAM. MEX.

Ante todo lo anterior se deduce que : "El Trabajo Social en el campo de la salud, es el profesional capaz de determinar la etiología social de las patologías o enfermedades tanto a nivel individual como colectivo, para participar desde el punto de vista preventivo hasta el tratamiento. " 14.

Podemos afirmar que el trabajador social es el especialista que está más en contacto con la realidad del paciente, y el contexto social que lo determina a fin de allegar elementos que permitan el conocimiento de sus problemas sociales y aborda la asistencia social en la búsqueda de su resolución.

Por otra parte, es importante indicar que el Trabajo Social actualmente proporciona atención en los Centros de Salud correspondientes a las Instituciones Públicas como el I.M.S.S., I.S.S.S.T.E., D.D.F., etc., interviniendo en sus distintos niveles de atención; enseguida se señalará la participación del trabajo social en los niveles de atención.

PRIMER NIVEL

En los Programas se incluyen diversos temas ,entre los que están incluidos los accidentes en general, se tratan los accidentes del trabajo, de tránsito y en el hogar. Los tipos de accidentes que se abordan son intoxicaciones, quemaduras, heridas, luxaciones, etc. Estos temas generalmente se dan a nivel

14. Chávez Carapia, Julia. La formación del trabajador social ENTS. UNAM., Revista N° 7, México 1981. p. 54.

Cuando los trabajadores sociales son quienes dan las pláticas ellos preparan los temas, algunas veces se cuenta con el apoyo médico, en otras ocasiones no.

Los trabajadores sociales de algunos Centros de Salud asisten a las escuelas primarias donde imparten pláticas referentes a los accidentes en general en el cual incluyen los que ocurren en el hogar, se imparten a los niños y a los padres de familia de los mismos. Los trabajadores sociales son quienes organizan estas actividades.

Como material de apoyo utilizan rotafolios y diapositivas.

En los Centros de Salud se colocan periódicos murales alusivos al tema.

"CLINICAS" (SEGUNDO NIVEL)

En las Clínicas sobre todo las del ISSSTE los trabajadores sociales organizan y coordinan cursos y pláticas, además de elaborar el Programa en forma anual.

Los cursos que imparten los médicos, dirigido a población abierta. Las pláticas son impartidas por los trabajadores sociales o los médicos, medio por el cual es más tratado el accidente en el hogar que en los cursos. Estas pláticas se dan en la sala de espera, a la gente que asiste a la consulta.

En general se trata el tema de los accidentes: de trabajo, de tránsito, en el hogar; tipos de accidentes como: quemaduras, intoxicaciones, traumatismos, etc.

Generalmente no se utiliza material de apoyo. En algunas clínicas se utiliza periódico mural, con temas referentes a acci-

el hogar; tipos de accidentes como:quemaduras,intoxicaciones, traumatismos,etc.

Generalmente se utiliza material de apoyo. En algunas Clínicas se utiliza periódico mural,con temas referentes a accidentes en el hogar,esto se hace de manera esporádica.

TERCER NIVEL

Son muy pocos los Hospitales de Alta Especialidad en los que se dan pláticas acerca de accidentes.

El Programa respectivo lo elabora el trabajador social y son quienes consultan y elaboran el material,así como dar las pláticas; no cuentan con el apoyo del médico.

Se abordan accidentes de trabajo,de tránsito y en el hogar;Los temas tratados son:quemaduras,intoxicaciones y traumatismos.

Por lo general se dan una vez a la semana a las personas que esperan en la sala.

En otros Hospitales especializados la actividad dirigida a la prevención de accidentes la realiza la enfermera. 15.

3.2. LA CONTRIBUCION DEL TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCION A NIÑOS QUEMADOS POR PARTE DEL HOSPITAL INFANTIL DE IOCHIMILCO

Los orígenes del Hospital Infantil de Iochimilco, se sitúan alrededor de los años sesentas, su inauguración fué en 1964.

El Hospital cuenta actualmente con las siguientes Salas y/o secciones:

Sala de Quemados, Sala de Cirugía Reconstructiva, Sala de Neonantología, Sala de Lactantes I, Sala de Lactantes II, Sala de Cirugía General, Sala de Infectología, Sala de Urgencias, Sala de Consulta Externa.

Por otro lado, es necesario señalar los objetivos que persigue actualmente el área de trabajo social dentro de ésta Institución:

" a) Participar con el equipo de salud con la planeación, ejecución y evolución de programas que logren la promoción, protección y reestructuración de la salud en individuos, grupos y comunidades.

b) Lograr la participación de los usuarios de los servicios en los Programas de Salud, implementados por la Dirección General de los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal "

Para poder seguir dando la explicación de éste apartado, es necesario ubicar desde un inicio la situación del Hospital infantil de Xochimilco, dicha Institución permite el apoyo en la sección de quemados por parte del Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado, A.C., dicha Asociación Civil interviene con los pacientes del Hospital otorgando atención social y psicológica a los niños que han sufrido alguna quemadura y que son internados en el Hospital citado, el servicio es gratuito y el paciente tiene libertad de determinar si quiere recibir el servicio o no.

Continuando con la explicación del Hospital en cuestión, se hace referencia de que en la Sala de Quemados están instaladas 9 camas, 3 tinas de baño y una sección de curación. Los pacientes son atendidos por un trabajador social, un médico y 6 enfermeras en el turno de la mañana y en el turno de la tarde, y refiriéndonos al turno nocturno se dá atención por parte de 3 enfermeras unicamente.

En cuanto al material de curación existe el más básico y en cantidades limitadas.

Los niños que ingresan a la Sala de Quemados pueden ser del sexo masculino o femenino, su edad debe de estar entre los cero (0) años hasta los 14 años, deben tener quemaduras de

16. Manual Múltiple de Trabajo Social D.D.F., Dirección General de Servicios Paramédicos de Diagnóstico y Tratamiento. Coordinación de Trabajo Social. México 1985.

primero y segundo grado en extensión mayor al 10 %, quemaduras del tercer grado, niños menores de dos años con quemaduras leves, o bien niños con quemaduras poco extensas pero que comprometen alguna función vital.

La población que ingresa al Hospital y posteriormente a la Sala de Quemados debe de ser de bajos recursos económicos, además de no estar asegurado en alguna Institución del Sector Público.

LAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLA LA TRABAJADORA SOCIAL
EN LA "SALA DE QUEMADOS" ES LA SIGUIENTE:

- Consulta diaria de los expedientes de los pacientes, en el mismo se hacen las anotaciones que sean necesarias.
- Visita diaria a cada uno de los pacientes.
- Visitas domiciliarias, de acuerdo a las indicaciones del médico.
- Elaboración del estudio de trabajo social (ver, anexo #1).
- Llevar a pacientes a las interconsultas requeridas.
- Mantener coordinación con el equipo de salud.
- Ubicar al familiar del paciente con el grupo socioeconómico que le corresponda, con la finalidad de determinar la cuota que deberá liquidar el familiar del paciente , al ser dado de alta éste último, basándose en un estudio socioeconómico que previamente se elaboro.
- Solicitar a los familiares del paciente, la notificación del accidente, dicho trámite se efectúa en el Ministerio Público, es un requisito que se les pide a los pacientes

quemados para poder proceder en el continuar dándoles atención y terminar el tratamiento médico: si no cumplen con el requisito indicado no se les proporciona atención.

- Canalizar a los pacientes al Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado A.C.
- Mantener coordinación con el personal que labora en el Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado A.C.

3.3. PARTICIPACION DEL AREA MEDICA Y DEL AREA PSICOLOGICA EN LA ATENCION A NIÑOS QUEMADOS POR PARTE DEL HOSPITAL INFANTIL DE XOCHIMILCO.

AREA MEDICA

Al estar instalados los niños en la Sala de Quemados se procede a la ejecución de varios pasos que hay que efectuar dentro del tratamiento, y que algunos de los mismos pueden variar de acuerdo al tipo de quemadura que presenta el paciente a continuación se indican:

- 1.- Evaluación del sistema cardiorrespiratorio.
- 2.- Exámen físico breve.
- 3.- Administración de líquidos.
- 4.- Inserción de cateter urinario.
- 5.- Inserción de una sonda gástrica y vaciamiento del estómago.
- 6.- Debridamiento, limpieza y cubrimiento de la piel lesionada.
- 7.- Administración de antibióticos, analgésicos y vacuna anti-tetánica.

TRATAMIENTO LOCAL.

- 1.- Lavado con agua y jabón.
- 2.- Debridamiento quirúrgico cuando sea necesario.
- 3.- Aplicación del ungüento indicado en capas delgadas, directamente sobre las lesiones.
- 4.- Revisiones periódica de los tejidos nacróticos (desvitalizados o muertos) que se acumulan.

TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO A LOS ANTERIORES.

- 1.- Aplicación de injertos.
- 2.- Utilización de férulas o ropas compresivas para evitar cicatrices, y retracciones que puedan provocar posiciones viciosas.
- 3.- Aplicación de la medicina de fisioterapia.

LIMITANTES DE LOS TRATAMIENTOS PRECEDENTES.

Es importante destacar que al empezar a desarrollarse la herida, es decir, al ir evolucionando de acuerdo al tratamiento médico a que está siendo sometida, no es posible detectar con facilidad la mejoría, debido a que hay una capa adherida firmemente en la zona, pudiéndose confundir con una aparente evolución con una severa infección. Por lo regular la apariencia externa es de regeneración del tejido, manifestándose en una costra dura, superficial y falsa. Al provocarse su desprendimiento se descubre la presencia de infecciones y su profundidad.

Por otro lado, si por alguna razón no se llegará a efectuar adecuadamente el injerto, se produciría una capa gruesa de tejido de granulación seguida de una intensa retracción.

Otra razón que acarrea consecuencias nocivas es la relacionada a los remedios caseros, los cuáles son suministrados y/o aplicados con alta frecuencia a los accidentados, algunos de ellos son los siguientes: clara de huevo, crema, pasta de dientes, crema de zapatos, aceite, manteca, hielo, sávila,

etc. ; Al ser aplicados éstos remedios empeoran la gravedad de la herida, porque pueden provocar la profundización de la herida , o lo que sucede más a menudo es que se infecte la lesión.

TRATAMIENTO POST HOSPITALIZACION.

El paciente al terminar el tratamiento citado, y al haber sido externado del Hospital, debe cumplir los pasos que a continuación se señalan:

- 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.- Acudir a revisiones periódicas que inicialmente se programarán semanalmente y que posteriormente de acuerdo a la gravedad del caso se planearán en espacios más prolongados durante un período de dos años.

AREA PSICOLOGICA.

Las actividades que desarrolla el área de psicología dentro del citado Instituto son las siguientes:

- 1.- Elaboración de la historia clínica.
- 2.- Aplicación de pruebas psicológicas de diagnóstico.
- 3.- Visita a Sala de Quemados diariamente.
- 4.- Psicoterapia de apoyo en sala.

- 5.- Psicoterapia individual.
- 6.- Clínica del dolor en curaciones y Clínica del dolor en baño.
- 7.- Terapia de juego.
- 8.- Terapias de grupo dirigidas a padres de familia.
- 9.- Terapias de grupo dirigidas a pacientes y hermanos de los mismos.

3.4. LA CONTIBUCION DEL TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCION A NIROS QUEMADOS POR PARTE DEL INSTITUTO PARA LA ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO QUEMADO.

Al refererirnos a éste Instituto se debe de considerar que es una fundación de comunicación cultural A.C., inició sus actividades en Abril de 1983.

Su propósito es coadyuvar en la planeación de medidas preventivas y de rehabilitación en pacientes quemados.

Su objetivo general es: Incidir en la morbi-mortalidad y en los factores sociales que influyen en la generación de los accidentes por quemaduras a través de acciones preventivas y de capacidad a educadores para que ejerzan como promotores en su comunidad ; Pretende manejar al paciente quemado, a través de la participación social y psicológica, apoyándose en el equipo médico y psramédico del Hospital Infantil de Xochimilco, para totalizar la atención del paciente.

ACTIVIDADES QUE DESARROLLA TRABAJO SOCIAL.

- Elaboración del estudio social, a través de una o varias entrevistas. (ver anexo # 2)
- Elaboración del estudio económico, en caso de que lo amerite el paciente, de acuerdo a su situación económica se le donará una o varias lickers.
- Orientación individual a familiares de los pacientes ; ésta se dá en caso de que se detecte algún conflicto de índole

familiar o en otros casos de otra fuente, y se le orienta o se le canaliza al personal apropiado.

- Control de ingresos y egresos del paciente a través de un registro que se realiza diariamente.
- Visita a Sala de Quemados; Aquí se conversa con el paciente y sus familiares, se observa la evolución del primero, se detectan las diversas alteraciones, se perciben los cambios de conducta que está experimentando el paciente; Al haberse captado todo lo anterior se comenta con el psicólogo en el momento de ser analizado algún caso.
- Análisis de caso entre el trabajador social y el psicólogo. El abordamiento de los casos se da 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, indicando a que área le corresponde atender el caso.
- Análisis de caso entre el personal de ambos Centros de Salud.

Por otro lado, el trabajador social interviene conjuntamente con el área de psicología en la atención a éste tipo de pacientes; el personal con el que cuenta citado Instituto es el siguiente: una trabajadora social apoyada por tres prestadoras de servicio social y un psicólogo apoyado por una prestadora de servicio social, con un coordinado que es médico.

CAPITULO I V

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION REALIZADA EN EL HOSPITAL
INFANTIL DE XOCHIMILCO Y EN EL INSTITUTO PARA LA ATENCION
INTEGRAL DEL NIÑO QUEMADO A.C.; DURANTE EL PERIODO DE
JULIO DE 1989 A ABRIL DE 1990.

4.1. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION.

La razón por la cual se decidió el abordar y desarrollar el tema de esta investigación es el modificar la atención que se le da a los pacientes infantiles quemados, a través del diseño de un Programa que pretenda cubrir el aspecto social psicológico y médico ; tanto en el plano preventivo como curativo y rehabilitatorio, considerando que éste tipo de pacientes ha adquirido secuelas biopsicosociales.

Al haberse tenido experiencia como trabajadora social en el Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado A.C. ,se pudo conocer la intervención del área de trabajo social en el tratamiento a el tipo de pacientes citado y por tal razón se determinó que éste no es el apropiado; dado que no se atienden las etapas de prevención y de rehabilitación, además de que no son contempladas las secuelas biopsicosociales

Por otro lado el área social (trabajo social), el área psicológica y el área médica denotan carencias, limitaciones y deficiencias, puesto que no se cuenta con el personal y/o los profesionistas apropiados, refiriéndonos en el aspecto cualitativo y cuantitativo. Además de que no existe un Programa de Trabajo que cubra las necesidades y demandas de la población atendida.

Así mismo no se da una supervisión y evaluación constante entre los participantes del tratamiento, lo cual influye en la parcial coordinación en las actividades que se llevan a

cabo.

En cuanto a recursos materiales y mobiliario, así como presupuesto, existe carencia, limitación y poca diversidad de los mismos.

Y por último no existe un seguimiento de caso, puesto que son suspendidos en distintas fases llegándose a concluir muy pocos de éstos.

Por otro lado, la situación de un niño quemado acarrea tanto en forma inmediata como medista consecuencias nocivas, de tipo social, familiar, orgánico y/o biológico, emocional y psicológico principalmente; tanto en el período de hospitalización como en el de rehabilitación en el hogar. Puesto que en el período de hospitalización se alteran las actividades cotidianas de la familia, ocurriéndose en algunos casos una desestabilización familiar.

Generalmente en la familia del paciente se presenta el sentimiento de culpabilidad, causando conflictos entre la pareja y entre otros parientes; en otros casos el niño siente que no fué cuidado adecuadamente y culpa a sus familiares de su quemadura, demandando protección provocando una sobreprotección.

También se presentan problemas de tipo económico, debido a que tienen que pagar en el Hospital, comprar medicamentos, en algunas veces alimentación especial, lickers o ropas compresivas y transporte, dado que los familiares tienen que ir a las visitas y consultas requeridas.

En general se presentan problemas familiares, reflejados en el entorno social del menor, en su relación con sus familiares, con sus compañeros de escuela, etc.

Abocándonos a las consecuencias biológicas y orgánicas cabe indicar que se concentran en dos grupos; en el primero se encuentran las Funcionales, en donde entran las cicatrices hipertróficas que provocan retracciones e invalidez en ciertas áreas. En el segundo grupo se ubican las secuelas estéticas, en donde están las desfiguraciones físicas, las manchas, las cicatrices y las retracciones.

Por otra parte, las quemaduras en general son una causa importante de inhabilitación y desfiguraciones físicas, favoreciendo las infecciones, dejando a los niños más susceptibles a otras enfermedades. Su importancia también radica en función de la zona atacada; la cara, las articulaciones, los orificios naturales son las zonas particularmente vulnerables.

Y por último refiriéndonos a las secuelas psicológicas, es importante indicar que el menor sufre un impacto emocional agudo en el momento en que sufre quemaduras, puesto que su conducta puede desembocar en actitudes dañinas para su desenvolvimiento normal, tornándose en aislamiento, agresividad, retraimiento, etc.

Y, para concluir, cabe destacar que el profesionalista en trabajo social pretende tener un papel relevante en el tratamiento a éste tipo de pacientes, puesto que considera importante participar en todas y cada una de las fases del

tratamiento, tanto las que existen actualmente y las que se piensan que son indispensables incluir.

4.2. PLANTEAMIENTO DE LAS HIPOTESIS.

- 1.- A baja escolaridad de los cónyuges, mayor índice de accidentes en la familia dentro del hogar.
- 2.- Al existir bajos recursos económicos que representan un medio ambiente peligroso en el hogar, por ejemplo el uso de anafores y la condición de encontrarse en hacinamiento, entre otros, se dará el riesgo de sufrir accidentes.
- 3.- Al existir la ignorancia de los padres de familia sobre la atención a quemaduras, se dará un conformismo en el tratamiento que reciben los hijos de los mismos.
- 4.- Al desconocerse las fases de lo que comprende un tratamiento integral hacia un niño quemado, se dará el desinterés para concluirlo por parte de los familiares del mismo.
- 5.- A mayor aplicación de remedios caseros en las heridas de quemaduras, mayor riesgo de que se den infecciones en la zona afectada.
- 6.- Al darse un tratamiento médico inadecuado e inoportuno, mayor posibilidad de secuelas en las heridas.
- 7.- Al no proporcionarse un tratamiento psicológico a pacientes quemados y, en otros casos darse el mismo en una forma muy parcial o incompleta, mayor posibilidad de que se presenten síntomas emocionales perjudiciales para el menor.
- 8.- Al haber una orientación familiar deficiente hacia los padres de los pacientes, se darán conflictos agudos entre los mismos.

- 9.- A menor conocimiento de las secuelas biopsicosociales por los familiares de los pacientes, menor conocimiento en el manejo del paciente durante la etapa de post hospitalización.
- 10.-Al proponer un Proyecto para el tratamiento de las quemaduras en niños con secuelas biopsicosociales se dará la posibilidad de ejecutarlo y de mejorar el servicio en la "Sala de Quemados" , permitiendo una curación y rehabilitación mayor en éste tipo de pacientes.

4.3. TIPO DE INVESTIGACION.

Al haber situado en el plano de la investigación exploratoria y descriptiva al tema de la investigación en cuestión significa, que en un primer momento nos familiarizamos con un problema social, lo conocemos a fondo, observando sus distintos aspectos y de esa manera se puede diseñar un plan de acción que aborde la problemática social que se está tratando, el cual corresponde a las demandas de la población adecuada y se puede considerar apropiada y viable, destacando en cada momento la participación del trabajo social.

Por otro lado, "la investigación descriptiva tiene por objeto exponer las características de los fenómenos, tiene carácter diagnóstico cuando propone establecer relaciones causales entre distintos fenómenos". 17

En la etapa descriptiva se expondrán las características de los fenómenos, de la problemática social, señalando las causas- efectos, permitiendo elaborar diagnósticos y relacionando elementos que están incorporados en los mismos.

17. Garza Mercado, Ario. Manual de Técnicas de Investigación para estudiantes de Ciencias Sociales. Ed. El Colegio de México, 3ª edición . México 1981.

4.4. DELIMITACION DE LA INVESTIGACION.

La investigación se llevó a cabo en el Distrito Federal, Ciudad de México.

Se utilizó el muestreo de tipo estratificado, debido a que se conocían ciertas características del conjunto o universo y se procedió a agrupar en estratos o características o clases las unidades de muestreo homogéneas entre sí. Posteriormente dentro de cada uno de los estratos se llevo a cabo una selección al azar, aleatoria simple.

Cabe señalar que el primer paso para ésta selección fué el de revisar todos los expedientes de los pacientes que había atendido la trabajadora social del Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado, A.C., los expedientes correspondieron al período de Julio de 1989 a Abril de 1990 (10 meses), posteriormente se procedió a agrupar los que contenían información más completa y sobre todo que la dirección incluyera todos los datos necesarios para poder llegar al domicilio indicado; de esa manera se pudieron reunir 30 expedientes y se procedió a la aplicación del instrumento o cuestionario.

La muestra se conforma por 30 expedientes, de todos ellos se hicieron las respectivas visitas domiciliarias, pudiendo entrevistar a los familiares de los pacientes quemados.

La muestra no se centró en una zona geográfica concreta, puesto que se abarcaron distintas Delegaciones Políticas, las cuáles fueron las siguientes: Xochimilco, Iztapalapa, Centro, Tlahuac, citándose en ese orden cualitativamente.

4.5. PROCESAMIENTO DE DATOS: RESULTADOS DE LAS HIPOTESIS Y CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACION.

TRABAJO DE GABINETE:

El trabajo de gabinete estuvo compuesto por tres tareas, las cuáles se describen a continuación:

1.- CLASIFICACION DE LOS DATOS.

Mediante la codificación y tabulación de los mismos.

Codificación : A cada una de las características se le asignaron números o signos correlativos que facilitaron el recuento y la tabulación de los datos.

Tabulación : Se concentra la información en hojas diseñadas para el mismo fin, colocándo el número de cuestionario y el número de pregunta. Posteriormente se construyeron cuadros estadísticos.

Al ya contar con éstas dos operaciones concluidas, fué posible disponer de los datos, pues ya se contaba con su ordenamiento.

2.- ANALISIS, ELABORACION E INTERPRETACION DE LOS DATOS.

En ésta tarea se efectuó el tratamiento estadístico-matemático, obteniéndose medidas de asociación, posteriormente se resumieron y compararon las observaciones y/o conjeturas y por último se materializaron los resultados a través de las gráficas, basadas previamente en los resultados con sus respectivas relaciones, indicando los porcentajes y su interpretación; llegándose a generalizar ciertos aspectos.

3.- REDACCION DEL INFORME QUE CONTIENE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION.

En ésta fase se anotan los resultados de la investigación, los datos en que se apoya la misma, así como las técnicas utilizadas, antecedentes históricos y/o elementos importantes que han servido como marco referencial del problema.

INSTRUMENTO.

Se diseñó un cuestionario con 23 preguntas de tipo cerrado, (ver, anexo # 3), las cuáles servirían para conocer las secuelas biopsicosociales en los niños quemados, los cuáles fueron atendidos por el Hospital Infantil de Xochimilco, perteneciente al D.D.F., y por el Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado A.C.

RECOLECCION DE DATOS.

Se inició la recolección de datos aplicando el cuestionario a los familiares del paciente, en el momento de hacer las visitas domiciliarias. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de 20 minutos obteniéndose una participación e interés positiva de los entrevistados. En el momento de iniciar la entrevista se les explicaba a los familiares del paciente el objetivo de la aplicación del cuestionario y, al término del mismo se les hacía la invitación para continuar con el

tratamiento y concluirlo, explicándoles la importancia de éste.

La investigación se llevó a cabo durante el mes de Julio de 1990.

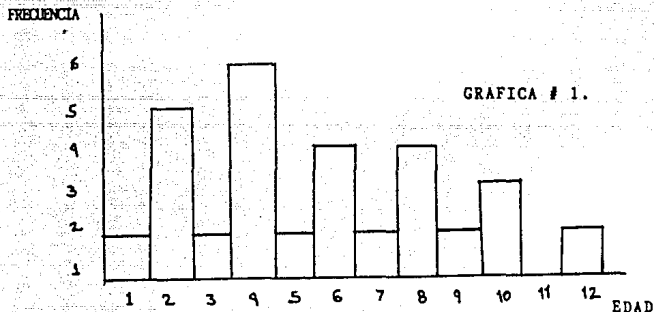
Las visitas domiciliarias fueron efectuadas por el investigador Cabe señalar que algunos familiares de los pacientes a quienes se entrevistaron, fueron visitados en más de una ocasión, debido a que en una primer visita no se les había localizado.

REPRESENTACION GRAFICA.

La representación gráfica se dividirá en dos bloques: En el primero se presentarán los resultados de la muestra que se consideraron apegados a las generalidades del cuestionario y, en el segundo bloque se presentarán los resultados de la muestra en relación a las hipótesis planteadas y en los resultados de la investigación, los cuáles señalan los aspectos más destacados que manifiestan la realidad de éste tipo de pacientes en torno a su problemática social. A continuación se presentan:

PRIMER BLOQUE DE GRAFICAS

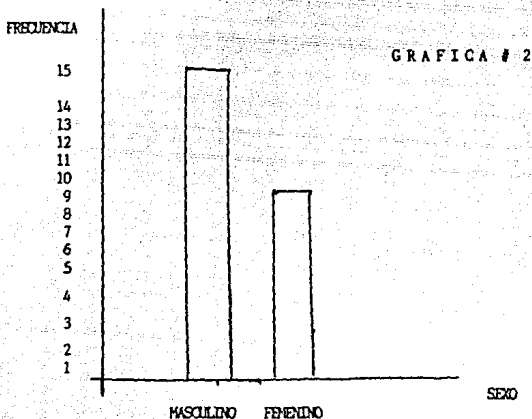
TITULO: EDAD DE LA POBLACION DE NIÑOS QUEMADOS ATENDIDOS SIMULTANEAMENTE POR EL HOSPITAL INFANTIL DE XOCHIMILCO PERTENECIENTE AL D.D.F. Y POR EL INSTITUTO PARA LA ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO QUEMADO, A.C. Y SU INCIDENCIA EN RELACION A QUEMADURAS.



FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN JULIO DE 1990, EN EL D.F., EN LAS DELEGACIONES POLITICAS DE XOCHIMILCO, IZTAPALAPA, TLAHUAC Y CENTRO.

Los resultados de la muestra expresan que de niños de uno a doce años, los de cuatro años sobresalieron, debido a que tuvieron una mayor incidencia en sufrir quemaduras.

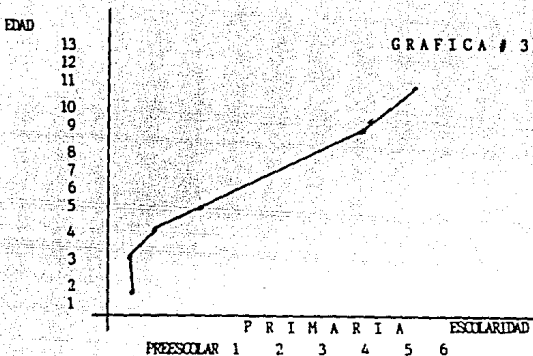
TITULO :SEXO DEL PACIENTE QUEMADO QUE FUE ATENDIDO SIMULTANEA-
MENTE POR EL HOSPITAL INFANTIL DE XOCHIMILCO PERTENE-
CIENTE AL D.D.F. Y POR EL INSTITUTO PARA LA ATENCION
INTEGRAL DEL NIÑO QUEMADO A.C. Y SU FRECUENCIA EN
QUEMADURAS.



FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN JULIO DE 1990. EN EL D.F.,
EN LAS DELEGACIONES POLITICAS DE XOCHIMILCO, IZTAPALAPA
TLAHUAC Y CENTRO.

La muestra arrojó un porcentaje correspondiente al 62.5 %
del sexo masculino y un 37.5 % al sexo femenino. Así mismo
según referencia del citado Hospital en el año de 1989, las
dos terceras partes de los pacientes fueron hombres y el resto
mujeres.

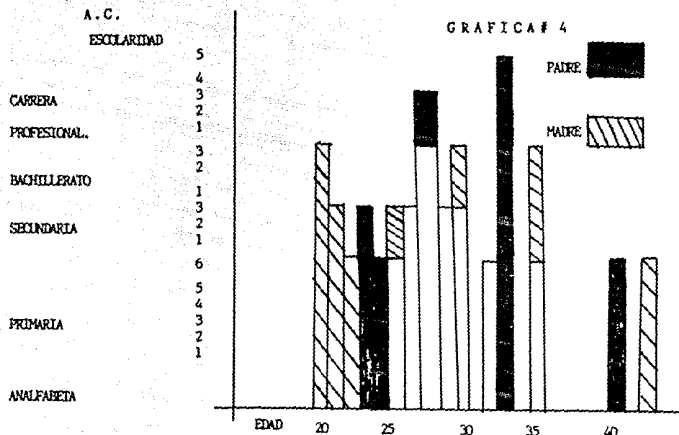
TITULO: EDAD Y ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES QUEMADOS QUE FUERON ATENDIDOS SIMULTANEAMENTE POR EL HOSPITAL INFANTIL DE XOCHIMILCO PERTENECIENTE AL D.D.F. Y POR EL INSTITUTO PARA LA ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO QUEMADO A.C.



FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN JULIO DE 1990, EN EL D.F. EN LAS DELEGACIONES POLITICAS DE XOCHIMILCO, IZTAPALAPA, TLAHUAC Y CENTRO.

Los pacientes en su mayoría cursaban algún grado de primaria de acuerdo a su edad, es decir, no habían suspendido en algún momento su instrucción académica, por lo tanto no se dió alguna alteración escolar, en relación con el índice de edad promedio del sistema educativo nacional.

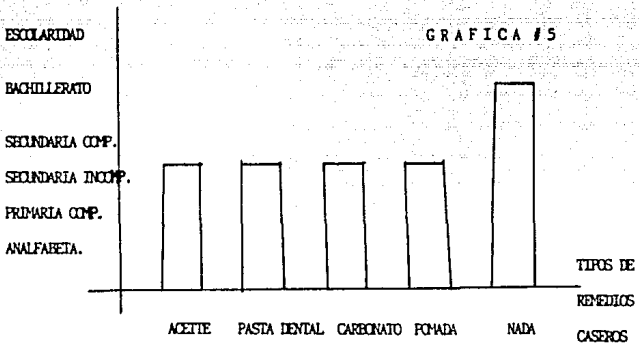
TITULO: EDAD Y ESCOLARIDAD DE LOS PADRES DEL PACIENTE QUEMADO QUE FUE ATENDIDO SIMULTANEAMENTE POR EL HOSPITAL INFANTIL DE XOCHIMILCO PERTENECIENTE AL D.D.F. Y POR EL INSTITUTO PARA LA ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO QUEMADO



FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN JULIO DE 1990, EN EL D.F. EN LAS DELEGACIONES POLITICAS DE XOCHIMILCO, IZTAPALAPA, TLAHUAC Y CENTRO.

Tanto en los padres como en las madres se destaca que predomina una población joven, con baja escolaridad; en muchos de los casos no se ha concluido la instrucción secundaria.

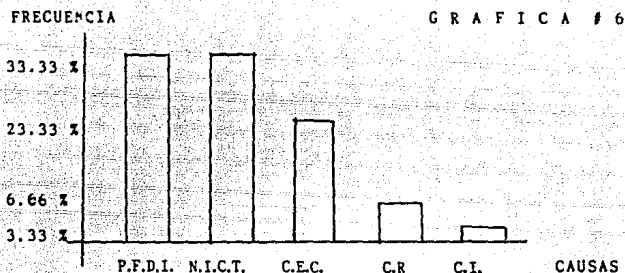
TITULO: ESCOLARIDAD DE LOS PADRES DE LOS PACIENTES ,RELACIONADA CON LA APLICACION DE REMEDIOS CASEROS A LOS NIÑOS, ATENDIDOS SIMULTANEAMENTE POR EL HOSPITAL INFANTIL DE XOCHIMILCO PERTENECIENTE AL D.D.F. Y POR EL INSTITUTO PARA LA ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO QUEMADO A.C.



FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN JULIO DE 1990, EN EL D.F. EN LAS DELEGACIONES POLITICAS DE XOCHIMILCO, IZTAPALAPA TLAHUAC Y CENTRO.

La mayor parte de la población entrevistada aplicó remedios caseros en las quemaduras del menor ,esto denota una ausencia de preparación adecuada para el cuidado del niño, por tal razónno conocen el peligro de ciertas sustancias; las cuáles provocan que agraven las heridas, provocando infecciones.

TITULO: CAUSAS POR LAS QUE SE SUSPENDIO EL TRATAMIENTO DEL MENOR QUEMADO QUE FUE ATENDIDO SIMULTANEAMENTE POR EL HOSPITAL INFANTIL DE XOCHIMILCO PERTENECIENTE AL D.D.F. Y POR EL INSTITUTO PARA LA ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO QUEMADO A.C.



P.F.D.I. = Por problemas familiares de diversa índole.

N.I.C.T. = Ya no les interesó continuar con el tratamiento.

C.E.C. = Creyeron que ya estaba concluido.

C.R. = Cambio de residencia

C.I. = Cambio de Institución

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN JULIO DE 1990, EN EL D.F. EN LAS DELEGACIONES POLITICAS DE XOCHIMILCO, IZTAPALAPA TLAHUAC Y CENTRO.

Refiriéndonos a problemas familiares de diversa índole, deducimos que se impidió de alguna manera la continuación del tratamiento, se destacan los problemas familiares siguientes: económicas, no disponibilidad de tiempo, radican los pacientes muy lejos del hospital, etc.

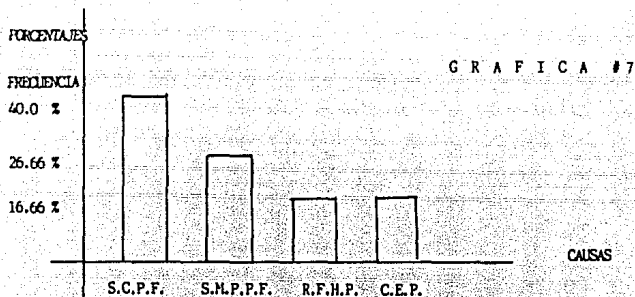
En cuanto a que ya no les interesó continuar con el tratamiento denota que los familiares del paciente no poseen la preparación suficiente y apropiada para comprender la importancia de concluirlo.

Refiriéndonos a que creyeron que ya estaba concluido, se deduce que existe deficiencia en cuanto a la información, sobresaliendo una carencia de orientación.

En cuanto al cambio de residencia, podemos anotar que fueron muy pocos los pacientes que quedaron demasiado lejos del Hospital.

Y por último refiriéndonos al cambio de Institución, para continuar con el servicio médico, los resultados expresaron que fueron mínimos los casos.

TITULO: ALTERACIONES FAMILIARES POSTERIORES AL ACCIDENTE DEL MENOR QUEMADO QUE FUE ATENDIDO SIMULTANEAMENTE POR EL HOSPITAL INFANTIL DE XOCHIMILCO PERTENECIENTE AL D.D.F. Y POR EL INSTITUTO PARA LA ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO QUEMADO A.C.



S.C.P.F. = Sentimiento de culpabilidad por parte de los familiares.

S.M.P.P.F. = Sobreprotección y mayor precaución por parte de los familiares.

R.F.H.P. = Recriminación familiar hacia los padres del menor.

C.E.P. = Conflictos entre padres.

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN JULIO DE 1990, EN EL D.F. EN LAS DELEGACIONES POLITICAS DE XOCHIMILCO, IZTAPALAPA, TLAHUAC Y CENTRO.

En relación al sentimiento de culpabilidad por parte de los familiares, constituye una fuente de angustia debido a las reacciones de remordimiento o de arrepentimiento que casi siempre la acompañan.

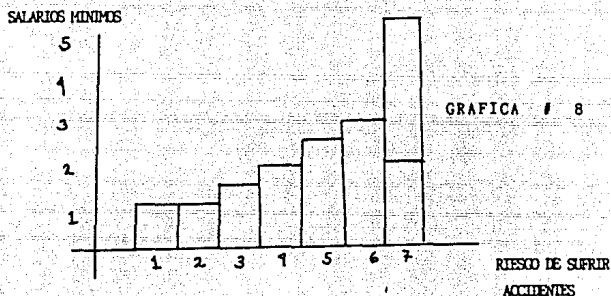
En cuanto a la sobreprotección y mayor precaución por parte de los familiares, deducimos que éste resultado no es favorable en su primera parte porque al existir una sobreprotección excesiva, destinada a evitarle cualquier dificultad, puede ser para el niño tan negativa como una ausencia total de dirección; y en su segunda parte, podemos expresar que es favorable éste resultado puesto que actualmente existe menos riesgo de que vuelva a ocurrir un accidente.

Refiriéndonos a la recriminación familiar hacia los padres del menor, se indica que en los parientes del menor se manifiesta enojo derivado del poco cuidado de que los padres en su mayoría de los casos no demostraron, esa situación agrava el sentimiento de culpabilidad que experimentan los padres del menor quemado.

Y por último abordando la situación de conflictos entre los padres, se determina que los padecimientos infantiles pueden exacerbar los problemas conyugales de diversas formas, puesto que al estar latentes y al presentarse el impacto en su hijo salen a flote en forma amplia, es decir, el accidente sirve como pretexto y detonador de aquellos problemas en la pareja.

SEGUNDO BLOQUE DE GRAFICAS:

TITULO: BAJOS RECURSOS ECONOMICOS EN RELACION A RIESGOS DE SUFRIR ACCIDENTES.



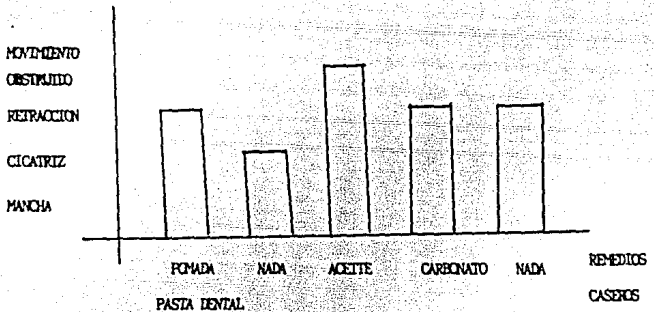
FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN JULIO DE 1990, EN EL D.F. EN LAS DELEGACIONES POLITICAS DE XOCHIMILCO, IZTAPALAPA, TLAHUAC Y CENTRO.

En ésta gráfica la barra número siete presenta dos tamaños, esto indica, (en base a la información), que se considerará el menor tamaño, dado que la madre no dispone de los cinco salarios mínimos indicados, debido a que la madre del paciente es soltera y el padre del menor únicamente aporta una reducida cantidad mensual, es por eso que se toma como base el sueldo de la madre.

TITULO: APLICACION DE REMEDIOS CASEROS EN LOS NIÑOS QUEMADOS
EN RELACION A LAS ALTERACIONES FISICAS U ORGANICAS
EN LAS HERIDAS.

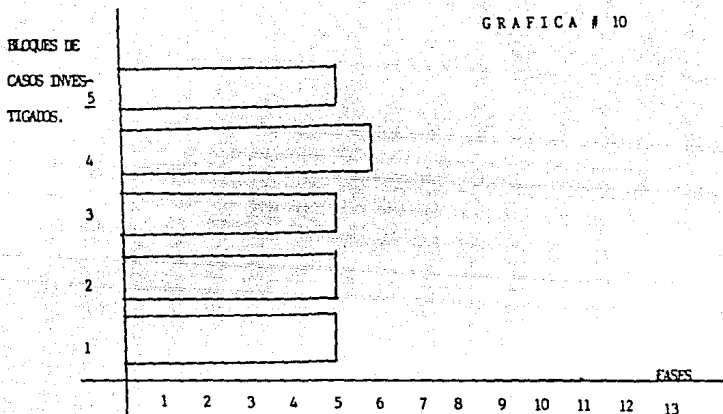
ALTERACIONES FISICAS U ORGANICAS

GRAFICA # 9



FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN JULIO DE 1990, EN EL D.F.
EN LAS DELEGACIONES POLITICAS DE XOCHIMILCO, IZTAPALAPA
TLAHUAC Y CENTRO.

TITULO: DESCONOCIMIENTO DE FASES DEL TRATAMIENTO MEDICO, EN RELACION A QUE SE GENERE DESINFORMACION EN LOS PADRES DEL PACIENTE, PROVOCANDO LA NO TERMINACION DEL TRATAMIENTO.



FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN JULIO DE 1990, EN EL D.F. EN LAS DELEGACIONES POLITICAS DE XOCHIMILCO, IZTAPALAPA, TLAHUAC Y CENTRO.

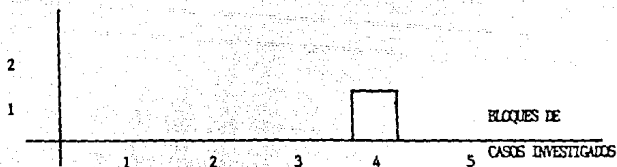
- De trece fases se cumplen seis, las cuales se citan a continuacion:
- 1.- Tratamiento básico o elemental, que consiste en poner fuera de peligro al paciente.
 - 2.- Tratamiento local - lavado con agua y jabón.

- 3.- Debridamiento quirúrgico.
- 4.- Aplicación de unguento sobre las heridas.
- 5.- Revisión periódica de los tejidos muertos que se acumulan.
- 6.- Aplicación de injertos.
- 6.- Utilización de ropas compresivas (lickras).

TITULO: NO PRESENCIA DE ORIENTACION FAMILIAR EFICIENTE E INMEDIATA, EN RELACION A UNA MAYOR POSIBILIDAD DE CONFLICTOS ENTRE LA FAMILIA Y/O PAREJA.

FASES DE ORIENTACION FAMILIAR

GRAFICA # II



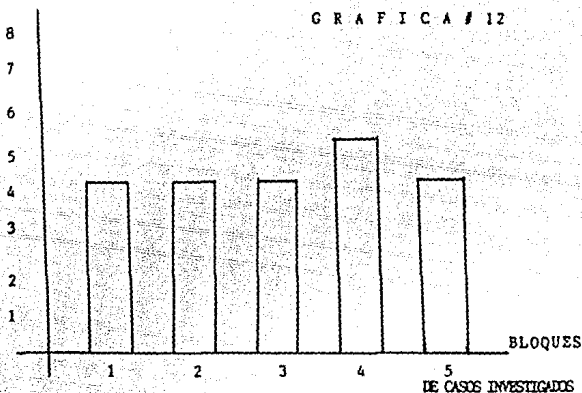
FASES DE ORIENTACION FAMILIAR:

- 1.- TERAPIAS DE GRUPO DIRIGIDAS A PADRES DE FAMILIA.
- 2.- TERAPIAS DE GRUPO DIRIGIDAS A PACIENTES Y HERMANOS DE LOS MISMOS.

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN JULIO DE 1990, EN EL D.F. EN LAS DELEGACIONES POLITICAS DE XOCHIMILCO, IZTAPALAPA, TLANHUAC Y CENTRO.

TITULO: AUSENCIA Y DEFICIENCIA DEL TRATAMIENTO PSICOLOGICO, EN RELACION A LA MAYOR POSIBILIDAD DE MANIFESTACION DE SINTOMAS EMOCIONALES PERJUDICIALES PARA EL PACIENTE.

PASOS DEL TRATAMIENTO PSICOLOGICO



FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN JULIO DE 1990, EN EL D.F. EN LAS DELEGACIONES POLITICAS DE XOCHIMILCO, IZTAPALAPA, TLAHUAC Y CENTRO.

PASOS DEL TRATAMIENTO PSICOLOGICO:

- 1.- Elaboración de la historia clínica.
- 2.- Aplicación de pruebas psicológicas de diagnóstico.
- 3.-Visita a pacientes diariamente en la sección de "Quemados".
- 4.- Psicoterapia de apoyo en sala.
- 5.- Psicoterapia individual.

4.6. RESULTADOS DE LAS HIPOTESIS / CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACION.

Considerando la experiencia llevada a cabo en el Hospital Infantil de Iochimilco y en el Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado, así como la información obtenida de expedientes de ambos lugares y documentos de otras fuentes y, sobre todo los datos obtenidos del trabajo de campo requerido para ésta investigación se concluye lo siguiente:

Al existir bajos recursos económicos que representan un medio ambiente peligroso en el hogar, (ejemplo, el uso de anafres y además la falta de lugares propicios o adecuados para cocinar y estudiar entre otros), aumenta el riesgo de sufrir accidentes.

Al darse una mayor aplicación de remedios caseros en las heridas de quemaduras, existirá mayor riesgo de que se den infecciones en la zona dañada.

Al darse un tratamiento médico inadecuado e inoportuno, existirá mayor posibilidad de secuelas en las heridas.

Al desconocerse las fases de lo que comprende un tratamiento hacia un niño quemado, por parte de los familiares de los pacientes, genera desinformación en éstos, creyendo que la atención que le dan a sus hijos es la requerida, propiciando que no se concluya el tratamiento.

Al no darse una orientación familiar eficiente e inmediata hacia los padres de los pacientes, por parte del área de trabajo social principalmente, es más factible que se presenten conflictos agudos entre los mismos.

Al no proporcionarse un tratamiento psicológico a pacientes quemados (y, en caso de existir el mismo en una forma deficiente e incompleta), existe mayor posibilidad de que se presenten síntomas emocionales perjudiciales para el menor.

Existe una subvaloración de las secuelas biopsicosociales por parte de la familia más próxima de los pacientes y también de los mismos, originando un inadecuado manejo del paciente durante la etapa de post hospitalización.

4.7 EXPERIENCIA DEL TRABAJO DE CAMPO : CASOS REPRESENTATIVOS.

El haber indicado algunas de las características de los dos Centros de Salud que se consideraron en ésta investigación, así como la labor de un trabajador social y de otras áreas en el tratamiento del niño quemado ; de esa manera se dá cierto panorama a la problemática social abordada, pero es importante también incluir en éste trabajo un poco de la experiencia que se tuvo en el trabajo de campo, la cual refleje en cierta medida el tipo de pacientes que se trataron, observando el impacto que vivieron y la situación actual en que se encuentran a consecuencia de ese accidente, la intención de éste apartado es entender la magnitud de la problemática social y su entorno.

A continuación se citan dos casos, en donde se interrogaron a los familiares del paciente quemado, en el momento de efectuar la visita domiciliaris.

CASO # 1:

NOMBRE DEL PACIENTE: AURELIO GUTIERREZ TAPIA.

FECHA DE INGRESO AL HOSPITAL : ABRIL DE 1990.

EDAD QUE PRESENTO CUANDO SUFRIO EL ACCIDENTE: 9 AÑOS.

DOMICILIO: MATAMOROS # 7, COL. SN. MATEO XALPA, DELEG. XOCH.

AGENTE CON EL QUE SUFRIO QUEMADURAS: GASOLINA, FUEGO DIRECTO.

PARTES DEL CUERPO AFECTADAS: ESPALDA, PIERNAS Y UN BRAZO.

LUGAR QUE OCUPA ENTRE LOS HERMANOS: EL MENOR DE CUATRO.

FUE HIJO DESEADO O NO DESEADO: FUE HIJO DESEADO.

DATOS GENERALES DE LOS PADRES DEL PACIENTE:

NOMBRE DEL PADRE: FRANCISCO GUTIERREZ.

EDAD: 40 AÑOS. ESCOLARIDAD: PRIMARIA OCUPACION :COMERCIANTE

NOMBRE DE LA MADRE: AMELIA TAPIA.

EDAD: 42 AÑOS ESCOLARIDAD: PRIMARIA OCUPACION : HOGAR.

SECUELAS BIOPSICOSOCIALES, LA INFORMACION FUE RECABADA EN LA APLICACION DEL CUESTIONARIO A LOS FAMILIARES DEL PACIENTE CON FECHA DEL 3 DE JULIO DE 1990.

SECUELAS DE TIPO BIOLOGICO.

El brazo que fué afectado sufrió retracción, impidiendo la flexión y el movimiento normal en el mismo.

SECUELAS DE TIPO PSICOLOGICO.

Presenta comportamiento de agresividad y resentimiento hacia el padre señalándolo como culpable de sus quemaduras.

SECUELAS DE TIPO SOCIAL.

La conducta hacia el padre es negativa, manipulándolo y demandándole sobreprotección.

La conducta del padre es complaciente, puesto que experimenta sentimiento de culpabilidad, dado que permite ese comportamiento en su hijo, además de que lo protege con excesividad.

OBSERVACION : El accidente fué a causa de un choque automovilístico en donde el padre del paciente fue la persona que manejaba el vehículo y por evitar el atropello de unos peatones freno en forma brusca, provocando indirectamente que su hijo

sufriera quemaduras.

SECUELAS BIOPSIICOSOCIALES, LA INFORMACION FUE RECABADA EN LA ENTREVISTA DEL SEGUIMIENTO DE CASO, EFECTUADA A LOS FAMILIARES DEL PACIENTE , CON FECHA 16 DE MARZO DE 1991.

SECUELAS DE TIPO BIOLOGICO.

El brazo que sufrió retracción está siendo tratado por el personal médico del Hospital Infantil de Xochimilco; por otro lado, está programado a corto plazo una operación en dicha área.

SECUELAS DE TIPO PSICOLOGICO.

Sigue presentando comportamiento agresivo hacia su padre, pero en menor medida y lo sigue tratando el psicólogo del Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado A.C.

SECUELA DE TIPO SOCIAL.

La conducta del padre ya no es complaciva, ni tolerante, desenvolviéndose hacia su hijo de igual manera que hacia los otros, no permitiendo una manipulación , conduciéndose en forma conveniente hacia su hijo; La conducta del padre fué influenciada por el psicólogo del citado Instituto, éste último le explicó la importancia de esa modificación y actualmente se continúa dando atención familiar por parte del psicólogo.

CASO # 2.

NOMBRE DEL PACIENTE: AMERICA NAYELI ORDUÑA OLVERA.

FECHA DE INGRESO AL HOSPITAL: JULIO DE 1989.

EDAD QUE PRESENTO CUANDO SUFRIO EL ACCIDENTE: 3 AÑOS.

DOMICILIO. FELIPE ANGELES # 3 COL. SN. JUAN TEPEPAN. DELEG.XOCH

AGENTE CON EL QUE SUFRIO QUEMADURAS: AGUA.

PARTES DEL CUERPO AFECTADAS: PECHO, PIERNAS Y UN BRAZO.

LUGAR QUE OCUPA ENTRE LOS HERMANOS: HIJA UNICA.

FIUE HIJO DESEADO O NO DESEADO : FUE HIJA DESEADA.

DATOS GENERALES DE LOS PADRES DEL PACIENTE:

NOMBRE DEL PADRE: ERNESTO ORDUÑA.

EDAD : 24 AÑOS ESCOLARIDAD : 2o GRADO DE SECUNDARIA

OCUPACION : EMPLEADO.

NOMBRE DE LA MADRE: ANA MA. OLVERA.

EDAD : 20 AÑOS. ESCOLARIDAD : 2o GRADO DE SECUNDARIA

OCUPACION : HOGAR.

SECUELAS BIOPSIICOSOCIALES, LA INFORMACION FUE RECABADA EN LA APLICACION DEL CUESTIONARIO A LOS FAMILIARES DEL PACIENTE CON FECHA DEL 2 DE JULIO DE 1990.

SECUELAS DE TIPO BIOLOGICO.

Presenta cicatriz extensa y comezón en las áreas afectadas.

SECUELAS DE TIPO PSICOLOGICO.

La conducta que manifiesta al recordar el accidente es de alteración nerviosa, también expresa temor al quedarse sola

en su casa.

SECUELAS DE TIPO SOCIAL.

El sentimiento de culpabilidad en la madre aún persiste. La madre sobreprotege a su hija y no quiere tener más hijos por el momento, argumenta que hasta que su hija esté bien restablecida se decidirá a tener más familia.

SECUELAS BIOPSIICOSOCIALES, LA INFORMACION FUE RECABADA EN LA ENTREVISTA DEL SEGUIMIENTO DE CASO, EFECTUADA A LOS FAMILIARES DEL PACIENTE , CON FECHA 16 DE MARZO DE 1991.

Las secuelas biopsicosociales aún persisten, dado que la paciente se niega a recibir atención y los padres de la misma no se han interesado lo suficiente para reanudarlo.

CAPITULO V

LA CONTRIBUCION DEL TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCION A
NIÑOS QUEMADOS CON SECUELAS BIOPSIOSOCIALES EN LAS
FASES DE PREVENCION, CURACION Y REHABILITACION.

5.1. PROPUESTA DEL PROYECTO TITULADO: LA CONTRIBUCION DEL TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCION A NIÑOS QUEMADOS CON SECUELAS BIOPSIOSOCIALES EN LAS FASES DE PREVENCIÓN, CURACION Y REHABILITACION.

FUNDAMENTACION.

En base a las políticas sociales indicadas en el capítulo I, destacando las del Plan Nacional de Desarrollo, donde están citados los accidentes en el hogar y derivado de los mismos las quemaduras, se pudo determinar que se requiere un Proyecto que atienda a éste tipo de población, ejecutado por un equipo interdisciplinario, donde el trabajo social llegue a tener una contribución importante para el logro del bienestar social, distinguiéndose la contribución de la familia del menor en tratamiento, puesto que la misma debe figurar como elemento activo e imprescindible en el logro de los objetivos de éste Proyecto; dado que al haberse experimentado el contacto directo con los pacientes quemados y los familiares de los mismos, así como el personal que los atiende se pudo valorar la necesidad de que éste tratamiento sufra alteraciones, en donde se hagan implementaciones y modificaciones indispensables.

Por otra parte cabe señalar que el trabajo social como elemento del equipo interdisciplinario aún no ha elaborado un método que aborde a las quemaduras en niños, en donde esté contemplado el trabajo social de casos, de grupo y de

comunidad, así como las cinco etapas básicas en todo proceso, las cuales son: investigación diagnóstica, planificación, ejecución y evaluación; ubicando a un seguimiento de caso y a un trabajo de grupo y de comunidad activo y dinámico, situando a éstos dos últimos principalmente en la fase de prevención. Un aspecto importante de destacar es el hecho de afirmar que no existen acciones encaminadas a la fase de prevención.

Por otro lado, hay que hacer hincapié en que la prevención tiene un costo social y económico mucho más bajo de todo lo que implica la presencia de las quemaduras, con secuelas diversas y muy graves, además de que las características de la curación y la rehabilitación no logran un restablecimiento total del individuo quemado, pues en un gran porcentaje se causa la invalidez total o parcial de algún miembro del cuerpo.

A continuación se propone un Proyecto diseñado para el tratamiento de las quemaduras en niños con secuelas biopsicosociales, que ejecutará el área de trabajo social, el cual persigue dar la posibilidad de mejorar el servicio de la Sala o Sección de Quemados del Hospital Infantil de Xochimilco o de cualquier otra Institución que reciba y atienda a éste tipo de pacientes, abarcando las tres fases citadas.

OBJETIVOS Y METAS.

OBJETIVO GENERAL

Que la población infantil tenga menos probabilidad de sufrir quemaduras y que los niños que hayan llegado a sufrir éste tipo de lesión y que por lo tanto hayan adquirido secuelas biopsicosociales, sean atendidos en el plano social, médico y psicológico en forma oportuna y apropiada, durante la etapa de hospitalización y rehabilitación.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a) Proponer y promover un tratamiento que aborde la prevención de quemaduras.
- b) Coadyuvar a la implementación de un equipo interdisciplinario apto para proporcionar un tratamiento que contribuya en el proceso educativo de prevención de quemaduras.
- c) Proponer y promover un tratamiento dirigido a niños quemados en donde participe el equipo interdisciplinario, la familia del paciente y éste último en la fase de prevención
- d) Coadyuvar a la implementación de un equipo interdisciplinario apto para proporcionar un tratamiento a niños quemados con secuelas biopsicosociales durante el período de hospitalización y posterior, hasta que el tratamiento sea concluido.

METAS

- a) Que del 100 % de la población del grupo que reciba el curso de "prevención de quemaduras", el 80 % tome medidas encaminadas a evitar algún accidente en su hogar, pretendiendo de esa manera cuidar a los miembros de su casa.
- b) Que del 100 % de los familiares de los pacientes hospitalizados por quemaduras de los mismos, el 70 % comprenda lo importante que es recibir atención en la fase posterior a la hospitalización; así como que considere necesaria su participación dinámica, vinculada a la del área social, médica y psicológica.
- c) Que del 100 % de los familiares de los pacientes hospitalizados por quemaduras y de los mismos, el 70 % reciba una atención familiar e individual de tipo psicológica oportuna y adecuada.
- d) Que el equipo interdisciplinario conjuntamente con la familia del menor logre en un 80 % del 100 % de la población equilibrar el estado emocional del paciente.
- e) Que se obtenga el 100 % de la población de pacientes quemados su seguimiento de caso.
- f) Que se obtenga el 90 % del 100 % de la población de pacientes quemados "la motivación de los familiares del paciente, para cuidar al menor en los aspectos orgánicos, psicológicos y sociales" 18.

18. Castellanos, María C. Manual de Trabajo Social.

Ed. La Prensa Médica Mexicana. México 1962. p.85

ACTIVIDADES EN EL CURSO DE PREVENCIÓN DE QUEMADURAS

1. PASOS PREVIOS A LA IMPARTICION DEL CURSO DE PREVENCIÓN DE QUEMADURAS.

- a) Recopilación de información del tema en forma bibliográfica y documental.
- b) Recopilación de material de apoyo didáctico como: diapositivas, películas, documentales, etc.
- c) Elaboración de material de apoyo didáctico como: dibujos, rotafolio, franelógrafo, periódico mural, etc.
- d) Aportar información a cada uno de los elementos del equipo interdisciplinario, observando los aspectos importantes a considerar, programando la participación de cada uno, indicando la forma de lo que comprende el comportamiento de un grupo y la manera de actuar para atraer más su atención.
- e) Programar los temas básicos que se impartirán, citándose entre otros: Qué es una quemadura, cómo sucede, cuáles son los lugares de la casa donde ocurren más frecuentemente cuáles son las causas de las quemaduras, cuáles son las secuelas biopsicosociales de las quemaduras y que implican, cuál es la forma de prevenir los accidentes, que se debe de hacer en caso de una quemadura, que tan perjudicial es que se apliquen remedios caseros en las heridas, etc.

II. EN TORNO A LA FORMACION DEL GRUPO QUE RECIBIRA EL CURSO
DE PREVENCION DE QUEMADURAS.

- a) Promover a través de carteles, volantes e invitación directa la información que motive a las personas a corto plazo a formar parte del grupo que estará desde ese momento en proceso de formación.
- b) Cuando ya se encuentren reunidos los aspirantes a recibir el curso, se pondrán de acuerdo en determinar los horarios en que éstos podrán asistir, considerando las necesidades de los integrantes.
- c) Indicar y en caso necesario solicitar, un lugar de reunión en donde se impartirá dicho curso.

III. PASOS EN LA IMPARTICION DEL CURSO DE PREVENCION DE
QUEMADURAS.

- a) Presentar el material de cada uno de los temas en forma ordenada y coherente, mostrando diversas situaciones referentes a quemaduras; pueden por ejemplo darse de acuerdo al encadenamiento de alguna forma de accidente, señalando dónde, cuándo y cómo ; representar posibles personas afectadas ; situaciones de riesgo no obvias, tratando de que el grupo capte y comprenda la problemática social que encierra.

- b) Ir analizando las situaciones representadas en las láminas, dibujos, fotografías u otro tipo de material, observándolas primero como un todo y después cada una de sus partes guiando y propiciando la participación de los integrantes del grupo.
- c) Se procurará que las medidas preventivas que se transmitan durante el curso, sean posibles de llevarse a cabo en los hogares de los participantes y que sean puestas en práctica de inmediato.

ACTIVIDADES EN LA FASE DE CURACION Y REHABILITACION EN
QUEMADURAS.

La participación del Trabajo Social siempre formará parte de la labor de un equipo interdisciplinario que atienda a éste tipo de pacientes , en citada Institución; Existiendo en forma continua y 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 serán abordadas.

A continuación se indican las actividades propuestas:

- a) Elaboración del estudio social en el momento del ingreso.
- b) Ubicar al familiar del paciente con el grupo socioeconómico que le corresponda (en base a una clasificación previamente realizada), con la finalidad de ubicar la cuota económica correspondiente, la cuál deberá ser cubierta al ser dado de alta el paciente.
- c) Consulta continua a expedientes efectuados por el área médica y psicológica, para poder estar oportunamente enterados de las evoluciones que presenta el paciente.
- d) Hacer las visitas a "Sección de Quemados" las veces que sean necesarias.
- e) Observación del paciente y su familia durante la visita a la "sección de quemados", para conocer el tipo de problemática social que manifiestan, el cuál servirá como base

para determinar si el apoyo que se requiere es apremiante o no , así como elaborar y poner en marcha un plan de acción adecuado.

f) Efectuar los estudios de caso pertinentes, con su debido seguimiento de caso, en donde se pretende conocer al paciente, su medio familiar y social, con el objeto de buscar la adaptación adecuada del primero, dentro del grupo humano al que está ligado y favorecer el entendimiento entre los familiares del enfermo y el mismo.

g) Motivar, sensibilizar y concientizar en forma constante a los familiares del paciente y a éste último, (previamente considerando ciertas condiciones, características y aspectos de los pacientes para que puedan lograr lo siguiente:

1. La comprensión del impacto social que han recibido, lo cual a generado desequilibrio entre el individuo y su medio; promoviendo que se den esfuerzos familiares encaminados a la solución de dicha problemática social.

2. La comprensión de lo que significa adquirir secuelas biopsicosociales y el entorno de las mismas; promoviendo la aceptación de las condiciones actuales físicas del paciente indicándole que su aspecto y/o defecto físico que adquirió a raíz de la quemadura puede ser compatible con una mayor actividad específica, así como con otros sentidos de los miembros de su organismo , lo cual no influirá en forma absoluta en que el pueda realizar en forma satisfactoria, su función dentro de la sociedad.

- h) Realizar las canalizaciones pertinentes, de acuerdo a las características y condiciones que presenta el paciente.
- i) Hacer las investigaciones pertinentes en las distintas Instituciones de Salud, tanto del sector público como privado, procurando que a través de las relaciones con las mismas, se puedan atender los casos en que la solución no estará dependiendo totalmente del Hospital, sino que posiblemente otras Instituciones de tipo Rehabilitatorio o Asistencial por ejemplo, puedan tomar a su cargo al paciente.
- j) Implementar las actividades recreativas aptas para la población atendida, tomando en cuenta las condiciones físicas que presentan los mismos y en base a ese conocimiento seleccionar a los pacientes y al tipo de actividad recreativa que pueda efectuarse, como por ejemplo dibujar, formar figuras de plastilina, etc., esas actividades tendrán el papel de entretener y mantener ocupado al menor.

COORDINACION, SUPERVISION Y EVALUACION.

La coordinación y supervisión se dará en dos niveles: en el aspecto preventivo, la cual se dará antes de la actividad misma y en el aspecto correctivo, el cual se dará durante la ejecución de la actividad, en donde se necesitará reordenar. Ambas se harán a través de la realización de reuniones en forma periódica buscando soluciones y alternativas, efectuando crónicas de reunión para controlar y evaluar lo pactado.

En la evaluación se tomará en cuenta la situación prevista con la situación real y se compararán, midiendo la eficacia. En base a la comparación de resultados se determinará la toma de decisiones, en donde se juzgará si se continúa de esa manera o se modifica alguna medida del proyecto. La naturaleza de la evaluación se hará en forma interna, la efectuará el responsable del proyecto y sus colaboradores.

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS.

RECURSOS HUMANOS PARA LA FASE DE PREVENCIÓN.

Estará formado por el equipo interdisciplinario, los elementos serán: trabajadores sociales (dos), ajustándose a los horarios en que se preparará a impartir el curso; Médico (uno), éste elemento contribuirá en la preparación del mismo ; Enfermeras (dos), contribuyendo en la preparación y exposición del curso ; Psicólogo (uno), participando en la preparación del curso.

Durante el proceso educativo el Trabajador Social fungirá como organizador, coordinador, promotor y expositor del mismo.

RECURSOS HUMANOS PARA LA FASE DE CURACIÓN Y REHABILITACIÓN.

Equipo interdisciplinario que contribuirá en la atención del paciente quemado.

Trabajadores Sociales (cinco), distribuidos en los distintos turnos y en el trabajo de campo requerido.

RECURSOS MATERIALES PARA LAS TRES FASES.

Un área y/o salón para la impartición del curso citado, un cubículo para el área de trabajo social, material de papelería apropiado y material de apoyo didáctico.

RECURSOS FINANCIEROS PARA LAS TRES FASES.

Los recursos financieros son complicados de conocer, dado que no serán fijos, puesto que se considerarán sueldos, el costo del material de papelería y de apoyo didáctico y el costo de transporte que se requerirá para el trabajo de campo.

UNIVERSO DE TRABAJO.

Público en general, pacientes quemados y sus familiares que han recibido y reciben atención en la "Sala de Quemados", por parte del Hospital Infantil de Xochimilco.

TIEMPO Y CALENDARIZACION.

PARA LA FASE DE PREVENCIÓN.

El proceso educativo se dividirá en tres:

- I. Pasos previos a la impartición del curso de prevención de quemaduras (tres semanas).
- II. En torno a la formación del grupo que recibirá el curso de prevención de quemaduras (una semana)
- III. Impartición del curso de prevención de quemaduras (dos horas).

PARA LA FASE DE CURACION Y REHABILITACION.

En estas dos fases no son programables, debido a que el tratamiento se dará en forma permanente y simultánea, es

decir, ambas fases se ejecutarán al mismo tiempo.

C O N C L U S I O N E S .

1.- Debido a las condiciones económicas políticas y sociales que han imperado en nuestro país, ha existido y existe un gran número de población que no cubre sus necesidades básicas siendo en éste caso una de ellas la salud.

2.- La salud requiere de acciones específicas para prevenir, preservar o restituir la integridad y vitalidad física y mental de los individuos en todas las esferas en donde puedan estar expuestos a distintos riesgos: el hogar, el trabajo, las actividades de la vida cotidiana y el medio ambiente, principalmente.

3.- Las zonas marginadas, urbanas y rurales aún no alcanzan la cobertura total de los servicios de salud, ni la calidad deseable, y subsisten en general limitaciones como :el suministro de medicamentos, materiales de curación, equipos e instrumental médico, así como escasez de medios para su mantenimiento.

4.- Las acciones encaminadas a la atención de los accidentes en el hogar que son ejecutadas actualmente son mínimas.

5.- Las fuentes de quemaduras más comunes en los niños, en términos generales son: Los fuegos utilizados para cocinar

y los líquidos calientes como agua o aceite hirviendo.

6.- La prevención tiene un costo social y económico mucho más bajo de todo lo que implica la presencia de quemaduras con secuelas diversas y muy graves.

7.- La curación y la rehabilitación no consiguen un restablecimiento total del individuo quemado, porque causan invalidez total o parcial de algún miembro del cuerpo.

8.- Los pacientes de la edad de cuatro años tuvieron una mayor incidencia en sufrir quemaduras.

9.- Los pacientes infantiles del sexo masculino sobresalieron frente a los pacientes del sexo femenino, es decir, los varones tienen mayor probabilidad de sufrir quemaduras comparándolos con el sexo restante.

10.- Predominan los padres de los pacientes jóvenes y de baja escolaridad y en mucho de los casos no se ha concluido la instrucción secundaria.

11.- Los problemas familiares diversos impiden de alguna manera la continuación y finalización del tratamiento al que está sometido el paciente quemado, algunos problemas de éstos son: de tipo económico, de escasez de tiempo y de

distancia, entre otros.

12.- Las reacciones de los familiares a raíz del accidente son: sentimiento de culpabilidad, sobreprotección, mayor precaución en el cuidado del menor, recriminación familiar dirigida a los padres del paciente, conflictos entre padres, entre otros.

S U G E R E N C I A S .

1.- Que el sector salud considere a los accidentes como un punto separado de las demás enfermedades, puesto que su prevención requiere de una mayor participación y conciencia de la población.

2.- Que la familia intervenga conjuntamente con el Trabajo Social en el tratamiento al niño quemado ,para que la primera sepa como cuidar y apoyar a su hijo, promoviendo en cierta medida cambios sociales.

3.- Influir en la familia para que transforme su hogar en un lugar seguro y educarlo para que conduzca con precaución y responsabilidad todo lo que rodea al individuo, en este caso su hogar.

A N E X O S :

- 1.- Estudio de Trabajo Social que efectúa el Hospital Infantil de Xochimilco, perteneciente al D.D.F.
- 2.- Estudio Social que efectúa el Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado A.C.
- 3.- Cuestionario utilizado en la muestra de la investigación.



DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS MEDICOS

ESTUDIO DE TRABAJO SOCIAL

ECES-18

UNIDAD MEDICA _____ CLAVE _____

NOMBRE _____ N° EXP _____

EDAD _____ SEXO _____ EDO CIVIL _____ FECHA DE INGRESO _____

DOMICILIO _____ TELEFONO _____

NACIONALIDAD _____ OCUPACION _____ ESCOLARIDAD _____

DERECHOHABIENTE DE OTRA INSTITUCION _____

CONDICION LEGAL _____

RESPONSABLE DEL PACIENTE ANTE EL HOSPITAL _____

| NOMBRE | PARENTESCO | EDAD | OCUPACION | SALARIO | APORTACION AL HOGAR |
|--------|------------|------|-----------|---------|---------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | TOTAL |

EGRESOS FAMILIARES MENSUALES

| CONCEPTO | TOTAL |
|---------------|----------|
| RENTA | |
| ALIMENTACION | \$ _____ |
| LUZ, AGUA | \$ _____ |
| EDUCACION | \$ _____ |
| VESTIDO | \$ _____ |
| TOTAL: | \$ _____ |
| CLASIFICACION | _____ |

CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA Y SANEAMIENTO DEL MEDIO

TIPO DE VIVIENDA _____

N° DE HABITACIONES _____

DISPONIBILIDAD DE AGUA _____

ELIMINACION DE EXCRETA _____

ELIMINACION DE BASURA _____

VENTILACION E ILUMINACION _____

N° DE PERSONAS _____

OBSERVACIONES _____

RESUMEN DIAGNOSTICO

RELACION SOCIAL

(CARACTERISTICAS DEL HABITAT DEL PACIENTE)

TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL CASO

VISITAS SUBSECUENTES

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR SOCIAL

ANEXO # 2.

INSTITUTO PARA LA ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO QUEMADO A.C.

G U I A P A R A L A R E A L I Z A C I O N D E L E S T U D I O S O C I A L

DATOS GENERALES:

FECHA:
DE EXPEDIENTE:
SEXO:
NOMBRE:
ESCOLARIDAD:
DOMICILIO:
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:
FUENTE DE INFORMACION:
FAMILIAR RESPONSABLE DEL PACIENTE:
FECHA DEL ACCIDENTE:
AGENTE Y PARTES DAÑADAS:

MOTIVO DE ESTUDIO:

FOR QUIEN ES TRAIIDO:
DE QUE HOSPITAL O CLINICA PROVIENE:
COMO FUE EL ACCIDENTE:
APROXIMADAMENTE A QUE HORA SUCEDIO:
CON QUIEN ESTABA EL ACCIDENTADO EN EL MOMENTO DEL SUCESO:
DONDE ESTABAN LOS FAMILIARES CON QUIEN VIVE:
QUE REACCION TUVO EL ACCIDENTADO:
QUE REMEDIO CASERO LE PUSIERON:
QUE HICIERON DESPUES:

ASPECTOS INDIVIDUALES DEL PACIENTE:

QUE LUGAR OCUPA EL ACCIDENTADO ENTRE SUS HERMANOS:
FUE EL EMBARAZO Y PARTO NORMAL O CON ALGUNA COMPLICACION:
EN DONDE FUE ATENDIDO EL PARTO (EN QUE INSTITUCION):
FUE HIJO DESEADO O NO:
CUANTO TIEMPO DESPUES DE LA UNION DE LA PAREJA NACIO EL PACIENTE:
LA MADRE UTILIZABA ALGUN ANTICONCEPTIVO ANTES DE QUE SE EMBARAZARA DEL PACIENTE Y,ACTUALMENTE SE CONTROLA CON ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO:

REACCION DE LOS PADRES AL ENTERARSE DEL EMBARAZO:
QUE AMBIENTE SE PRESENTO DURANTE EL EMBARAZO:

HISTORIA FAMILIAR:

DATOS GENERALES DEL PADRE Y DE LA MADRE.

EDAD:
ESCOLARIDAD:
OCUPACION:
ORIGEN:
LUGAR QUE OCUPA ENTRE SUS HERMANOS:
LA FAMILIA FUE COMPLETA O INCOMPLETA:
EXISTIO LA AUSENCIA DE ALGUN PROGENITOR:
SU FAMILIA FUE ORGANIZADA E INTEGRADA O NO :
COMO FUE LA REALIZACION DE SUS PADRES:
PREDOMINO ALGUN PROBLEMA SOCIAL EN SU FAMILIA, COMO EL ALCOHOLISMO, LA DROGADICCION, ETC.

ANTECEDENTES DE LA PAREJA:

COMO SE CONOCIO LA PAREJA:
QUE EDAD TENIAN CUANDO SE CONOCIERON:
CUANTO TIEMPO FUERON AMIGOS:
CUANTO TIEMPO FUERON NOVIOS:
COMO SE DESARROLLO EL NOVIAZGO:
QUE ACTITUD SE PRESENTO EN LOS PARIENTES HACIA LA NOVIA O EL NOVIO :
QUE TIPO DE UNION TUVIERON EN UN INICIO ; CASAMIENTO O UNION LIBRE :
QUE ESTADO CIVIL TIENEN ACTUALMENTE:
VIVIAN EN UN PRENCIPIO CON FAMILIARES O EN FORMA INDEPENDIENTE:
CUANTO TIEMPO TIENEN DE HABERSE UNIDO:

INTEGRACION FAMILIAR / FAMILIOGRAMA:

AQUI SE ESQUEMATIZAN LOS DATOS DE LA FAMILIA, A TRAVES DE UN FAMILIOGRAMA.

DINAMICA FAMILIAR / RELACIONES INTRA Y EXTRA FAMILIARES:

RELACION INICIAL AL INDEPENDIZARSE LA PAREJA:
ACTITUD DE LOS PARIENTES ANTE LA RELACION DE CADA UNO:
QUIEN ES EL MAS PROBLEMATICO DE LA PAREJA:

EXISTE ALGUN PROBLEMA QUE PREDOMINE EN LA FAMILIA; COMO EL ALCOHOLISMO, LA DROGADICCION, ETC.
SI HUBO ALGUNA SEPARACION EN LA PAREJA, QUIEN FUE EL QUE TOMO LA INICIATIVA :

POSIBILIDAD PARA EXPRESAR AFECTO:

ELLA QUIERE A SU COMPAÑERO:

ELLA ES CONFLICTIVA:

EL QUIERE A SU COMPAÑERO:

EL ES CONFLICTIVO:

COMO DEMUESTRAN EL CARIÑO A SU PAREJA (AMBOS) :

COMO DEMUESTRAN EL CARIÑO A SUS HIJOS:

MANEJO DE AUTORIDAD:

QUIEN SE ENCARGA DE ESTABLECER LAS NORMAS DE LOS HIJOS:

CUANDO SU HIJO NO CUMPLE CON LAS NORMAS ESTABLECIDAS QUE MEDIDAS O QUE REACCION MANIFIESTA
USTED:

- siempre lo castiga;
- a veces lo castiga:
- no lo castiga :

COMO SE EJERCE LA AUTORIDAD:

- con consejos :
- con castigos :
- con regaños :
- con agresión física :
- otros :

QUIENES PARTICIPAN EN LA AUTORIDAD DE LOS HIJOS ADEMAS DE LOS PADRES :

EN QUIEN O EN QUIENES LOS HIJOS RECONOCEN LA AUTORIDAD :

DATOS DE VIVIENDA:

TIPO DE VIVIENDA:

- casa sola : - condominio : - departamento : - vecindad :
- cuarto de servicio :
- otro :

EL MATERIAL DE VIVIENDA ES DEL SIGUIENTE TIPO:

- tabique: - concreto: - madera: - cartón: - otro:

LA VIVIENDA CUENTA CON:

- cocina, sala, comedor, baño:
- cocina, comedor:
- cocina, sala:
- cocina, baño:
- un cuarto y baño colectivo:

NUMERO DE DORMITORIOS CON QUE CUENTA LA VIVIENDA:

COMO SE DISTRIBUYEN AL DORMIR:

SERVICIOS PUBLICOS CON QUE CUENTA LA VIVIENDA:

- agua potable
- pavimentación
- drenaje
- luz

CONDICIONES ECONOMICAS:

QUIENES TRABAJAN EN LA FAMILIA Y BAJO QUE OCUPACION Y/O PUESTO:

CUANTO GANAN Y CUANTO APORTAN AL HOGAR:

CUALES SON LOS GASTOS PRIMORDIALES:

ACTITUD DE LA FAMILIA FRENTE AL ACCIDENTE:

QUAL FUE LA ACTITUD DEL PADRE Y DE LA MADRE ANTE EL ACCIDENTE:

- angustia
- tristeza
- enojo
- indiferencia
- preocupación
- culpa
- desesperación
- quién se siente culpable

REACCION ACTUAL DEL PADRE Y DE LA MADRE:

DIAGNOSTICO SOCIAL:

Apreciaciones predominantes por parte del trabajador social, destacando los elementos negativos del problema, es decir, los factores que propiciaron el problema que se refleja en las alteraciones familiares a consecuencia del accidente.

PLAN SOCIAL / TRATAMIENTO:

Se diseña la forma en que se abordará la problemática social del paciente y su familia y las canalizaciones pertinentes apremiantes por efectuar.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

HOSPITAL INFANTIL DE XOCHIMILCO. D.D.F.
INSTITUTO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO QUEMADO. A.C.

Cuestionario dirigido a pacientes del Hospital Infantil de Xochimilco y del Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado.

Introducción : Al efectuarse una investigación que pretende elaborar un Proyecto que trate las secuelas biopsicosociales en niños quemados es necesario recopilar información de pacientes que ya fueron dados de alta , los cuales pueden proporcionar información muy valiosa , por lo tanto éste instrumento fungirá como portador de la misma.

Objetivo : Conocer las secuelas biopsicosociales en niños quemados.

DATOS GENERALES DEL PACIENTE.

Sexo _____ Edad _____ años Escolaridad _____

Ocupación _____

Edad, Escolaridad y Ocupación del padre _____

Edad, Escolaridad y Ocupación de la madre _____

Marque con una X la respuesta que considere adecuada.

- 1.- Mencione el tiempo que estuvo hospitalizado el menor.
Una semana a un mes () Dos a tres meses ()
Cuatro a cinco meses () Más de cinco meses ()
- 2.- Cuando el menor fué dado de alta por el H.I.X., citaron al menor en forma periódica.
Sí () No ()
- 3.- Si la respuesta a la pregunta anterior fué sí ;
Acudió a las citas como le indicaron hasta terminar el tratamiento.
Sí () No ()

- 4.- Cuando el menor fué atendido por el I.A.I.N.Q., A.C. terminó el tratamiento.
 Sí () No ()
- 5.- En el caso de que haya dejado inconcluso algún tratamiento, porqué motivo ya no lo continuó.
 No le agradan como dan el servicio ()
 No hay presión para que ud. acuda ()
 Tiene problemas económicos ()
 Tiene problemas de distancia de residencia ()
 Tiene problemas de transporte ()
 No tiene disponibilidad de tiempo ()
 Problemas familiares agudos ()
 Piensa que el menor ya no requiere de ningún tipo de atención ()
 Otra _____
- 6.- Qué piensa acerca del servicio que proporciona el H.I.X.
 Es muy bueno () Es bueno () Es regular ()
 Es malo () Es muy malo ()
 Porqué _____
- 7.- Qué piensa acerca del servicio que proporciona el I.A.I.N.Q.
 Es muy bueno () Es bueno () Es regular ()
 Es malo () Es muy malo ()
 Porqué _____
- 8.- Durante el tratamiento de Hospitalización y posteriormente al ser dado de alta el menor, recibió alguna atención por parte de otra Institución o un servicio particular para tratar al problema de su quemadura.
 Sí () No ()
 Por parte de qué o de quién _____
- 9.- Cuando el menor se accidentó y sufrió quemaduras ud. le aplicó algún tratamiento casero, es decir, cuando fué hospitalizado y cuando fué dado de alta ud. por su cuenta le daba remedios caseros como los siguientes.
 Aplicación de tepezcohuite en la herida ()
 Ingestión de algunos téis ()
 Aplicación de sávila, aceite o algún otro producto ()
 Otro _____
- 10.- Considera necesario que el niño actualmente reciba algún tipo de atención relacionado con su quemadura.
 Sí () No ()
- 11.- Porqué :
 Piensa que el niño necesita algún tratamiento ()
 Piensa que el niño ya no necesita ningún tipo de atención ()
 En éste momento no puede llevar al niño a que lo atiendan ()
 Otro _____

- 12.- El menor tiene un funcionamiento normal en la parte que fué quemado o presenta alguna de las siguientes características.
Normal ()

El área dañada sufrió alguna retracción ()

La zona afectada permitió un desarrollo normal en todos los miembros acompañantes de esa parte. ()

La zona afectada no permitió un desarrollo y crecimiento normal en esa parte. ()

Tuvo algún tipo de alteración física en el área afectada ()

Le apareció alguna mancha permanente en la zona dañada ()

Le quedó alguna cicatriz muy notoria en el área afectada ()

Otros _____

- 13.- Piensa que el niño requiere de atención psicológica.

Sí ()

No ()

Porqué _____

- 14.- Piensa que algún familiar cercano requiere atención psicológica producida por el accidente del menor.

Sí ()

No ()

Porqué _____

- 15.- El menor accidentado a raíz del accidente ha presentado alguna característica de las siguientes :

Dolor en la parte dañada ()

Sensación de calor en la zona afectada ()

Sensación de comezón en el área dañada ()

Acentuada protección hacia la zona afectada ()

Dolor cuando lo bañan, que en algunos casos impide que lo bañen o no quiere bañarse él solo tampoco. ()

Miedo al agente con que se quemó ()

Terrores nocturnos ()

Sobresaltos a la hora de dormir o en otro momento del día ()

Pérdida de apetito ()

No le gusta quedarse solo en su casa ()

Otro _____

- 16.- El menor accidentado a raíz del accidente ha presentado algún estado emocional de los siguientes :

Constantemente se muestra agresivo ()

Constantemente se muestra triste o afligido ()

Constantemente se muestra nervioso e inquieto ()

Llora en forma excesiva ()

Otro _____

- 17.- Cuando el niño sufrió el accidente, desde ese momento hasta la fecha surgieron algunas alteraciones familiares como las siguientes:
- Comportamiento anormal de algún familiar ()
 Conflictos entre los padres ()
 Conflictos entre los hermanos ()
 Sentimiento de culpabilidad de parte de algún familiar ()
 Sentimiento de culpabilidad por parte del accidentado ()
 Sobreprotección de parte de los padres hacia el accidentado ()
 Sobreprotección al menor por parte de los hermanos o de algún otro familiar. ()
 Otro _____
- 18.- Actualmente los padres y familiares del menor como tratan al menor.
- En forma anterior al accidente ()
 Igual a los hermanos del menor ()
 Lo cuidan mucho ()
 Otro _____
- 19.- Actualmente qué actitud tiene el menor hacia sus padres.
- Se comporta como lo hacía antes del accidente ()
 Mantiene un comportamiento negativo ()
 Quiere que lo atiendan mejor que a sus otros hermanos ()
 Otro _____
- 20.- Desde que el niño regresó a su casa después de la hospitalización, como se ha desenvuelto con su grupo de amigos.
- Como se comportaba antes del accidente ()
 Se ha desligado de su círculo anterior de amigos ()
 A hecho otro círculo de amigos ()
 A conservado a solo algunos de sus amigos de su círculo anterior. ()
 No tiene amigos ()
 Se pelea frecuentemente con sus amigos y compañeros ()
 No le gusta hacer amistad con nadie ()
 Es muy sociable y le gusta hacer muchos amigos ()
 Se esconde de sus amigos para que no le hablen ()
 Se ha vuelto muy poco platicador ()
 Otro _____
- 21.- Cuando el niño reinició sus actividades escolares qué comportamiento se presentó.
- Su actitud fué la misma a la de antes del accidente ()
 No quería ir a la escuela aunque le insistieran sus padres ()
 Se comportaba muy distraído durante las clases ()
 No quería cumplir con las tareas ()
 Cuando le preguntaban sus compañeros que es lo que le había pasado se enojaba y no quería contestar ()
 El niño se aislaba de sus compañeros ()
 Otro _____

22.- Cuando el niño acude a un lugar fuera de su escuela, ya sea a visitar a un familiar, a un mercado, a una fiesta o a un festival por ejemplo, que comportamiento manifiesta:

- Igual al anterior al accidente ()
No le gusta participar en la plática o en las actividades ()
No quiere que se acerquen a él niños desconocidos ()
Llora fácilmente por que se siente incómodo ()
Se comporta muy inquieto ()
Le pega a los niños conocidos y desconocidos ()
Otro _____

23.- Cuando algún familiar, amigo o su maestra por ejemplo, le piden al menor que les muestre su cicatriz, que actitud refleja el niño:

- La muestra con naturalidad, explicándoles como le sucedió ()
La enseña un poco nervioso ()
No quiere enseñarla ()
Le tienen que insistir mucho para que la muestre ()
Se pone muy inquieto y nervioso al mostrarla ()
Se pone triste cuando la enseña ()
Se enoja cuando la muestra ()
Otro _____

OBSERVACIONES : _____

PARENTESCO DEL PACIENTE DEL INFORMADOR : _____

FECHA : DIA _____ DEL MES DE _____ DE 1990.

B I B L I O G R A F I A :

- 1.- Ayon Villanueva, María de Lourdes y otros autores. El papel del trabajador social en el Sector Salud: En el primer nivel de atención en el Centro de Salud Comunitario T.III. Santiago Ahuizotla, MEX. UNAM. ENTS. ENSAYO 1986.
- 2.- Brigley, Catherine. Pediatría para la enfermera. Ed. Centro Regional de Ayuda Técnica. Buenos Aires 1970.
- 3.- Cadena Gutiérrez, Reyna Ivon. TESIS. Los diferentes tratamientos que se dan a los menores quemados de 0 a 14 años en las Instituciones de alta concentración (Hospital Infantil de Xochimilco y Cruz Roja de Tlanepantla) EN el manejo de su evolución psicosocial y la intervención del trabajador social. MEX-UNAM-ENTS. Mex. 1988.
- 4.- Castellanos, María C. Manual de Trabajo Social. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México 1962. p. 85.
- 5.- Comité de Traumatología de American College of Surgeons Traumatología. Ed. INteramericana 1979.
- 6.-Chávez Carapia, Julia. La formación del trabajador social. UNAM-ENTS, Revista # 7. México 1981. p.54.
- 7.- Damian Cervantes, Carmen. Factores que influyen en el suceso de los accidentes en el hogar y su prevención. Mex. UNAM. ENTS, TESIS 1989.
- 8.- Fernández Silva, Patricia. Las repercusiones en el ámbito laboral y la participación del Licenciado en Trabajo Social en pacientes en edad productiva con quemaduras

- de 2º y 3º grado del Hospital Dr. Rubén Leñero del D.D.F. de 1988-1989. México 1990. Tesis. UNAM. ENTS.
- 9.- Garza Mercado, Ario. Manual de Técnicas de Investigación para estudiantes de Ciencias Sociales. Ed. El Colegio de México. 3ª edición. México 1981.
 - 10.-González Ulloa , Mario.Quemaduras Humanas. Ed. Interamericana. México 1960.
 - 11.-Fundación Mexicana para la Planeación Familiar A.C. MEXFAM Folletos referentes a accidentes.
 - 12.-Hermand , Marie. Prevención de accidentes infantiles.Ed. Diana. Mex. 1981.
 - 13.- L. Jhonson, Carole. Tratamiento de las Quemaduras.Manual Moderno, 1ª edición. México 1983.
 - 14.- Manual Múltiple de Trabajo Social D.D.F. Dirección General de Servicios Paramédicos de Diagnóstico y Tratamiento Coordinación de Trabajo Social. México 1985.
 - 15.- Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994.
 - 16.- Programa Nacional de Salud 1984-1988.Poder Ejecutivo Federal. S.S.A. ; I.M.S.S. ; I.S.S.S.T.E. ; D.I.F.
 - 17.- Terán Trillo, Margarita. El perfil del trabajador social en el área de salud. Revista de Trabajo Social.UNAM.MEX.
 - 18.- Zorrilla Arena, Santiago. Introducción Socioeconómica al panorama de México. Ed. Limusa. México 1975.