

85  
2 ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES**

**NIÑOS QUEMADOS:  
¿IRRESPONSABILIDAD, IGNORANCIA O...  
CIRCUNSTANCIAS?  
(REPORTAJE)**

**TESIS PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN CIENCIAS DE LA COMUNICACION

P R E S E N T A :

**MARIA EUGENIA MARTINEZ BRAVO**

ASESORA: LIC. ELVIRA HERNANDEZ CARBALLIDO



MEXICO, D. F.

1986

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

*Es el momento de cerrar un capítulo más en el libro de mi vida, para poder abrir otro y comenzar la escritura de una nueva etapa...la de profesionalista.*

*Hé cumplido uno de los más grandes anhelos de cuando se es niño: "De grande quiero ser..." y aunque este sueño ha sufrido diversas modificaciones a lo largo del tiempo por fin seré lo que elegí ser.*

*Pero el camino hacia esta meta ha sido arduo, con alegrías y susabores, con triunfos y fracasos. Sin embargo, en los momentos más difíciles alguien estuvo conmigo; y porque a veces sientes ese ferviente deseo de agradecerle a esa persona que estuvo a tu lado y te apoyó con sus consejos, con su ayuda o simplemente te escuchó, qué mejor ocasión que esta para hacerlo, ya que este deseo tanto tiempo acariciado finalmente se ha convertido en realidad.*

*A el Señor que me has dado todo, gracias.*

*A mis grandes ángeles que nunca me abandonan Fabrizio y Luis.*

*A mis padres Sra. María Eugenia Bravo y Lic. Oscar Martínez, porque ustedes me inculcaron los principios y valores que regirán mi vida. Por ser mi ejemplo y porque la mayor parte de mis acciones y pensamientos tienen su origen en ustedes. Suyos son mis triunfos. Los quiero mucho.*

*A Toño, por todo tu amor y tu apoyo, así como por los grandes y pequeños detalles y momentos que hasta ahora nos han consolidado como pareja...  
gracias. Compartir contigo todo eso, hace más importante este logro.*

*A Nacho, por ser mi hermano mayor.*

*A toda mi pequeña gran familia.*

*A la Lic. Elvira Hernández Carballido, por aceptar asesorar este trabajo, y por apoyarme durante toda la batalla. ¡Al fin!; juntas lo logramos.*

*A Price Waterhouse y a todos aquellos que integran mi equipo de trabajo. Rosy, Edmundo, Blanca, Martín, Susana y Nancy, gracias por su ayuda, sus críticas y su apoyo.*

*A mis queridas amigas Sissy, Lili, Cynthia, Elizabeth, Gaby C., y todo aquel memorable "Grupo Libertad", así como a mis otros amigos. Sin ustedes, esos años en la Universidad no hubieran sido tan felices.*

*Una especial dedicatoria a Maritza Anguizola, sin ti este trabajo jamás hubiera sido posible, por tus pláticas y tu dedicación a los niños quemados nació mi interés sobre el tema.*

*Al IANQ, por la colaboración prestada.*

*Al Dr. José Maya Béjar. Ojalá que este reportaje sirva para seguir realizando lo que alguna vez con tanto entusiasmo comenzamos. Gracias "Doc" por esa energía y jovialidad que brinda a todos los que se conocen.*

*A todos aquellos amigos que me brindaron su apoyo y mostraron su interés presionándome siempre con buenos consejos.*

*Finalmente, mi total agradecimiento a la Universidad Nacional Autónoma De México, y en especial a la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, por ser mi feliz hogar durante cuatro años, y por brindarme la oportunidad de convertirme en profesionista.*

INDICE

PAGINA

**INTRODUCCION**

**"...Y DESDE ENTONCES  
MI VIDA CAMBIO"**

1

Una breve charla  
sobre quemaduras

4

**"AHI VIENE EL DOCTOR"**

11

**"DOCTOR USTED DECIDE"**

19

(Tratamientos médicos  
para la atención del  
paciente quemado)

**"ACEPTANDO MI NUEVA VIDA"**

22

(Rehabilitación psicológica  
del niño quemado)

**"¿QUE ME OCURRIO?"**

24

**"¿POR QUE MI HIJO?"**

26

(Readaptación de la familia al  
paciente quemado)

**"DE VUELTA A CASA"**

31

**"ME VAN A DISFRAZAR"**

(Rehabilitación física del niño  
quemado)



|   | <u>PAGINA</u> |
|---|---------------|
| "MAMA... ¿QUE LE PASO A ESE NIÑO?"<br>(Readaptación del paciente a su entorno social)   | 40            |
| <b>"NADA ES VERDAD, NADA ES MENTIRA,<br/>TODO DEPENDE DEL COLOR DEL<br/>CRISTAL CON QUE SE MIRE"</b><br>(Influencia de los medios masivos de comunicación en la irresponsabilidad, ignorancia o... circunstancias?) | 44            |
| <b>"SI NO TE QUIERES QUEMAR TE TIENES<br/>QUE CUIDAR"</b>   | 51            |
| "PREVENIR HOY PARA DISFRUTAR<br>SIEMPRE"<br>(La prevención de quemaduras en el hogar)   | 53            |
| PRIMEROS AUXILIOS   | 61            |
| <b>"¿SE HA PREGUNTADO POR QUE<br/>LE CUENTO TODO ESTO?"</b><br>(Las cifras tienen voz propia)   | Anexo I       |
| <b>CONCLUSIONES</b>   |               |
| <b>FUENTES INFORMATIVAS</b>   |               |

## INTRODUCCION

Actualmente la concientización masiva sobre los diversos problemas sociales es cada vez más frecuente. A través de los medios informativos, podemos darnos cuenta de que distintas cuestiones tales como el alcoholismo, la drogadicción y el vandalismo en niños y jóvenes, entre otros, se acrecientan día con día, sin que, aparentemente, haya alguna forma de disminuir el índice de "adeptos" a estos vicios o "modus vivendi".

No es raro que un día cualquiera, tanto en periódicos como en revistas, así como en radio y televisión, comencemos a ser "bombardeados" con información sobre temas ya por todos conocidos, como lo son el alto índice de vandalismo juvenil, los llamados "niños de noche" (payasitos de la calle, limpiaparabrisas, etc.), entre otros. Por desgracia para nuestra sociedad, estos temas se han vuelto tan cotidianos que los mismos medios de comunicación no aportan nada nuevo a su contenido informativo. Se oye hablar del aumento en cifras de incidencia; se crean diversos comités y organizaciones de ayuda; se solicita la colaboración, las más de las veces económica, de la ciudadanía; se plantean diversas propuestas para posibles soluciones, pero el problema sigue latente.

Por otro lado, en una ciudad como la nuestra, es difícil dar a conocer todos los problemas sociales que diariamente se suscitan. Los medios de comunicación se enfocan a problemas específicos, convirtiéndolos en temas de "moda" y charlas de café, provocando así un rezago de información sobre otras "padecimientos urbanos" que merecen igual o mayor difusión, pero cuyas repercusiones no siempre saltan a la vista, dando como resultado un permanente estado de "ignorancia" en la población.

En los albores del año 2000, a escasos 4 años de comenzar un nuevo siglo, y a poco tiempo de que el presente se convierta en una parte más de la historia de la humanidad, resulta paradójico darse

cuenta de que vivimos en una competencia constante por adquirir nuevos conocimientos sobre los inminentes avances tecnológicos, científicos y culturales que rigen nuestros tiempos; sin embargo, aún nos falta mucho por aprender sobre cosas más elementales que nos ayuden a prevenir accidentes (específicamente por quemadura) que pueden costarnos desde un cambio radical en nuestra forma de vida, hasta la vida misma.

Hablando concretamente y entrando al tema de estudio, ¿cuáles son las causas que provocan este tipo de accidentes?, ¿qué podemos hacer en caso de emergencia?, ¿cómo evitarlos?. La mayoría de nosotros desconoce las respuestas a este tipo de interrogantes; sin embargo, nadie está exento de sufrir un accidente con estas características.

Es cierto que los accidentes por quemaduras pueden ser circunstanciales o ser sólo el "destino", pero también es válido mencionar que muchos accidentes son provocados por negligencia, aunque no debemos olvidar que también hay "accidentes" que son consecuencia de un maltrato físico.

Niños quemados... cuando sugerí el tema de investigación alguien lo calificó como tema de inherente morbosidad, sin darse cuenta de que es un problema real y que desgraciadamente afecta en mayor número a niños de escasos recursos económicos y muchas veces afectivos.

Nuestra indiferencia hacia el problema nos prohíbe darnos cuenta de la magnitud de éste "... sobre el problema de inexcusable trascendencia generado por las quemaduras, que por desgracia son cada día más frecuentes en un mundo ávido de poder, de riqueza y

de progreso, que quiere lograrlo a través de las guerras y conflagraciones entre los pueblos, la velocidad irrefrenable en el tiempo y en el espacio, la tecnificación industrial y el maquinismo moderno". (1) Es así que con este trabajo se pretende dar difusión a un problema que está sucediendo con mucha frecuencia y que afecta a nuestra sociedad, pero no desde un punto de vista médico o aportando datos que sólo engrosen archivos muertos, sino desde un punto de vista humanitario, tratando de crear, al mismo tiempo, conciencia en la gente para que aprendan a prevenir una situación que puede convertirse en tragedia en cuestión de segundos.

Tan sólo en 1990, en el Hospital Pediátrico de Tacubaya, se registraron 887 casos de niños quemados en consulta externa. Para febrero de 1991 ya se habían registrado 14 casos de quemaduras por causas múltiples. La edad promedio fue de 3 a 7 años, pero también se recibieron lactantes y adolescentes. La estancia promedio de hospitalización es de 14 a 38 días, pero ésta puede variar de acuerdo con la gravedad de la quemadura. (2)

Por otro lado, en el desarrollo de esta investigación no se pretende hacer un análisis exhaustivo de las quemaduras, pues entonces el tema correspondería a una tesis de medicina, sino poner de manifiesto un problema que es ignorado por un gran sector de la sociedad mexicana, y el reportaje, género periodístico interpretativo, es la manera ideal para dar a conocer un suceso de interés social con las características del tema elegido.

Así, la elección de la elaboración de un reportaje obedece a varias inquietudes.

(1) Rodríguez Gómez, Palemón, Quemaduras, Ed. Conexión Gráfica, Guadalajara, 1993, pág. 6.

(2) Datos proporcionados por el Departamento de Estadística del Hospital Pediátrico de Tacubaya del DDF.

Dice Julio del Río que un reportaje "...consiste en narrar la información sobre un hecho o una situación que ha sido investigada objetivamente y que tiene el propósito de contribuir al mejoramiento social". (3) Elegí el reportaje profundo por considerarlo el género periodístico más completo que existe, porque no sólo responde a las preguntas ¿qué?, ¿quién?, ¿cómo?, ¿cuándo? y ¿dónde?; también cuestiona el por qué y para qué. Al mismo tiempo utiliza otros géneros como la entrevista, la crónica, la narración, la anécdota y la biografía. Además es libre de apoyarse en valores literarios. El reportaje profundo esclarece y da significado a situaciones y sucesos que se registran cotidianamente.

Hemos visto algunas campañas publicitarias sobre la prevención de este tipo de accidentes, pero resultan insuficientes para detallar a fondo sobre lo que realmente es el problema. Es así que por medio de este género periodístico pretendo ahondar más sobre el tema, para que el lector con base en esta información, obtenga sus propias conclusiones al respecto.

"La narración del reportaje aporta datos fehacientes, frescos, inmediatos y la descripción de los hechos o del fenómeno no carece de cierta dramaticidad que involucra al lector (...) su interés, despertado lo hace interpretar (...) lo acaecido y el dato o datos periodísticos lo "conquistan". El receptor, entonces, hace suya la información". (4)

(3) Del Río, Julio., Técnica del Reportaje, ENCPys, 1964, pág. 13.

(4) Dallal, Alberto., Lenguajes Periodísticos, UNAM, 1989, pág. 62.

Por otro lado, el reportaje es el género periodístico más completa y el más útil para abarcar un tema de estricto carácter social y que atañe a la opinión pública.

"El reportaje incursionará en los sucesos relevantes cuyo conocimiento adicione cultura, contribuye al progreso; abarcará (...) esencialmente, la problemática social...". (5)

Es pertinente aclarar que aquí el empleo de la primera persona no es con el afán de presumir la postura de observador directo, ya que es claro que siempre y bajo cualquier circunstancia primero es el suceso y después el informador. La elección de este estilo fue con el fin de compartir con el lector, de la manera más directa, las experiencias vividas a lo largo de esta investigación.

De acuerdo con la anterior, en este trabajo trataré de que el interlocutor haga suya la información sobre un problema social latente que necesita de instrumentos difusores que le sirvan de eco para mastrarse tal cual es. De igual forma, la narración de los casos expuestos abedece a la inquietud de que, por medio de éstos, el lector se sensibilice al conocer todas las secuelas que conllevan los accidentes por quemaduras y así procure enfatizar más los cuidados infantiles para evitar toda esta problemática.

Es una de las tareas de los periodistas, hacer visible el eslabón que une el sufrimiento de los niños con las políticas económicas y sociales. Sin embargo, la lucha por los derechos de la infancia no puede quedar sólo en un artículo, por esta, considero que una tesis no es un trabajo terminado, es tan sólo el descubrimiento de algo que puede ser estudiado muy a fondo.

(5) Uribe, Hernán., Apuntes sobre investigación y fuente en el reportaje, pág. 50.

De esta manera, la presente tesis-reportaje se encuentra dividida en 8 apartadas cuya contenido se sintetiza a continuación:

El primer apartada muestra una visión más amplia y general de la que son las quemaduras y las causas que las provocan, siempre tratando de que sean explicadas con un lenguaje claro y sencilla en la medida de lo posible. Las apartadas 2 y 3 nos abren un panorama sobre los principales tratamientos médicos, y el dolor que causa su aplicación, a que deben ser sometidos los pacientes quemados.

En las apartadas 4 y 5, conoceremos acerca de la que conlleva la rehabilitación física y psicológica del niño accidentado, así como el difícil trance que implica su readaptación a la sociedad.

En el apartada 6 se mostrará cómo los medios masivos de comunicación pueden ser un eficaz instrumento para disminuir este tipo de accidentes. En tanto que en el apartada 7 se presentan una serie de consejos sobre la prevención de quemaduras en el hogar y cómo actuar en caso de emergencia. Y finalmente en el último apartado se presentan las conclusiones obtenidas de esta investigación.

El apartado 7 nos dará, por medio de cuadros y estadísticas, una visión más amplia sobre la magnitud del problema.

Por otra lado, uno de los principales objetivos planteados al inicio de esta tesis fue hacer de ésta un trabajo que pueda ir más allá de los archivos de la biblioteca, es decir, se pretende que la misma sirva para todos aquellos, profesionales o no, que se preocupan por la salud infantil.

Porque nosotros queremos un país para nuestros niños donde tengan aseguradas las oportunidades vitales para crecer y desarrollarse con plenitud, necesitamos conocer a fondo las causas que hoy destruyen a nuestros pequeños.

Niños quemados: ¿Irresponsabilidad, ignorancia o... circunstancias?, sea este reportaje tan sólo un instrumento de apoyo para la realización de una campaña de concientización que ayude a salvaguardar la vida de la niñez mexicana.



### **"...Y DESDE ENTONCES MI VIDA CAMBIO"**

Las manecillas del reloj marcaban las 12. Era ya mediodía y la sala de rehabilitación del Hospital Pediátrico de Tacubaya se encontraba casi vacía. Sentada en la sala de espera, una mujer de escasos 35 años y cuyas manos tejían con gran habilidad, esperaba que la sesión terapéutica de su hija finalizara. Dentro, en uno de los cubículos, se podía ver a una joven con bata blanca y pantalón de mezclilla azul, quien pacientemente instaba a la pequeña Gaby para que hiciera sus ejercicios de terapia física.

- ¡Ayy! ¡ya no! ¡me duele!
- Una más y ya, Inténtalo tú sola.
- No puedo, me duele mucho.
- Anda, vamos, trata de levantar tu brazo derecho.
- ¡Ayy! ¿aa...sí?
- ¡Muy bien!, ya ves como sí puedes hacerlo
- Pero...es que me duele mucho.

Una noche de octubre de 1990, en el patio de la familia Hernández, el brasero se encontraba listo para colocar sobre él la olla que contenía la cena de la familia. La señora Hernández agitaba afanosa el soplador de hojas de palma para evitar que el fuego del anafre se apagara. Brillantes chispas ardientes brincaban por doquier; al contactar con el aire producido por el soplador, aquellos trozos de carbón se consumían rápidamente. Esta escena se repetía diariamente, sin embargo, esa noche sería diferente.

Gaby, la primogénita del matrimonio, jugaba animadamente cerca del brasero. A sus 8 años, era una niña traviesa, llena de vida, y también muy curiosa. A unos metros de donde se encontraba descubrió un recipiente de plástico con líquido en su interior. Ella, suponiendo que el contenido del recipiente era sólo agua, intentó apagar las chispas de fuego que saltaban del anafre. En tanto, su madre se había alejado para traer la olla.

Fueron sólo segundos. Gaby arrojó el líquido al brasero, pero el "agua" (en realidad eran residuos de gasolina) en vez de apagar el fuego, avivaron las llamas que, crecidas por el contacto del combustible, alcanzaron a la pequeña, provocando que sus ropas se encendieran e hicieran de ella una pequeña antorcha humana.

La chiquilla requirió servicios médicos urgentes ya que presentaba severas quemaduras, principalmente en piernas, tórax, brazo derecho y parte de la mandíbula del mismo lado. Si no hubiera sido atendida de inmediato, habría muerto.

Por fortuna, sobrevivió, pero su recuperación fue lenta y dolorosa. Aunque la batalla todavía no estaba ganada, ya que las huellas dejadas por el fuego no sólo serían físicas, había otras cosas más por enfrentar.

El rostro de su madre se ensombreció al relatar el accidente. Era evidente que recordarlo le causaba tristeza, sin embargo, ella se sentía afortunada "¡hijole, pos! lo bueno es que el "toperwer" no estaba lleno sino... ¡¡imagínese, se me muere mi chamacal".

Desafortunadamente, éste no es el único caso de niños quemados que los hospitales atienden diariamente. En el área de "quemados", frente al escritorio de las enfermeras hay 3 cunas. La de la izquierda pertenece a una niña, no muy pequeña, que yace bajo la luz de una lámpara mirando indiferente al techo. La cuna del centro la ocupa Ana Nayell quien mira a su alrededor asustada. Está próxima a cumplir 3 años de edad, sin embargo, su fisonomía hace creer que tan sólo tiene 1 año, ya que es víctima de una severa desnutrición.

En la tercer cuna se puede observar a un pequeñín que duerme profundamente, ajeno a todo lo que le rodea.

Parado junto a las cunas se encontraba un pequeñín quien parecía aburrido de todo lo que allí había. Vestía, al igual que los demás niños, una batita azul propia del hospital, sus pies estaban descalzos y su morena tez escondía la herida que lo mantenía hospitalizado. Al preguntarle el por qué estaba internado, Indiferente relató que su madre había colocado una plancha caliente bajo la cama y él, ignorando esto, la tomó entre sus manos. Este incidente provocó su estancia en el hospital por más de veinte días, pero pronto sería dado de alta.

Dada la acumulación de trabajo en la sala, y en vista de que las enfermeras se encuentran muy atareadas, Rosy, una de las fisioterapistas, decide cambiar el pañal de Ana Nayeli. Al levantar la batita se observan pequeñas erupciones en su piel, y mientras le pone el pañal las grandes quemaduras que la niña tiene en la región glútea y parte posterior de las piernas quedan al descubierto. (Esto hace suponer, ya que en su expediente no se explican los motivos que causaron el accidente, que quizás la sentaron en una tina con agua hirviendo). Al terminar, Rosy descubre más erupciones en los brazos de la niña y se siente alarmada.

En ese instante, cerca de ellas pasa la residente en turno y la fisioterapista pregunta si aquellas erupciones son provocadas por varicela a lo que la residente responde tajante:

- Es sarna, no la estés cargando
- ¿Sarna? ¿aquí, en el hospital? - la voz de Rosy denota un dejo de sorpresa y alarma.
- Su mamá la contagió - dice autoritaria y se marcha.

La joven se llena de temor al imaginarse contagiada, pero recuerda que esta enfermedad es provocada por falta de higiene y por estar en constante contacto con animales, principalmente. Esto hace suponer las insalubres condiciones de vida que lleva la familia. Rosy sanle al chiquilla, quien la observa atentamente.

Los casos de estas niñas muestran claramente que las causas de los accidentes sufridos fueran, en gran parte, ocasionadas por la irresponsabilidad de sus padres, en respuesta a la falta de información y educación adecuadas.

#### UNA BREVE CHARLA SOBRE QUEMADURAS

El Dr. Carlos de Jesús Álvarez Díaz, Jefe de la Unidad de Quemadas del Hospital de Traumatología "Magdalena de las Salinas" y Expresidente de la Asociación de Quemaduras explica:

"Una quemadura es una lesión a los tejidos del cuerpo ocasionada por agentes físicos y químicos con una variedad muy grande en las repercusiones que tiene el mismo organismo, que van desde un enrojecimiento (eritema), hasta la muerte del paciente".

Existen diferentes tipos de agentes físicos y químicos que pueden ocasionar una lesión por quemadura. Los agentes físicos se dividen en:

a) Líquidas calientes:

- Escaldadura. - cuando se derrama el líquida caliente sobre la persona.
- Inmersión. - cuando la persona cae dentro del líquida.
- Líquidas de alta y baja densidad. - dependiendola de la cantidad de sólidos que el líquida contenga, la permanencia del calor será mayor.

b) Fuego directa: por la regular un flama, dada su rapidez, na condiciana quemaduras, pero si la ráfaga es prolongada, entances sí condiciana lesiones profundas.

c) Combustión de hidrocarburos: es la combustión a incineración de sustancias como thiner, gasolina, alcohol, etc. Si dichas sustancias explataran dentro de sus contenedores se clasificaría como fuego directa.

d) Corriente eléctrica: cuando la corriente camina por el cuerpo, los órganos ofrecen una resistencia, provocanda que las tejidas se calienten y se quemem. Fortunata Benalm en su "Texta de Cirugía Plástica, Reconstrucliva y Estética" agrega: "Las tejidas siguientes están ennumeradas en orden descendiente de resistencia: huesa, grasa, tendón, piel, múscula, sangre y nervias".

Dentro de este inciso podemos mencionar otros elementos:

- 1.- Chispazo eléctrico.- posee las mismas características del flamazo
- 2.- Arco voltático.- la corriente de alta tensión cuya temperatura aproximada es de 2,500°C de calor puede provocar lesiones serias. La corriente hace contacto con el cuerpo, pero no penetra, "brinca" sobre la piel.
3. Conducción.- Existe un total y pleno contacto, es decir, hay entrada y salida de la corriente eléctrica. Provoca quemaduras muy severas".

e) Deflagración: Es la explosión, pero no sólo por efecto térmica, sino también por onda expansiva (explosivos en general, pólvora, dinamita, gas, etc.)

f) Radiaciones: éstas pueden ser solares, radioactivas, nucleares, etc. Las terapias médicas también pueden provocar quemaduras. En este inciso el Dr. Héctor Núñez Gutiérrez quien en 1993 fuera Jefe de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital de Petróleos Mexicanos (PEMEX) Atzacotalco agrega: "Los rayos X sirven para radiografías y fluoroscopías (búsqueda de un cuerpo extraño). Una vez que el objeto ha sido localizado, hay algunos colegas que utilizan, para hacer la extracción del objeto, la pantalla fluoroscópica, entonces el tiempo de exposición que el paciente dure en esa pantalla tiene un tiempo límite que evita cualquier problema, pero si usted rebasa ese límite entonces puede haber una quemadura por radiación. Es el caso de pacientes con problemas oncológicos que son tratados por medio de radiaciones en donde se radían o queman las lesiones".

g) Solares: producidas por la exposición prolongada a los rayos solares.

Por otro lado en cuanto a Agentes Químicos se refiere, existen los ácidos y los álcalis. En ambos casos dependiendo de la concentración de estos productos será la quemadura. Puede también ser por vertimiento o inmersión.

También es importante mencionar que las quemaduras se clasifican de acuerdo con su profundidad y extensión. Para hablar de profundidad se utilizan los "grados".

Hay muchas vertientes y entre los autores no existe un total acuerdo, pero la clasificación utilizada en escuelas y hospitales es la que se divide en 1er., 2do. y 3er. grados. Las quemaduras de 1er. grado abarcan la parte más superficial de la piel (epidermis), son rojas, secas y muy dolorosas. Tardan en regenerarse aproximadamente una semana y no dejan cicatrices. El ejemplo más común en este tipo de quemaduras son las solares.

Las de 2do. grado se dividen en superficiales y profundas. Las de 2do. grado superficial afectan la capa superficial de la dermis papilar, y se presentan con ampollas dolorosas (flictenas), húmedas y quedan rojas brillantes. Tardan entre 7 y 14 días para sanar. Se regeneran, pero se lleva un tratamiento local para evitar infección. No dejan cicatriz.

Para explicar las quemaduras de 2do. grado profundo, hay que decir que en la piel existen crestas y valles, una quemadura se produce en la cresta, por decir algo al "ras", no llega a los valles pero en la capa profunda de la dermis (dermis reticular) ya no existen crestas (cresta basal que hace regenerar a la piel, sólo hay nexos cutáneos, folículos pilosos y glándulas sudoríparas). Estas lesiones son muy dolorosas, ya que todavía existen terminaciones nerviosas, son apacas, secas, se pueden infectar con mucha facilidad. Es difícil diferenciar de las anteriores; pueden regenerar entre 15 y 22 días muy bien cuidadas. Dejan cicatrices muy marcadas.

Por última las quemaduras de 3er. grado abarcan el espesor total de la piel. Son secas, acartanadas, presentan escaras (tejido seco, enjuto), pueden adoptar distintos colores, pero por lo regular son de color café a negro. Son indoloras (ya no existen terminaciones nerviosas), como este tipo de lesiones son muy profundas ya no existe piel sana para regeneración. Por lo tanto, es necesario retirar la zona quemada y cubrir con un injerto. Las quemaduras de 3er. grado dejan secuelas funcionales y estéticas muy severas".

Por su parte, el Dr. Palomón Rodríguez en su libro Quemaduras manifiesta que: "Una quemadura también se puede clasificar dependiendo de su extensión superficial. De esta evaluación dependerá el tratamiento que se aplique al paciente para mejorar su estado general y la conducta que se siga en el futuro en el manejo adecuada de los tejidos dañados.... En los adultos se señala un 9% para la cabeza, 1% para el cuello, 9% para cada extremidad superior, 18% para la cara anterior del tórax y el abdomen, 18% para la cara posterior y también 18% para cada miembro inferior. (Regla de las 9). En el niño las cosas varían, dada que la cabeza es relativamente más



valuminosa y generalmente se expresan en múltiplos de 5 o más, según la edad. Cabeza 20%, miembros superiores 10%, miembros inferiores 10%, tronco 40%, superficie anterior 20%, superficie posterior 20%".

"Otro método distinto para determinar la extensión, además de las reglas de los 9, es la regla de la palma de la mano (1% de la superficie corporal). Este método consiste en medir la superficie corporal lesionada con la palma de la mano, la cual abarcará un 1%" - explica el Dr. Javier Carrera, Jefe de Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital PEMEX Picacho.

Las características socioeconómicas y culturales que rodean al niño quemado, son, la mayoría de las veces, muy limitadas; casi la totalidad de los casos atendidos por los hospitales que se encargan de este tipo de accidentes son niños de bajos recursos que viven en zonas marginadas y donde la información es casi nula.

El derramamiento de líquidos muy calientes es el mayor peligro en pequeños. Las escaldaduras por agua se acompañan de mayor morbilidad y mortalidad. Este tipo de quemaduras ocurre generalmente cuando un niño sumerge el pie, la mano o las glúteas en una bañera con agua caliente.

Las quemaduras por contacto con objetos calientes como planchas, calentadores y hornos, son el segundo tipo más común de quemaduras. También se pueden originar por líquidos inflamables, fósforos, incendios caseros, veladoras, cordones y contactos eléctricos.

Por último, es importante mencionar que, en mayor proporción, las quemaduras se presentan en las extremidades superiores (71%) y en menor proporción en la cabeza y el cuello (52%), debido a la posición erecta del ser humano.

### "AHI VIENE EL DOCTOR"

La regordeta mujer de largos cabellos negros, lloraba desconsolada. Su llanto y sus palabras entrecortadas denotaban histeria, miedo y mucha incertidumbre.

- ¡Ay señorita! es que mi niño se me quemó y yo no sé que hacer - dijo la desesperada mujer casi gritando.
- No se preocupe, todo va a salir bien, ya lo están atendiendo, ¿no es así? contestó una joven que se encontraba a su lado.
- No sé, está en urgencias y dicen que lo van a trasladar al Magdalena de las Salinas, pero pos' no sé por qué.
- Señora, tenga calma, ese hospital también es muy buena. Tal vez lo quieran trasladar porque aquí en Tacubaya ya no debe haber camas y sólo le estén aplicando los servicios de urgencia, ya que no en cualquier hospital atienden quemados.

Entre sollozos desesperados, la señora trataba de convencerse a sí misma que su hijo estaba siendo atendido de la mejor manera. La joven hubiera querido consolarla, decirle que todo marcharía bien, aunque no sabía lo que había pasado, ni cuál sería el desenlace, sólo acertó decirle que después de todo, el niño era afortunado, pues actuó con rapidez dirigiéndose al lugar adecuado y ahora el pequeño Julio estaba recibiendo atención especializada.

No cabe duda, y como dijera el escritor José Revueltas "Lo terrible... está siempre en lo más sencillo, en lo que tenemos más al alcance de la mano".

Cuando el accidente ya ha sucedido hay que actuar inmediatamente. Pero... ¿a dónde acudir? La mente se encuentra bloqueada y somos presas de la angustia y la desesperación. Lo más conveniente es dirigirnos al hospital más cercana.

Pero al llegar nos encontramos ante un abstáculo impenetrable al escuchar esas palabras: "lo sentimos pero el niño no puede ser admitido aquí, porque no atendemos este tipo de accidentes". Sentimos como un si un balde de agua fría nos cayera encima pero no nos detenemos a pensar que la atención de una quemadura debe ser atendida por personal especializado y altamente calificado. Sin embargo, ¿a dónde ir?. El tiempo corre y el niño está muy mal, ¿qué hacer?, ¿dónde lo recibirán?, ¿a qué hospital acudir y que atiendan quemaduras?

En la Ciudad de México los nosocomios que reciben a este tipo de pacientes (Infantes quemados) son sólo 4: los Hospitales Pediátricos de Tacubaya y Xochimilco ambos pertenecientes al Departamento del Distrito Federal (DDF); así como los Hospitales de Traumatología de Lomas Verdes y Magdalena de las Salinas, los cuales son parte del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Estos hospitales reciben a cualquier persona, a diferencia de los Hospitales de PEMEX que sólo reciben derechohabientes cuyo nivel socioeconómico es más alto y por ende el índice de niños quemados es muy bajo.

No obstante, recientemente fue inaugurado en Querétaro, Qro. el primer hospital especializado en la atención integral del niño quemado, único en su tipo en Latinoamérica. Dicho hospital así como el servicio prestado en el Pediátrico de Xochimilco, son brindados por el Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado (IAINQ), cuya

labor comenzó hace 10 años y que no ha sido fácil, ya que por medio de donativos y conciencia altruista, han logrado construir este hospital de primer nivel en donde se pretende dar asistencia a todos aquellos niños víctimas de quemaduras.

La tarea del Instituto no sólo se limita a la atención hospitalaria, ya que es el único organismo que se ha interesado en lanzar campañas publicitarias preventivas a nivel masivo, así como la realización de estadísticas (inexistentes en otros lugares, entre ellos la Secretaría de Salud (SS)) sobre el alto índice anual de niños lesionados por quemaduras, que desafortunadamente aumenta año con año, y que afecta en su mayoría a niños de escasos recursos.

Pero la hospitalización del menor marca tan sólo el inicio de un cambio de vida. Una nueva vida llena tanto de sufrimiento como de dolor, donde los principales elementos para salir adelante son las ganas de vivir del paciente, así como el apoyo y cariño que reciba de su familia.

Mencionemos a Marco, cuyo inocente mundo infantil, se vio severamente transformado en un mundo donde el dolor físico y la incertidumbre sobre su futuro, se convirtieron en sus inseparables compañeros. Su inerte cuerpecito se hallaba tendido sobre la camilla. A tan sólo unos minutos de haber llegado a Xochimilco, un médico corrió a prestarle los primeros auxilios, para, posteriormente, darle el tratamiento adecuado. Lo primero era determinar la extensión y profundidad de sus quemaduras.

El chiquillo de escasos 5 años, se había vertido una olla con atole caliente sobre el tórax. Estando sentado a la mesa jaló sin querer el larga mantel que la cubría; esto provocó que la olla cayera sobre él sin que el niño pudiera evitarlo.

Después de despegar sus ropas, los médicos pudieron determinar que la quemadura por líquido caliente (de alta densidad ver pág. 5) tenía una extensión del 18% (cara anterior del tórax) y una profundidad al parecer de 3er. grado. Había que actuar de inmediato. Se le tomaron signos vitales; se le hizo la reposición de líquidos y electrolitos (un paciente quemado pierde gran cantidad de líquidos) para su reanimación especial y se le trasladó a terapia Intensiva.

Una vez controlado había que aplicar un tratamiento local en las heridas, cuyos principales objetivos serían proteger la quemadura para evitar posibles infecciones, y luego, según el tipo de lesión local, estimular la epitelización (que en este caso ya no sería posible) o favorecer la pronta eliminación de los tejidos mortificados para su reemplazo por un trasplante cutáneo. Para ella habría que limpiar suavemente la zona quemada para eliminar la suciedad y los tejidos muertos; mantenerla seca para evitar la reproducción de bacterias y dejar en reposo ésta para aminorar el dolor y obtener mayor bienestar.

Durante el tiempo que el niño estuvo en terapia Intensiva (tres semanas), fue sometida a una serie de exámenes para evitar cualquier tipo de complicaciones, ya que un quemado se vuelve muy vulnerable a cualquier tipo de infección. Transcurridos varios días y sabiendo ya de su situación, Marco necesitaría de apoyo psicológico, el cual comenzó en cuanto él recobró el conocimiento. Ahora el pequeño tendría que enfrentarse a uno de los momentos más dolorosos del tratamiento para pacientes quemados...la balneoterapia. Esta consiste en un baño diario o cada tercer día, dependiendo de la evolución de cada paciente, cuyo objetivo es, aparte de brindar higiene a la zona quemada, ayudar a retirar los vendajes que mantienen seca el área tratada, para así poder volver a examinar la lesión y tratar de hacer ya un diagnóstico de certeza.

instalado en la sala de recuperación y habiendo salido alroso de terapia Intensiva, Marco sería sometido a su primer baño.

"Para evitar que la bainoterapia resulte un poco menos traumática el niño primero es sometido a una terapia de sensibilización- explica Ma. Teresa Girardo, Jefa de Psicología del IAINQ - tratamos de brindarle apoyo, le explicamos lo que va a suceder, esto ayuda a disminuir la angustia del niño y así logramos que él también coopere. Cuando el niño llega se le baña, se le explica que se le va a retirar la piel, que se le va a tallar, que se le va a doler y que él debe ayudar a que se le haga la curación, porque si no, se le puede lastimar más, se le va a sangrar más y pues es algo que tiene que hacer. En esta terapia de sensibilización el niño sabe que puede gritar y llorar, pero igual sabe que tiene que cooperar. Junto con la sensibilización se les enseña una técnica de relajación por medio de la respiración, ya que con ésta se logra disminuir un poco el dolor. Aquí en el IAINQ, nosotros lo hacemos junto con ellas. Durante el baño el niño siempre está con su psicóloga, de hecho, él mismo colabora desprendiéndose las gasas y participa dentro de su curación". (Esta práctica no se realiza en todos los hospitales. Por ejemplo, en el Pediátrico de Tacubaya las psicólogas prefieren no estar durante el baño, ya que no desean que el niño las asocie con el dolor).

Marco escuchó las palabras de Tere, sin embargo, su rostro denotaba un gran terror. No era para menos, ya que la gran habitación se inundaba a cada minuto con desgarradores gritos de dolor provenientes de las otras niñas que ya se encontraban en las tinas. Su turno había llegado. El niño aunque asustado, se mostraba sereno. Una enfermera lo tomó en brazos y la llevó a la habitación en donde se encontraban 2 grandes tinas azules. La enfermera introdujo

al niño en la bañera la cual estaba llena de agua caliente. Alrededor de la tina las chicas pasantes de psicología le hablaban amigablemente, mientras con las manos ayudaban a remover las vendas que cubrían las heridas del pequeño.

Mientras tanto, en la tina contigua, Anibal era sujetado por una de las psicólogas en lo que la enfermera trataba de quitarle los vendajes, que debido al medicamento, estaban fuertemente adheridos a su piel. Era una labor muy difícil para ella y dolorosa para el niño.

"¡Caramba! Juro que jamás había escuchado gritos tan desgarradores y tan llenos de dolor en la vida real." comentó una de las voluntarias que se encontraba presente. Tratando de darse ánimos para resistir lo que estaba presenciando expresó: "vaya pulmones de este niño"; no obstante, a comentarlo tan absurdo, se disculpó asegurando que esos gritos se clavaban en lo más profundo de su sensibilidad. En tanto, el niño trataba de librarse de su "verdugo" dando manotazos al aire al mismo tiempo que con voz llena de súplica le pedía a la enfermera a todo pulmón: "no me toqué, yo solito me las quito, pero no me toque".

Simultáneamente a esa escena, las vendas de Marco ya habían sido retiradas, pero aún faltaba lo peor. Había que despegar los grandes apósitos (gasas) que cubrían sus lesiones. Como la extensión corporal que estaba cubierta era muy grande y dado lo reciente de sus quemaduras, la labor se complicaba todavía más. A cada intento, tanto de la enfermera como de las psicólogas por retirar los apósitos, Marco lanzaba gritos de dolor. Comenzó a propinar patadas y manotazos a diestra y siniestra, como respuesta a la agresión de que estaba siendo sujeto. Una de las pasantes con voz más enérgica le pidió que cooperara y que quitara él mismo las gasas, pero el niño no obedecía. Con mucha paciencia se le dijo que debía ayudar pues así le dolería menos. Marco trató de desprender una de las gasas pero el gran dolor que sintió lo hizo desistir.



Era necesario quitarlas, además todavía quedaban muchos niños más por bañar. En tanta, en la otra tina la misma escena se repetía una y otra vez. Ahora era el turno de un bebé de escasos ocho meses de edad. Había sufrido quemaduras en la mayoría de su cuerpecita. La enfermera, en este casa, no necesitó ayuda, sin embargo, era una escena muy triste. De su pequeña garganta sólo salía un apagado llanto infantil. Sólo Dios sabe el dolor que el bebé estaba padeciendo. Unacento criatural, no podía defenderse a exteriorizar sus sentimientos, cualquiera que éstos fueran. La enfermera que la bañaba, mujer morena, alta y robusta, de adusto gesto comentó: "Luego en mi casa dicen que siempre llega de malas y que les grita mucha a mis hijas y no las deja entrar a la cocina, pero es que si ellas vieran lo que ya vea aquí todos los días..." volteando a ver al bebé que tenía entre sus manos continuó "pobrecita verdad, no es por nada, pero cada vez que me toca así un niño chiquito me da un caraje que no vea, siento bien feo, así como que el corazón se me encaja. La verdad es que pues las papás son las que llenan la culpa. Buena una entiende que la mayoría pues son gentes que no tienen educación pero que tengan tantita cuidado. Fíjese no'más, a este pobre se le incendió la cunila con una veladora; 'ara no'más dígame por qué mejor no pusa la mamá la vela en otra lado. Ahora vea usted las consecuencias".

Había transcurrido casi una hora y María aún continuaba en la tina. Aunque habían retirado ya una buena parte de las gasas, todavía faltaban otras más. A cada intento por desprenderlas, el agua se teñía de rojo. El agua turbia y aceitosa de las bañeras, así como el olor dulzaino de la sangre fresca, inundaban el ambiente con un olor fétido y nauseabundo.

Poco a poco, sus heridas fueron quedando al descubierto. El tórax de Marco se encontraba en carne viva. El rojo brillante de la sangre que brotaba del área lesionada, contrastaba cruelmente con su tez morena. Era patético. Sólo se le enjuagó con agua limpia. Su "piel" no resistía un roce más (a los quemados se les suele tallar la lesión para desechar el tejido muerto, pero con Marco no había nada más que hacer). Lo envolvieron en una sábana limpia y lo llevaron a la sala de curación. Se le aplicó el medicamento necesario (Silvadene y Pasta de Lassar), y una vez más, a poner los apósitos y vendas, para que dentro de dos días fuera conducido nuevamente al tan temido baño. Esta rutina se repetiría una y otra vez, hasta que el niño fuera dado de alta, hecho para lo cual tendrían que transcurrir muchos meses más.

Por el momento no se podía pensar en ningún tipo de cirugía reconstructiva, ya que el niño sufría de antemano una severa desnutrición, motivo por el cual no podía ser sometido a intervención quirúrgica alguna. Más adelante y cuando llegara el momento preciso, los médicos decidirían cuál sería el procedimiento más adecuado para lograr la total recuperación del niño.

### **"DOCTOR USTED DECIDE"**

(Tratamientos médicos para la atención del  
paciente quemado)

Además de la balneoterapia y de la administración de medicamentos, cuando la quemadura es muy profunda se debe recurrir a la cirugía plástica y reconstructiva para reponer la piel perdida. Es entonces cuando se decide que método o técnica se utilizará.

El método de tratamiento quirúrgico para el implante de injertos tradicional más socorrido, por ser práctico y económico, es el uso de membranas amnióticas. Estas constituyen un sustituto de piel de tipo biológico y se utilizan para proteger el área lesionada en lo que se obtiene piel para el injerto. Este material es de fácil adquisición, y después de someterlo a un prolljo lavado y de separar las membranas amnióticas de las placentas, pueden ser empleadas frescas o conservadas.

Sin embargo, el Dr. Walid Kuri-Harcuch, Profesor titular del Departamento de Biología Celular del Instituto Politécnico Nacional (IPN) (CIMESTAP) señala: "Esta técnica tiene en su contra que no permite la rápida epitelización del área cruenta (sangrante) y existe riesgo de transmisión de enfermedades como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), porque en madres infectadas se pueden encontrar en las membranas amnióticas células contaminadas".

No obstante, desde hace muchos años, el IPN ha venido desarrollando una investigación sobre el cultivo de piel, cuyo objeto es obtener epidermis en general para pacientes quemados. Este tratamiento consta en obtener una pequeña biopsia de un área de piel que no esté quemada de aproximadamente 1 x 3 cm<sup>2</sup> que abarque la piel con todo y "grasita". Se traslada al laboratorio donde se analiza y se revisa que no esté contaminada, para posteriormente

hacer una disgregación, fragmentándola en varios trozos o unidades, las cuales serán introducidas en antibióticos y nutrientes en los depósitos de cultivos. Este procedimiento tarda alrededor de 2 ó 3 semanas, logrando que en este lapso de tiempo se puedan obtener cientos de miles de cm<sup>2</sup>.

Con estos cultivos -según el Dr. Kuri- se pueden obtener 2 tipos de injertos:

- Autoinjerto: lo piel del paciente se cultiva y se pueden obtener hasta 2 m<sup>2</sup>.
- Aloinjerto: en esta técnica se toma la biopsia de un donador (el prepucio de niños circuncidados) y se generan millones de injertos.

Para evitar enfermedades, los células del prepucio son sometidas a exámenes muy complejos, para así evitar, sobre todo, virus como el SIDA. Toda cultivo es controlada con pruebas asépticas.

"Con esta nueva técnica, lo Secretario de Salud (SS) otorgó al IPN a través del Registro Nacional de Transplantes, autorización para fungir como banco de epidermis exclusivamente. Con esta técnica se pretende modificar el tratamiento usual de injertos y aplicarse a nivel rutinario. Hasta ahora, ha sido aplicada con éxito en los Hospitales Magdalena de las Salinas y PEMEX, en aproximadamente 250 pacientes. Pero cabe decir que éste es un tratamiento muy costoso, alrededor de \$1500 un cultivo autólogo", señala el especialista.

En referencia al éxito de esta técnica el Dr. Héctor Núñez agrega: "En el Hospital de PEMEX Atzacapotzalco hicimos un trabajo con esa técnica de cultivo de tejidos cutáneos en

quemaduras profundas y otras no muy profundas con quemaduras de 2da. y 3er. grados. En las pacientes profundas utilizamos el colinjerto cultivada para proteger la zona lesionada y favorecer la epitelización. Las heridas epitelizaron muy bien y en corto plazo. En los pacientes poca profundas se mandaba la biopsia para su cultivo y entonces ya se les ponía su propia piel (autoinjertos). En realidad, esta técnica es muy buena. Debería ser considerada para el manejo general de pacientes quemadas, ya que ha dado muy buenas resultados. Aquí en México PEMEX la ha utilizada y el IMSS en el Magdalena de las Salinas comienza a ser probada".

Sin embargo, el alto costo que implica llevar a cabo esta técnica, impide que hospitales como los Pediátricos de Tacubaya y Xochimilco, aún no la utilicen.

Por otra lado, es necesario agregar que por las constantes cirugías reconstructivas, la rehabilitación física durante el período agudo y el demás tiempo de rehabilitación física y psicológica (que puede ir desde 2 semanas hasta años), el tratamiento curativo para el paciente quemado es muy costoso, por lo que en términos económicos, - y según el Dr. Núñez - el paciente quemado resulta ser muy "cara".

Así pues, los tratamientos para la recuperación del niño quemado son realizadas por su bien, pero siempre bajo un panorama de dolor; un alta precia para lograr su curación total.

### **"ACEPTANDO MI NUEVA VIDA"**

(Rehabilitación psicológica del niño quemado)

Un pequeño cuarto de juegos. En su interior blancas persianas cubren las ventanas; alrededor algunos anaqueles se encuentran llenos de juguetes, muñecas, carritos, etc. Mientras la Dra. Edith Padrón (Directora de la Unidad Xochimilco del IAINQ) se sienta en el suelo para tratar de jugar con Florecita; es tal vez un estímulo para que pierda la intraversión, la timidez, es un acercamiento directo con el paciente. La niña acepta el juego y comienza a tomar parte en él. Está armando una casita de plástico. Sin embargo, ante las preguntas de la doctora, Flor permanece callada, sólo le mira y vuelve a su juego.

Esto es parte de la rehabilitación psicológica que se otorga en el pequeño espacio que el Hospital Pediátrico de Xochimilco presta al IAINQ para la atención de pacientes lesionadas por este tipo de accidentes. En tanto, un viejo caballo de madera es mudo testigo del silenciosa juego de la pequeña, quien, poco a poco, va tomando confianza y regala a la Dra. una leve sonrisa. Al final de la sesión pone todos los juguetes en su lugar y la especialista le dice: - Anda, dame un abrazo - pero Florecita la mira indiferente, dándole la espalda.

Un niño víctima de quemaduras se ve afectado por lesiones de variable magnitud que no sólo rampen su ritmo cotidiana de vida al dejar dolorosas secuelas físicas y emocionales para posteriores etapas de su desarrollo. El impacto psicológico de una quemadura es sumamente severa en los infantes y puede acarrear graves resultados durante su proceso de crecimiento y desarrollo. En esta etapa cuando se lleva a cabo la integración de la personalidad del menor, y de ella es parte muy importante el cuerpo, la imagen que el niño se forme de sí y toda la que le rodea, integrará una parte substancial de su manera de ser, de pensar, de actuar.

Es por ello que la atención psicológica que se brinda al paciente desde su llegada al hospital es tan importante. Tanto el IAINQ, como el Pediátrico de Tacubaya, proporcionan un cuidado integral al paciente quemado. Es decir, en ambos lugares se brindan tratamientos tanto físicos como psicológicos, desde el ingreso del paciente hasta su total rehabilitación.

El tratamiento integral psicológico que se presta, es de suma importancia, ya que los accidentes por quemadura no sólo representan un desequilibrio en la vida del paciente, si no también en la vida de su familia.

El proceso de adaptación y de aceptación del niño hacia su accidente es una ardua tarea que requiere tiempo y mucha paciencia, tanto del paciente como de todo el equipo interdisciplinario que participa en la rehabilitación del paciente. Es así, que en dicho proceso la intervención de cirujanos plásticos, enfermeras, psicólogos, trabajadoras sociales y fisioterapeutas, entre otros, es tan importante, pues uno por uno forman la cadena que conducirá al total y completo restablecimiento del niño quemado.

Del buen manejo que se tenga de estas terapias dependerá el resultado que se obtenga para la mejor readaptación del niño a la sociedad, pues definitivamente su vida ya no será la misma.

## ¿QUE ME OCURRIO?

En la vida Infantil la reacción ante el accidente no responde a un patrón de conducta preestablecido, pues en ésta entran factores diversos como la edad, sus rasgos de personalidad, experiencias hospitalarias anteriores, su entorno familiar, etc. "Al inicio el niño está muy confuso; casi a partir de las 72 hrs., se da cuenta que está herido y comienza a preguntar que le sucedió. Su reacción al accidente varía dependiendo de su edad. Por ejemplo, de los 4 años en adelante, se aterrorizan mucho al verse las heridas. Los que más se deprimen son los más pequeños; por ejemplo, los bebés de 7 meses aproximadamente, presentan algo que se llama "ansiedad de separación", ya que sólo quieren estar con su madre" - dice Ma. Teresa Giralda.

Al respecto la Psicóloga Silvia Ivonne Rebollo Blanc, Jefa de Psicología del Pediatría de Tacubaya agrega: "Generalmente cuando hay una situación de crisis, un traumatismo o un accidente, los Infantes pueden responder de diferentes maneras y existe la idea o el "pensamiento mágico", es decir, manejan el accidente como un castigo a su comportamiento "me porté mal, por esa me pasó" o "mis papás no me cuidaron y por esa me quemé" aquí se culpabiliza a los padres. Estos sentimientos de culpa deben ser superados para que el niño se adapte mejor al ambiente hospitalario. Toda depende de su capacidad para externar sus reacciones o sus emociones.

En cuanto a la adaptación al accidente, los menores de 4 años van a adquirir más trastornos emocionales porque no están acostumbrados a separarse del núcleo familiar. Los preescolares aunque ya son más independientes, también resultan muy afectados; cabe mencionar que la adaptación al accidente es una y al ambiente hospitalario, otra. Por ejemplo, para esta última el período de adaptación varía de paciente a paciente. Esta depende de los



factores ya expuestos, así como de sus vivencias, sus rasgos de personalidad, etc. Hay niños que son muy dóciles en sus casas y aquí se muestran agresivos, o viceversa, entonces el cambio varía de acuerdo con las condiciones del hospital.

También la terapia de sensibilización es muy importante. Aquí en Tacubaya hemos tratado de humanizar más el manejo hospitalario. La relación entre pacientes y el personal médico y paramédico está muy sensibilizado. Cuando el niño llega tratamos de darle una explicación sobre su dolor, diciéndoles que es una respuesta normal; no les decimos "no te va a doler", les damos una explicación de la que es la quemadura de acuerdo con su nivel; que su piel tiene que volver a nacer como una planta, que es necesario que tenga suficiente alimento, que debe comer bien; solicitamos su cooperación, pues está en contacto con gente que no conoce, pero que somos como una familia.

Tratamos de que no vea el ambiente hospitalario tan agresivo o tan activo, pues para ellos el baño, las curaciones, la separación de sus padres y el afeltarles la cabeza para evitar infecciones, son estímulos negativos" (esta última práctica no es llevada a cabo en el IAINQ para evitar traumatizar más al paciente)."

## ¿POR QUE MI HIJO?

(Readaptación de la familia al paciente quemado)

Como ya se ha mencionado anteriormente, el accidente no sólo deja secuelas en quien sufre el accidente, también puede dejar secuelas irremediables a quienes forman parte de la vida del accidentado.

"El sentimiento predominante entre las padres, comúnmente, es el de culpabilidad. En el momento posterior al accidente, la familia se encuentra desorientada, está en shock, no saben cómo responder, llegan deprimidas, presentan crisis de llanto y miedo al no saber que pasará. Es entonces cuando los psicólogas aplican una terapia llamada "Intervención psicológica en crisis", ya que es en ese momento cuando el sentimiento de culpa se hace presente. En los pacientes en fase inicial siempre aparece el tan conocido "hublera", el cual se trata de quitar a lo largo del tratamiento psicológico. Se trata de ayudar a los padres a aceptar el accidente dándoles seguridad y confianza diciéndoles que ellos están haciendo lo mejor para su hijo y que este tipo de accidentes requieren hospitalización" señala la Dra. Reballa.

Sin embargo, muchas veces el sentimiento de culpabilidad no siempre es superado.

La madre de Armando se negaba rotundamente a ver a su hijo. No podía perdonarse el accidente aunque ella sabía que éste había sido circunstancial. El niño se encontraba volando un papalote en compañía de su padre. El juguete se atoró en unas cables eléctricos que se hallaban sueltos. Al intentar liberar el papalote del cable, tanto el padre como el niño fueron alcanzados por la corriente eléctrica produciéndoles ésta severas quemaduras. El hombre se encontraba en el hospital Rubén Leñera (donde sólo atienden adultos) pero sus quemaduras no superaban las del niño. Armando

fue atendido en el Pedlátrico de Tacubaya, pero no corrió la misma suerte que su padre. Sufrió amputación de miembros inferiores abajo de las rodillas, así como del miembro superior derecho respetando la articulación del codo y la parte distal de los dedos (uñas) de la mano izquierda. Su madre no podía soportar tal tragedia, pues se sentía responsable del estado del chiquillo. Este sentimiento desencadenó un rechazo inconsciente hacia su hijo. Armando fue afortunado pues con el tiempo su madre logró aceptarlo nuevamente.

Pero no todos corren la misma suerte. Este tipo de situaciones pueden provocar el abandono del infante. Muchas veces éste se muestra triste porque no ha recibido la visita de sus papás, y entonces es necesario hablarles y hacerles ver que ellos como padres son el termómetro emocional de los niños para que así ellos se sientan tranquilos y no desarrollen fantasías de abandono.

Otra grave consecuencia de este tipo de accidentes es la desintegración familiar.

"Cuando no hay un matrimonio estable emocionalmente, el accidente puede ser tomado como pretexto que puede ocasionar la separación de la pareja o, en ocasiones, una mayor unión. Sin embargo, cuando la estancia hospitalaria es muy larga, se da una ruptura en la dinámica familiar. Es común el abandono del padre, pues éste culpa a la madre (nuevamente la culpabilidad aparece) argumentando que por su falta de cuidado sucedió el accidente, y justificándose dice que él no puede con todo el problema y entonces se va. Mientras, los hermanos (si los hay) quedan al cuidado de otros familiares, ya que la madre dedica todo su tiempo al cuidado del pequeño enfermo" interviene la Dra. Rebollo.

Durante este proceso de trabajo con la familia, las psicólogas pueden detectar cuál es el comportamiento de los padres en la relación afectiva con sus hijos. Aunque el índice es muy bajo también se debe considerar el síndrome del niño maltratado.

"Se sabe que con el desempleo aumentan la criminalidad, el alcoholismo, la drogadicción, el desmoronamiento familiar, la mortandad infantil y la desnutrición, por lo tanto, no debe resultar sorprendente observar que el factor aislado más importante en el maltrato a menores es el desempleo de los padres... La frustración que ocasiona en el padre de familia sea éste hombre o mujer, el encontrarse sin empleo, es fuente continua de manifestaciones agresivas (la agresividad es la más importante reacción ante la frustración). Un padre sin ocupación, no puede pagar la renta, comprar la comida, vestir a los hijos, ni proporcionarles diversiones, todo esto crea una situación emocional muy peculiar, lo cual se agrava ante la imposibilidad de revelarse o solucionar sus problemas, y cuando no puede desquitarse con el origen de sus sufrimientos, es muy común que descargue la ira contenida en los seres indefensos que están bajo su dominio". (1)

Cristina de 4 años acude esporádicamente a terapia rehabilitacional, presentando, en cada una de sus visitas, visibles huellas de quemaduras de cigarrillos. Es fácil adivinar que la pequeña es víctima del maltrato de sus padres, tanto por sus lesiones físicas como psicológicas, ya que es una niña introvertida, huraña y muy agresiva con quien trata de tocarla.

(1) González Flores Raquel., Tesis Bofetadas por caricias, FCPyS, UNAM, 1982, p.p.15 y 16.

Múltiples quemaduras por cigarrillos y hierros calientes se consideran formas obvias de ser intencionales. No obstante, otras lesiones no accidentales han sido por escaldura, por lo que al ser similares en su aspecto a las accidentales es fácil pasarlas por alto. También hay muchas niñas maltratadas que no siempre muestran hostilidad y agresividad como Cristina; hay algunas que suelen ser sumisas, abiertamente cariñosas y no lloran durante procedimientos dolorosos.

No obstante, el maltrato no sólo se manifiesta desde el punto de vista físico, también existe el maltrato afectivo al no satisfacerle sus necesidades básicas y al no proporcionarles cuidados.

Era sorprendente escuchar las respuestas dadas por la madre de Ana Nayell (pág. 2), cuando Martha, otra de las fisioterapistas del Pediatría de Tacubaya, le reprochaba la poca atención brindada a la niña.

- ¡Señora! la niña debe ser acostada en una posición cómoda que le evite, o en toda casa, le disminuya el dolor y así podamos evitar una deformidad posterior.
- ¡Es que no se deja!
- Señora, vamos, si la niña apenas y se queja. Muévela las piernitas, tóquela, demuéstrela cariño.
- Es que, 'pus esta escuela no me hace caso.
- Disculpe si soy insolente, pero la niña aparte de quemada está desnutrida y con sarna, y lo peor de todo... ¿dice usted que la quiere mucha?

Cuando un padre expresa poca preocupación por el niño enfermo, hay que sospechar una quemadura no accidental.

Pero también muchas de éstas son por ignorancia, ya que los castigos son aplicados como medidas correctivas. Algunas madres queman las manos de sus hijos por tomar alimento, dinero, etc. sin permiso.

Por otro lado, el accidente también representa un cambio en la rutina. Esta depende si el paciente está en cirugía o en terapia intensiva. El desgaste físico y emocional es mayor, siempre debe estar presente algún familiar para cualquier cosa que se ofrezca. El ver a los niños a través de un vidrio y verlos entubados o monitorizados también crea situaciones de mucha estrés que pueden provocar, de igual manera, trastornos físicos y emocionales en las padres. Cuando el paciente egresa del hospital esta situación de crisis y estrés perdura, ya que, debido a las constantes visitas al hospital para seguir con los tratamientos de rehabilitación, las padres continúan con la situación de abandono de los demás familiares y muchas veces también deben abandonar sus trabajos, por lo que, ya de por sí, su baja economía se ve duramente afectada.

Los accidentes por quemadura no sólo afectan al herido. Hacen una cadena de sufrimiento y pena que también la familia debe arrastrar.

## "DE VUELTA A CASA"

"¿Me voy a disfrazar?"

(Rehabilitación física del niño quemado)

Fabiola era ya una jovencita (tendría entre 13 y 14 años) sus brazos, manos y rostro estaban desfigurados, era ya "veterano" del Pediátrico de Tocabayo, sus áreas lesionadas habían sido sometidas a varias cirugías reconstructivas. Era fácil deducir que sus quemaduras habían sido muy severas pues su rostro mostraba los cicatrices de los implantes de piel que le habían sido injertados. Debido a eso, la chica había asistido regularmente, durante varios años, a su sesión de rehabilitación física, la cual constituye un parte fundamental para la total recuperación del paciente quemado.

El Dr. Miguel A. Parada del Valle, Jefe de Servicio de Rehabilitación del Hospital PEMEX Picocho dice de los objetivos y la importancia de la rehabilitación física, lo siguiente:

"La rehabilitación del paciente quemado es la restauración funcional del movimiento de los segmentos afectados, lo que permite al niño tener una apariencia cosmética tratándose de quemaduras faciales; una alineación postural adecuada que le permita una imagen corporal simétrica; evitar las deformidades exteriorizadas, principalmente las que afectan a los miembros, columna vertebral y a los distintos partes de los miembros, tanto inferiores como superiores, logrando con ello, que el paciente sea autosuficiente en actividades de autocuidado personal, (por ejemplo, usando sus miembros para vestirse, asearse, comunicarse por medio de la escritura o el dibujo), así como la deambulación o traslación en forma asistida (uso de muletas, andadores, etc.) o en forma independiente, aumentando la tolerancia y resistencia del esfuerzo físico. Por otro lado, la rehabilitación no sólo involucra aspectos biológicos o físicos, sino también los psicosociales, familiares, laborales, educativos,

ocasionales. En general es una actividad multidisciplinaria en donde diversos especialistas atienden las genuinas necesidades del paciente quemado."

Alex estaba tendido en la cama. Mientras, la fisioterapeuta moldeaba la férula de yeso que habría de colocarle al niño. Este por su parte, se encontraba literalmente amarrado a los barrotes del barandal de su cama con unas sábanas; estaba completamente inmobilizado. Con triste y baja tono de voz me dijo que se había quemado por que una veladora había caído sobre su cama y ésta se había incendiado. Cuando se movía, de su garganta salían quejidos apenas audibles pero llenos de dolor, era fácil darse cuenta que cualquier movimiento, por leve que fuera, le lastimaba profundamente. En tanto, la Lic. Lorena Alvarez de la Cadena, Jefa del Departamento de Rehabilitación del Pediátrico de Tacubaya, continuaba moldeando el trozo de yeso, en tanto explicaba que la rehabilitación se puede dividir en 2 partes: cuando el paciente está internado y cuando ya se le ha dado de alta.

"Cuando el paciente está en el hospital (como era el caso de Alex) la rehabilitación está encaminada a evitar deformidades, la alineación de segmentos, etc., manteniendo posiciones en el lecho, evitando así secuelas posteriores. En ocasiones se utiliza la postura por medio de sábanas (amarrando al niño); también se utilizan las férulas cuando existen quemaduras en pliegues de flexión como son cuello, axilas, codos, manos, muñecas, huecos poplíteos y pies, para que así el paciente evite doblar esa área. El paciente, debido al dolor, suele doblar el área lesionada, pero sucede que la piel cuando se está regenerando (en los casos en que así es) se forma más "corta", es



decir, se forma una brida (cicatriz retráctil que puede contraerse, y por lo tanto evita el estiramiento de las articulaciones) la cual, una vez formada, sólo puede ser retráctil quirúrgicamente".

Mientras hablaba, las manos de Lorena se movían hábilmente moldeando las férulas del niño (éste podría calificarse de trabajo artesanal, ya que hay que adaptarlo exacta y adecuadamente a la forma del área que la necesita). "El uso normal de la férula es para contracturas (limitaciones); aunque el niño no padezca de éstas, nosotras vamos a tratar de mantenerlo estirado, porque es más fácil tratar una contractura muscular en extensión que tratar de romper la brida.

"Ahora, cuando hay epitelización es decir, cuando la quemadura no ha sido muy profunda, se les da masaje para lubricar la piel. De hecho, con el paciente interno no es mucho lo que se puede hacer, pero es muy importante, porque si no se les da el tratamiento adecuado, se le pueden dejar secuelas invalidantes muy, muy serias.

"Como se ve, este trabajo es muy importante en la recuperación del paciente. Somos un equipo multidisciplinario en el que intervenimos cirujanos, psicólogos, fisioterapeutas y trabajadoras sociales".

Lorena arregló las sábanas que sujetaban a Alex, y le prometió que regresaría. Se dirigió a la sala de rehabilitación. Es una amplia sala con 2 camas, juguetes, una tina de hidromasaje y afiches con motivos infantiles decorando las paredes.

En su cubículo, Lorena continuó la explicación sobre la rehabilitación del niño quemado:

"Una vez que a la quemadura se le ha dado el tratamiento quirúrgico adecuado (injertos, membranas, o lo que se necesite) se les considera como pacientes externos y llegan con nosotros para que les tratemos las cicatrices. Estas van a tener un período de remodelación, es decir, la etapa en la que la cicatriz va a tomar la forma que va a tener definitivamente, esto durante un período aproximado de año y medio, bueno, en realidad esto puede ser desde 15 días hasta el año y medio, dependiendo o variando de cada paciente. Nosotros consideramos este tiempo como una ventaja, pues todo lo que le haya sucedido a la cicatriz si se hizo queloide o hipertrófica, o si se hizo dura podemos oblandarlo, es decir, nosotros podemos revertirla.

"Durante el año que la cicatriz esté activa, esto es cuando está roja y tiene mucha sangre, a nosotros nos perjudica ya que mientras los tejidos sigan teniendo sangre se van a alimentar y a crecer, sin embargo, cuando ya ha terminado su proceso y está inactiva ya no se les puede hacer nada más que retirarlos quirúrgicamente. Para que entiendan mejor hay 2 clases de cicatrices: la hipertrófica y la queloide, y aunque hoy muchos desacuerdos, en general se dice que la cicatriz queloide o queloidea es como un "hongo" que se sale de los límites de la cicatriz. Es muy dolorosa, arde y es muy molesta. El tratamiento no siempre resulta, pues la cicatriz sólo se poda, volviendo, posteriormente, a resurgir. Por otro lado, lo hipertrófica es una cicatriz gruesa que limita una zona de movimiento pero guarda su límite; ésta se puede corregir".

También describe que la mayoría de los pequeños que están ahí tienen unas máscaras y prendas de licra, y que los movimientos que hacen, caminar, mover las brazos, etc. semejan los movimientos de un robot. Es notable la falta de libertad de movimiento. Al quitarle la licra al paciente se puede observar que debajo de ésta porta vendajes que sostienen las férulas en la posición necesaria.

Por otra lado, agrega que durante "los períodos de actividad de las cicatrices" es muy importante tratar de evitar 3 cosas: 1) que se pongan duras (hipertroficas o queloides); 2) que impidan la función en una cicatriz retráctil y; 3) que se formen bultos.

Para que esta no suceda, se utilizan 3 técnicas de rehabilitación, principalmente:

1) Masaje: Su objetivo es quitar la sangre a el endurecimiento de las tejidas. Es un masaje fuerte que debe darse 3 veces al día, mínima 5 minutos por área. Cuando el masaje ha sido buena, la cicatriz se observa inactiva, es decir, ya no sigue creciendo y se aprecia de color blanca. Esta más a menos en año y medio.

2) El Ultrasonido: Su objetivo es que por medio de ondas de sonido se da un micromasaje a vibración a las tejidas para evitar el endurecimiento y engrasamiento de las cicatrices. Este sólo se aplica cuando la cicatriz tiene cambios de textura. Las sesiones deben ser controladas, ya que el uso excesivo de éste puede producir osteoporosis precoz, y también algunos autores sostienen que puede afectar la epífisis del crecimiento. Este método no todas las niñas lo requieren.

3) Presoterapia (prendas de presión): Su objetivo es quitar sangre de la cicatriz para evitar que crezca. La prenda debe tener una presión de 25 a 30 mm de mercurio (Hg). Si la presión es mayor, las tejidas se pueden necrosar por falta de irrigación sanguínea. La licra debe ser usada 23 hrs. al día durante el período de remodelación de la cicatriz. Sólo se quita para el baño. Cuando la presión de la licra no es suficiente, se usa también un material plástico llamada "pelle" que se corta en base con la forma de la cicatriz. Se forra con alguna tela de algodón y se pone directamente en contacto con la piel, para posteriormente poner la licra. La ropa se usa sobre la licra.

La licra más adecuada es la de "Jobs", pero dado el nivel socio-económico de este hospital el costo es muy elevado pues es un producto de importación (hasta \$700 por pieza).

"Es muy importante -aclara Lorena- tomar en cuenta que tanto la licra como el ultrasonido sin masaje o viceversa van a tener efectos mínimos. Lo ideal es el uso de las tres métodos en forma conjunta. El masaje debe ser aplicado principalmente por los padres, por eso su cooperación en la aplicación de éste y el correcto uso de las licras, así como el adecuado cuidado de estas prendas son indispensables en la rehabilitación física del niño."

"Otro aspecto de importancia es hacer que los padres entiendan que los niños no se pueden asolear y que deben tener cuidado extremo en ello, ya que las áreas quemadas se pigmentan y se van manchando. Cuando las quemaduras están en el rostro, se deben proteger con el uso de un sombrero, gorra o cualquier otro accesorio que la cubra del sol."

Lorena fue avisada que Alex tenía una fuerte crisis de llanto y no cesaba de preguntar por ella. Cuando llegó Alex se encontraba muy alterado.

- ¿Por qué estás llorando?
- Es que me dijiste que ibas a regresar y no cumpliste.  
Un gran nudo se hizo en su garganta y sólo atinó a decirle:
- Bueno, ya estoy aquí - esbozando en su rostro una sonrisa.

Este incidente nos permite percatarnos de la gran soledad por la que atraviesan estos niños.

Otra técnica de rehabilitación es la tina de hidromasaje llamada "tina de remolino", cuyo objeto es quitar el tejido necrosado. Su utilización es conveniente cuando el paciente todavía no está en etapa de cicatrización. Por medio de calor, cuando el área todavía está cruenta, dicho método estimula el riego sanguíneo. Sin embargo, aplicarlo en una cicatriz cuando está muy activa puede ser contraproducente, pues se busca quitar la sangre que la cicatriz tiene de más, y el remolino, por el contrario, estimula la irrigación sanguínea. Es por esto que no todos los niños pasan a esta parte de la terapia.

Otro método terapéutico es la aplicación de cera que al igual que la tina de remolino actúa por medio de calor. Se utiliza principalmente en manos y lesiones ortopédicas. Dado que las quemaduras en manos son muy difíciles de tratar pues es muy difícil mantener los dedos en su posición y más aún si los niños no cooperan, se forman bridas y se pegan los dedos. Cuando la cicatriz está ya casi inactiva la cera puede ser utilizada para tratar de romper la brida o dar mayor arco de movimiento.

Es importante remarcar que debida a la importancia del uso de las férulas, las ajustes y tratamientos de presión en el tratamiento médica del niño, la cooperación de los padres es parte fundamental para lograr el éxito deseada.

Otras chiquillos entraban al cubículo contiguo al de la lina. Era un espacio donde había algunas juguetes, 2 sillas y un pequeño escritorio. Era en esta habitación donde las fisioterapistas debían hacer gran uso de psicología infantil.

Andrés vestía pantalón de mezclilla, botas y en su cabeza portaba un sombrero de tipo vaquero que cubría un poco la lica que usaba en el rastra.

- A ver Andrés, como vamos, uhm... crea que bastante bien ¿verdad?

El niño asintió con la cabeza y dibujó una leve sonrisa sobre sus labios.

- Buena, que te parece si tocas la pared y regresas corriendo.

Con torpes movimientos así lo hizo, sin embargo, cuando regresó hacia donde se encontraba la fisioterapista su cara se adivinaba orgullosa.

- Muy bien Andrés - díjale a la chica, dándole un abrazo - ahora que te parece si pateas esa pelota, ¿quieres?

Los infantiles ojos se iluminaron ante esa propuesta, pero no pudo reprimir un grito de dolor cuando intentó estirar la pierna.

- Vamos Andrés, tú puedes, pateo la pelota - le alentaba la fisioterapeuta.

Con gran esfuerzo logró cumplir su tarea, por lo que fue premiado con una paleta de caramelo.

En rehabilitación se aplica este tipo de terapias con juegos, con objeto de que el niño no asocie su terapia con el dolor. Es más fácil manejarlo por medio de juegos que diciéndole directamente que haga ciertos movimientos que él sabe le producirán malestar.

"MAMA...¿QUE LE PASO A ESE NIÑO?"

(Readaptación del paciente a su entorno social)

Un factor muy importante que debe ser considerado es la readaptación del niño quemado tanto a su núcleo familiar como a la sociedad en general.

El éxito o fracaso de la readaptación depende de cada individuo y de su capacidad de adaptación.

Durante las terapias psicológicas es necesario darle importancia a la trayectoria emocional del paciente. Al respecto, la psicóloga Silvia Ivonne Rebolla agrega: "Hay niños con fracasos escolares, propensos a accidentes o que tienden a jugar con fuego con tendencias autodestructivas. Se ha demostrado que ellos van poniendo en peligro su vida cada vez con más frecuencia hasta llegar a una seria quemadura".

Por otro lado, en lo que respecta a los padres, la actitud de éstos por lo general es de sobreprotección y consentimiento. Esto es resultado de la larga estancia hospitalaria, ya que los padres se acostumbran a ver a sus hijos desde el punto de vista clínico y al regresar al ambiente familiar no saben cómo tratarlos.

"Por eso antes de darlos de alta tenemos entrevistas de apoyo psicológico con los padres de familia. Se les habla de los posibles cambios de comportamiento en el pequeño, ya que muchas veces se presentan conductos infantiles regresivos ("ganancias secundarias de la enfermedad") como orinarse. También puede tratarse de un paciente difícil y agresivo o puede ser que se reprimió mucho durante su estancia hospitalaria y al llegar o cosa va o querer que se le trate como aquí se le trataba. Por eso es necesario hacerles notar a los papás que el infante se encuentra en otras condiciones".



Así, se les orienta sobre los cuidados que deben proporcionarle, su alimentación, etc. Se les explica que el niño ya está en otra etapa subsecuente que es la de la rehabilitación física y emocional.

Aunque la psicóloga reconoce que es un proceso muy difícil, pues en casos como el de amputaciones, los padres se preguntan: "Bueno, ya se le amputó y ha evolucionado bien, pero... ¿cómo voy a regresar con mi hijo en esas condiciones?, ¿qué es lo que va a representar para él?". Si se manejan con acierto estos temores y se cuenta con el apoyo de los padres, se ayuda al niño y se logra una buena adaptación. Pero si los padres no cooperan y lo siguen sobreprotegiendo, éste seguirá sintiéndose enfermo. A veces es necesario el tratamiento de los hermanos, pues no quieren ver a su hermano quemado o amputado, entonces el tratamiento psicológico tiene que abarcar diferentes aspectos dependiendo las necesidades de cada caso. También si nosotros procuramos los cambios en las actitudes de la familia, es decir, se le dé al paciente un trato normal como a cualquier otro miembro de la misma, él va a sentirse mejor y con mayor confianza. Esto es un coadyuvante para que el menor responda como nosotros esperamos. Dependiendo de su edad se le exige de acuerdo con sus posibilidades".

Otro obstáculo que debe sortearse en la readaptación es recordar que vivimos en una sociedad donde se pondera la belleza física como uno de los valores más importantes. El no tener belleza y no sólo eso, tener un defecto físico, significa que se va en contra de cualquier persona, sobre todo de una criatura que se está desarrollando y que todo lo que recibe del medio ambiente va a ser parte de la formación de su personalidad.

Es por eso que la participación de la sociedad es muy necesaria para un mayor éxito en la readaptación del niño quemado y para evitar que el trauma de la quemadura sea aún más grave.

Para lograr la participación de la sociedad es necesario informarla sobre este tipo de accidentes. Muchas veces las miradas de asombro y de burla excesiva hacia el enfermo que debe usar una licra es un reflejo de la falta de comprensión y conocimiento entre el público en general. Esto puede provocar un daño emocional que puede tener efectos duraderos, como la negación del niño para ir a la escuela y así evitar las burlas de sus compañeros, lo que puede prohibir su desarrollo emocional normal.

Debe haber información más amplia en el círculo de cada infante; mayor difusión sobre la rehabilitación (uso de licras), pues así se le dará un trato más digno al paciente quemado. Tanto el IAINQ como el Pedlátrico de Tacubaya hacen una labor de sensibilización entre la gente que lo rodea. Primero se hace una averiguación sobre cómo es la relación con su familia y con sus compañeros de escuela. En caso de requerirlo, por medio de trabajo social, se va a las escuelas y se sensibiliza a maestras, para que ellos, a su vez, lo hagan con los alumnos; se les da orientación sobre qué hacer y qué no con el paciente. Los niños deben comprender que la licra que usa el compañerito accidentado es necesaria y que es como si utilizara anteojos. Se trata de ir a todas las esferas sociales en que el menor se desenvuelve para que su adaptación sea más fácil.

Debemos recalcar que más que el apoyo de la sociedad, se necesita el apoyo de la familia, ya que ésta y todo su entorno juegan un papel muy importante. Si el niño quemado tiene bases familiares sólidas, los comentarios o actitudes ajenas no lo van a dañar y su tratamiento lo aceptará mejor. No debemos olvidar que el

tratamiento de un quemado puede durar muchos años, en ocasiones desde la infancia hasta la adolescencia, por lo que habría que procurar que el tiempo de la rehabilitación sea menos desagradable lo más digno posible.

**"NADA ES VERDAD, NADA ES MENTIRA, TODO  
DEPENDE DEL COLOR DEL CRISTAL CON QUE  
SE MIRE."**

(Influencia de los medios masivos de  
comunicación en la ¿Irresponsabilidad,  
Ignorancia o...circunstancias?)

Al exponer las causas que pueden originar un accidente por quemadura, hablamos ciertamente de 3 posibles factores que parecen estar estrechamente vinculados a éstos: Irresponsabilidad, Ignorancia o circunstancias. Sin embargo, hablar de ellos sería presuponer un juicio tendencioso, ya que el caso de niños quemados propicia gran discrepancia de opiniones.

No obstante, es cierto que los accidentes de este tipo pueden ser circunstanciales o ser sólo "el destino", pero si tratamos de llegar al fondo del porqué suceden, podremos darnos cuenta que Invariablemente habrá de por medio una actitud negligente por parte de un tercero, lo cual muchas veces será el resultado de la Ignorancia provocada por la desinformación.

En realidad, nos encontramos ante un problema de índole social en el que se ven involucrados varios elementos. Uno de éstos muy importante es el económico, dado que la mayoría de la población que se ve afectada por estos accidentes son niños de escasos recursos y que en su mayoría viven en un solo cuarto que de la misma forma funciona como cocina, dormitorio, sala y comedor (hablamos así de hacnamientos o cuartos redondos), careciendo, por consiguiente, de servicios básicos como los sanitarios, agua, luz, etc. (según estudios realizados en los departamentos de Trabajo Social de los Hospitales Pediátricos de Xochimilco y Tacubaya).

La insalubridad de este tipo de viviendas (aunque hay que recordar que la pobreza no justifica la falta de higiene) trae consigo un mayor riesgo y probabilidad de que estos accidentes ocurran. Por citar algún ejemplo, al no tener un cuarto de baño idóneo, es decir que cuente con todos los elementos necesarios, las madres se ven obligadas a bañar a sus hijas en tinajas, colocanda por lo regular primero el agua caliente; después, mientras la madre acarrea el agua fría, el niño asalta la tina con su aseo personal e ignorante de que el agua está hirviendo simplemente se mete dentro de ella y es entonces cuando se produce el accidente. Otra ejemplo es el caso de las veladoras; la mayoría de estas familias son muy dadas a su uso para la veneración de los santos de quienes son devotos y acostumbra tenerlas encendidas la mayor parte del tiempo. Por lo regular éstas se colocan en la cocina sobre alguna repisa, pero aquí hablamos de que la cocina también es el dormitorio, por lo que si éstas llegasen a caer, la probabilidad de provocar un incendio sobre alguna de las camas o camastros se acentúa.

Otro factor importante dentro del rubro económico es que, en la actualidad, para poder obtener mayores ingresos ambos padres tienen la imperiosa necesidad de trabajar, por lo que se ven obligadas a dejar a sus hijas al cuidado de otras personas, situación que provoca una atención muchas veces inadecuada y poca comprometida a los niños. Otra situación que se puede presentar es que, al no tener los suficientes recursos económicos para contratar los servicios de una persona que atienda al niño o al no tener acceso a guarderías o centros de desarrollo infantil, las niñas tienen que quedarse solas en sus casas. Esta situación puede constituir un factor de riesgo muy alto para el niño, ya que las probabilidades de que el niño sufra un accidente por quemaduras o electrocución se incrementan. Esta podría solucionarse si el gobierno federal brindara ayuda a los padres de familia de escasos recursos económicos por medio de guarderías, casas de cuna o instituciones similares.

Por otro lado, podemos mencionar como factor causa-efecto el bajo nivel socio-cultural que rodea a las víctimas. La falta de información sobre las medidas básicas de prevención de accidentes es casi nula para este sector de la población, si consideramos que en nuestro país y aun en esta gran ciudad, el índice de analfabetismo es todavía muy elevado.

No obstante, existen diversas formas de instruir al sector adulto en general y principalmente a los padres de familia sobre las medidas preventivas. Al respecto el Dr. José Maya Béhar, Jefe de Cirugía del Pediatría de Tacubaya agrega: "El 90 % de las quemaduras en niños puede prevenirse. Es necesario enseñar a los padres las seguridades caseras en el área de prevención de quemaduras como parte de una guía anticipada durante los cuidados de un niño sano."

El problema de niños quemados es una cuestión que atañe a todos y cada uno de nosotros, así como a las autoridades competentes y que puede ser confrontada con la educación. Podemos decir que la salud de la población es el monitor de un país; sin embargo, desgraciadamente México vive en un atraso y es cierto que algunos de sus sectores están crónicamente hambrientos, por lo que muchas veces para éstos, acceder a los sistemas educativos tradicionales parecería simplemente utópico.

Ante esta disyuntiva nos encontramos con una situación que resultaría paradójica. Si bien, en su mayoría, dichos sectores sociales no siempre encuentran oportunidades que les den acceso a la educación, casi me atrevería a asegurar que sí tienen acceso a los medios electrónicos, pues aun en la casa más humilde, gracias a los avances tecnológicos en las redes de comunicación, en los lugares más remotos quizás no siempre encontraremos un aparato de televisión, pero no hay que dudar que por la menos se cuenta con un radio de transistores.

Es aquí donde los medios de comunicación masiva desempeñan un importante papel, ya que aunque muchas veces éstos parecen huir del tema. Los periódicos rara vez publican un caso de niños quemados, y si lo hacen es en la nota roja, pero no se le da más difusión.

La observación de casos aislados o la lectura de noticias amarillistas, pueden causar en el lector diversos sentimientos, tales como enojo, lástima y en ocasiones hasta puede llegar a sentirse sorprendido, pero finalmente no se siente convencido y la noticia pasa a ser una más. Por eso, para lograr que el público se involucre, es necesario presentar un panorama amplio y profundo de la situación, pero siempre enclavada en un contexto específico, en este caso México en la época actual.

Es necesario utilizar los foros de mayor audiencia, como radio y televisión, aunque es cierto que todos los medios de comunicación cuentan con su propio público. Como ya se mencionó en párrafos anteriores, en dónde no hay televisión se escucha radio, a quien no le gusta leer, oye radionovelas o programas diversos, así como los que centran su atención en series extranjeras.

Desafortunadamente los medios escritos no son muy difundidos, primero por los altos índices de analfabetismo y segundo por el poco inculcado hábito de la lectura que tiene la mayoría de la población (aquí no haremos distinción de clases sociales, ya que este último es un problema generalizado).

Debe haber acciones permanentes a las que toda la sociedad tenga acceso, por lo tanto, una campaña gubernamental - parecida a las iniciadas en los períodos de vacunación o en la época de frío, para prevenir enfermedades respiratorias - a través de prensa, radio y televisión.

También existen otras medias de fácil retención por parte del receptor como lo es el cartel, ya que es un medio de fácil apreciación visual, de percepción directa y en el que no siempre es necesaria la utilización de la palabra escrita, ya que muchas veces una imagen dice más que mil palabras; esta sin olvidar que es un medio relativamente económica.

Para la esencia del asunto no es la falta de ideas para elaborar las campañas necesarias, sino que hasta ahora son pocas las Instituciones que se han preocupado por llevarlas a cabo. En realidad éstas son casi nulas. Al parecer sólo el IAINQ ha tenido la inquietud de realizarlas a nivel masiva, dando con esta una gran oportunidad a la sociedad de conocer el problema de niñas quemadas y la forma de evitar dichos accidentes.

Sin embargo, esta labor no ha sido suficiente pues las campañas preventivas deben trabajarse de manera permanente. Es menester decir que algunas Instituciones de salud como el IMSS, el ISSSTE y los hospitales de PEMEX han llevado a cabo programas preventivos pero siempre a nivel institucional, sin olvidar que todos los hospitales cuentan con un departamento de medicina preventiva en donde se dan pláticas de orientación sobre prevención de accidentes. Sin embargo, no hay que olvidar que no toda la gente tiene acceso a este tipo de Instituciones.

Las acciones preventivas deben ir más allá de ciertos sectores sociales. Se debe dar la oportunidad a toda la población de saber cómo mantener su bienestar y salvaguardar su seguridad. Es necesario educar al pueblo mediante pláticas escolares, folletos, trípticos, programas de radio y televisión, carteles, etc., es decir, utilizar toda aquella que sirva como herramienta de difusión.



educativa. La opción de apoyo educativo, de reforzamiento de valores, de difusión de medidas en favor del equilibrio ecológico, son precisamente las medidas de comunicación social. Al respecto sobre la comunicación social dice Alfonso Maya Nava en su ponencia titulada "Impacto de los medios impresos en el desarrollo cultural del niño" durante el Foro organizado por Comunicación Cultural, A. C. y La Comisión Nacional de Derechos Humanos "El Niño: Realidad y Fantasía": "Si he de hablar del desarrollo cultural, lo haré en estricta referencia a la promoción de aquello que eleva al hombre por encima de su elemental naturaleza. Con ella me refiero a un proceso en el que la comunicación social es pieza fundamental, pero lo es en su conjunto, no a través de un medio de difusión en exclusividad o preferencia".

Por otra parte, al retomar el tema sobre la educación de los padres podemos mencionar que dentro de los múltiples problemas a que se enfrenta la humanidad al término del presente milenio, destaca por trascendencia la creciente dificultad de los padres de familia para proporcionar a sus hijos adecuada enseñanza.

Si nuestra sociedad reconoce el derecho de cada uno a vivir en pleno acuerdo con sus medios y principios, parece indudable que debemos asumir la obligación de facilitar a los padres de familia los medios necesarios para que cumplan adecuadamente la función formativa que les corresponde, a efecto de que todos los miembros de la sociedad reciban los conocimientos, valores y principios que les permitan ejercer su libertad de forma responsable, optando así por lo que consideren más conveniente.

Para que esto suceda es necesaria que se produzca una profunda toma de conciencia por parte de toda la sociedad, acerca de la existencia del problema, de la forma en que nos afecta y de las

acciones que están al alcance de cada uno para ayudar a resolverlo, lo cual exige abordar la problemática de la formación educativa de los padres de familia de manera explícita, ordenada y sistemática.

Estamos ciertos de que es necesario que la población esté mejor informada y tenga conocimientos orientados a mejorar la salud. Pero sabemos que esto no es suficiente, debemos desarrollar habilidades, influir en las actitudes, encontrar los mecanismos para lograr la organización y movilización de la sociedad en favor de la salud.

No obstante, para poder alcanzar esta meta, debemos enfatizar, en todos los casos que así se requiera, sobre la importancia que el problema de niños quemados representa para el óptimo desarrollo de nuestra sociedad, ya que por ser tan poco difundido no podemos darnos cuenta de la magnitud que puede alcanzar, pues mientras en algunos centros de salud la incidencia anual es mínima, en otros el aumento de víctimas infantiles por quemaduras cada vez es más elevado.

Podría parecer repetitivo, pero hay que hacer hincapié en que la irresponsabilidad y/o ignorancia y aun las circunstancias causantes de estos accidentes, no son más que las consecuencias de la falta de información y educación en la que estamos inmersos acerca de cómo asegurar nuestra salud y bienestar, así como el de nuestra familia.

Ningún individuo, sea grande o chico, tiene por que padecer todo el sufrimiento que un accidente por quemadura implica. Con educación y mayor información podemos evitar que la incipiente vida de un niño se vea quebrantada y se convierta en una tragedia.

**"SI NO TE QUIERES QUEMAR TE TIENES  
QUE CUIDAR"**

Según la Secretaría de Salud cerca de 100 mil niños mexicanos mueren cada año antes de cumplir 5 años de edad. Accidentes, en su mayoría evitables, truncan el proyecto de vida de la población productiva en su etapa de consolidación.

La pérdida de estas vidas jóvenes es una tragedia que desacredita a cualquier sociedad. A pesar de que se dispone de conocimientos y prácticas simples para salvar dichas vidas, éstas no siempre están al alcance de los padres de familia en todas las comunidades, por lo que no se aplican regularmente.

Hemos dicho anteriormente que el error humano está presente en el 90% de los accidentes, lo que significa que nueve de cada diez pudieron evitarse, ya que cerca de la mitad ocurren en el hogar. Por esto, los adultos tienen la obligación de proporcionar al niño un ambiente de seguridad, enseñándole, desde temprana edad, a conocer sus habilidades y limitaciones, a identificar los riesgos y en la medida de sus posibilidades a evitarlos.

Recordemos que los bebés sufren accidentes por indefensos, los niños por curiosos y activos; los adolescentes por impulsivos e imprudentes y los adultos por descuido y torpeza. Debido a lo anterior, durante los primeros años de vida, la seguridad de los niños está en manos de los adultos, por eso es tan importante la elección de su ropa, mobiliario, juguetes, su ubicación y el lugar donde el niño se despiaza o juega, así como la vigilancia continua que tengan de sus actividades.

No hay que olvidar que la curiosidad de un niño es interminable. Descubre y se relaciona con su medio ambiente a través de los sentidos; toca y prueba cuanto tiene a su alcance, por ello, no se deben dejar objetos que puedan resultarle peligrosos.

Debemos prohibir a los niños llevar a cabo actos que pongan en riesgo su vida o su integridad, no sin antes explicarles claramente la causa de estas prohibiciones. Mientras más pronto lo entiendan, hay menor posibilidad de que lo hagan, inclusive cuando no estén acompañados. Tengamos presente que para el niño, el adulto es un ejemplo que le puede enseñar a proteger y cuidar su salud o a perderla. Por esta razón es importante recalcar que el sentido de seguridad y autoprotección se adquiere en el hogar y en la escuela debe reforzarse.

Todos estamos conscientes y somos partidarios que es mejor prevenir que curar, por eso hablar de cómo evitar las quemaduras hubiera sido el primer capítulo de este reportaje; sin embargo, conociendo ya la gravedad del problema, ello nos impele a poner todo nuestro esfuerzo en la prevención de quemaduras humanas que cada día son, por desgracia, más frecuentes.

Así resulta que evitar las quemaduras es una responsabilidad de los padres, una obligación intransferible de la familia, de las instituciones y corporaciones, de la sociedad entera y los sistemas de gobierno para evitar estos grandes accidentes, en paz y en busca permanente de un niño saludable, creativo, activo, sensible, soñador y feliz.

**"PREVENIR HOY PARA DISFRUTAR SIEMPRE"**  
(La prevención de quemaduras en el hogar)

Puede ser que consideremos nuestra casa como el lugar más seguro en el que podemos estar. En muchas ocasiones esto es cierto; sin embargo, es importante reconocer que hasta en la intimidad de nuestro hogar existen graves riesgos para nuestra integridad física, la mayoría de los cuales pueden ser prevenidos. El hogar es un sitio tan habitual que los peligros de sufrir accidentes pueden pasar inadvertidos fácilmente, por lo que se deben tomar diversas precauciones para reducir al mínimo la posibilidad de que sucedan.

Tomemos la cocina por ejemplo; es una sección vital de la vivienda donde usualmente encontramos una estufa de gas, a veces un horno, alacenas y lugares en los que se guardan limpiadores de la más diversa índole. La familia en general tiene acceso a ella; todos están en contacto con artículos expuestos a una elevada temperatura (ollas, sartenes, cazuelas, etc.), los cuales pueden contener líquidos calientes: aceite, agua hirviendo, sopas o caldos, etcétera.

Estos factores de riesgo pueden provocar quemaduras a todos los niveles y extensión. Un artículo metálico lo suficientemente caliente puede llegar a carbonizar la piel, en tanto que un recipiente con agua hirviendo representa un peligro potencial de quemaduras en más de la mitad del cuerpo. Asimismo, los "flamazos" de gas pueden lesionar seriamente las vías respiratorias.

Otra factor de riesgo muy importante es la energía eléctrica. Esta trae a nuestro hogar luz en las noches y proporciona comodidades como la televisión o gran variedad de electrodomésticos. Sin embargo, al no contar con una instalación eléctrica en buen estado o hacer mal uso de ésta, constituye un

riesgo tecnológico que fácilmente puede ocasionar un hecho lamentable. Así es que el abuso de un contacto haciendo uso de los conocidos "ladrones" o el pasar por inadvertido un cable suelto o haciendo falso contacto, puede provocar desde un buen susto hasta un incendio. Las consecuencias varían desde ser nulas o ser materiales, o causar lesiones en los habitantes de nuestra casa. Es difícil pronosticar lo que pasará de darse en caso un incidente así.

En la entrada principal del Pediátrico de Tocuboyo, donde se aguarda el turno para pasar a consulta externa, hay un muro en donde está colocado un periódico mural con 10 pasos básicos de forma ilustrada para la prevención de quemaduras en el hogar y que se mencionan a continuación, ya que el 68% de las quemaduras importantes, como ya se ha mencionado, ocurren en el hogar, principalmente en la cocina y en el baño.

- 1.- Evitar que los niños jueguen con fuego.
- 2.- Evitar la entrada de los niños a la cocina.
- 3.- Evitar poner líquidos calientes sobre la mesa con mantel largo.
- 4.- Regular la temperatura del agua caliente de tinajas, bañeros y regaderas, colocando siempre el agua fría y a continuación el agua caliente.
- 5.- Evitar dejar los mangos de las sartenes hacia afuera.
- 6.- No dejar sustancias químicas al alcance de los niños.
- 7.- Evitar dejar objetos inflamables cerca del fuego.
- 8.- Evitar que los niños monejen aparatos eléctricos.

9.- Evitar que los niños se acerquen a los calentadores.

10.- Evitar la exposición prolongada bajo los rayos solares.

Estas son 10 reglas básicas, fáciles de seguir; sin embargo, atendiendo a la Enciclopedia Médica Familiar "Your Family Doctor", trataremos de ahondar sobre estas medidas en lugares específicos del hogar como se muestra a continuación:

a) El cuarto de estar:

- Algunos televisores se calientan mucho y son bombas en potencia. Apague siempre el televisor cuando abandone la habitación. Asegúrese de que no haya cortinas ni otros muebles a su alrededor.
- Todas las chimeneas deben estar protegidas por una pantalla que cubra la abertura entera. Procure que en la parte superior de la chimenea no haya nada que estimule a la gente a acercarse al hueco. No deje objetos combustibles cerca de la chimenea.
- Quite el mantel y los tapetes de las mesas, un niño puede tronear accidentalmente de ellos y si hay algún recipiente con líquidos calientes, éstos pueden caer sobre el niño.

b) El dormitorio y el cuarto de los niños:

- Los niños pequeños quieren a veces que se les deje la luz encendida por la noche. Use una lámpara de bajo voltaje o de pilas.

- Puede calentar la cuna del niño con una botella de agua caliente, pero quítela antes de meter al niño en la cuna. La botella debe tener una funda gruesa y una cubierta sobre el tapón de metal.
- Las pijamas son más seguras para los niños que los camisones, ya que es más fácil que éstos puedan engancharse en la estufa o un fuego.
- Asegúrese de que todas las ropas de noche sean de un tejido incombustible.
- La calefacción central del dormitorio y el cuarto de los niños debe ponerse a una temperatura lo bastante baja como para evitar las quemaduras al tocar accidentalmente el radiador.
- Nunca cubra un foco. Para reducir su potencia, utilice uno de menor voltaje.
- No cuelgue ropa sobre una estufa para que se sequen ni ponga ningún tipo de estufa o parrilla cerca de las cortinas.
- Nunca fume en la cama, pero si alguien insiste en hacerlo, proporciónale un cenicero.
- Nunca se ponga una manta eléctrica " encima" debajo, y una "bajera" encima. Apague siempre la manta antes de meterse en la cama, a no ser que se trate de una manta de baja potencia ideada para permanecer encendida durante la noche.



Somete la manta a revisiones regulares, y prescinda de ella cuando las partes eléctricas se gasten o estropeen.

- Cubra todas los enchufes con cubiertas de seguridad o tela adhesiva cuando no se usen. Si su niña se obsesiona con un enchufe, ponga delante de éste un mueble u objeto pesada.

c) El cuarto de baño:

- Tocar un interruptor con las manos mojadas puede hacerle sufrir una grave descarga eléctrica.
- No maneje aparatos eléctricos a menos que sus manos estén secas.
- Tenga bien ventilada el cuarto de baño. Si la habitación necesita calefacción adicional, haga que se la instale un profesional. Debe colocarse el radiador en la parte alta de la pared, o en el techo, lejos de la bañera o del lavaba, con un interruptor en la pared.
- Nunca lleve una estufa portátil al cuarto de baño.
- Las toallas calientes no deben estar tanto como para quemar la piel.
- A la hora del baño, haga correr primero el agua fría. De este modo, si un niño entra en la bañera antes de haber comprobado la temperatura del agua con la mano, no se escaldará.

- Nunca deje a un niño pequeño dentro de la bañera con otro mayor dentro del cuarto de baño. El niño más grande puede abrir accidentalmente el grifo del agua caliente y quemar al pequeño.

d) La cocina:

- Tenga un extintor de incendios en un lugar accesible, asegurándose que todos los miembros adultos de la familia sepan cómo usarla.
- Compruebe que los fogones de la estufa estén en buen estado y funcionen correctamente. Apáguelos cuando no los esté usando.
- Los mangos de las sartenes no deben dirigirse hacia la parte delantera de la estufa. Colóquelos de forma que no estén al alcance de los niños ni sobre ningún fogón.
- Use agarradores para sacar las fuentes y platos calientes del horno. Los paños de cocina son peligrosos y poca eficaces.
- Si hay niños pequeños en casa, es esencial disponer de una zona de juegos físicamente separada de la cocina, pero a la vista de ella. Así se elimina el riesgo de trapezar con un niño pequeño a con algún juguete, mientras se transporta algún recipiente caliente.

e) El garaje:

- Nunca fume en el garaje si éste es cerrado.

- Tenga a la mano un extinguidor.
- El garaje debe tener su propia instalación eléctrica, y no deben usarse cables extensores desde la casa.
- Tenga especial cuidado en que el sistema eléctrico esté aislado de cualquier lugar donde se almacene o use gasolina, agua o cualquier otro líquido.
- Todas las botellas y latas con productos químicos deben estar cuidadosamente etiquetadas y cerradas. Sólo se deben almacenar pequeñas cantidades de gasolina en "latas de seguridad" bien etiquetadas y fuera del alcance de los niños.

f) El patio:

- Si usted quema los desperdicios o tiene un asador en el patio, asegúrese que el fuego esté situado en un lugar resguardado, para que las cenizas no puedan volar.
- Verifique también que no haya objetos inflamables a su alrededor. Los niños y animales domésticos deben permanecer a distancia prudencial.
- Tenga a la mano un recipiente con agua o una manguera.
- Nunca deje el fuego sin vigilancia.
- Cuando acabe, no olvide apagar el fuego con agua. No deje que se apague solo.

Otras medidas importantes que deben ser tomadas en cuenta son:

- No fumar en presencia de los niños, use ceniceros grandes y pesados vaciándolos frecuentemente, no sin antes cerciorarse que las caillas estén completamente apagadas.
- Evite que las niñas jueguen con fuegos artificiales.
- No coloque veladoras cerca de objetos inflamables o en lugares de fácil acceso. Evite tenerlas prendidas durante largos períodos de tiempo y no las deje al alcance de sus niñas.
- Para evitar las quemaduras solares, especialmente las personas de piel clara, deben tomar baños de sol de breve duración, por ejemplo 20 minutos en la mañana y 20 minutos en la tarde. Durante las primeras días, las cremas y las lociones protectoras, si se usan, deben aplicarse en forma regular para conseguir el efecto protector. Las quemaduras solares pueden evitarse si no se expone la piel al sol durante las horas más calurosas del día o usando cremas solares filtrantes.

## Primeros Auxilios.

Prestar primeros auxilios en una situación de emergencia es una obligación, en la cual la decisión, la rapidez y precisión, desempeñan un papel importante, ya que pueden salvar una vida, evitar un dolor e impedir una lesión permanente.

Los primeros auxilios son la ayuda inmediata que se debe brindar a un lesionado, con el cuidado de no ocasionarle un daño mayor. Para esto el Dr. Héctor Nuñez dice que es necesaria observar las siguientes reglas:

"Primero se debe alejar a la persona del lugar del accidente, y después quitar la fuente de calor o fuego, o en su caso, limpiar el líquido caliente que se haya derramado.

"Soy de la impresión que si al niño lo cubren con compresas frías, limpias y mojadas a temperatura ambiente, se evitarán mayores molestias. No se debe poner nada sobre la quemadura. Con esto me refiero a nada, ya que hay gente que suele untar huevo, tinta, mostaza, vaselina o cualquier pomada o ungüento. Sólo se debe ir con un médico especialista o que esté capacitado para aplicar los primeros auxilios, y si lo requiere, transferirlo al hospital. Tampoco se debe despegar nada que esté adherido a la piel, como ropa quemada o plástico caliente".

Por otra parte, si se trata de la típica quemadura en un dedo, por citar un ejemplo, se debe meter la parte afectada en agua fría y tal vez poner una gasa. Si se quiere lubricar la herida, se puede poner un poco de aceite, pero nada de pomadas ni remedios caseros. Hay gente que se pone hasta tinta, y esto sólo provoca que cuando se llega con el médico, éste no logre distinguir la quemadura.

"Es importante mencionar que el tan conocido Tepezcohulte no sirve para nada, pues no funciona como medio regenerativa. Sólo ha sido utilizado en quemaduras que epitelizan por sí solas y esto ha llevado a creer que es un remedio maravilloso" - finaliza.

Ante todo esto debemos recordar que después de un accidente ya nada es igual, por lo que tomar en cuenta todas estas medidas es de vital importancia.

Y como dijo el Dr. José Maya: "El mejor hospital para quemados es el que no existe", con esto el galeno se refiere al hecho de que si prevenimos y evitamos este tipo de accidentes, los hospitales poco a poco irán quedando vacíos y el número de pacientes se reducirá.

Tratemos que nuestros hijos sean como Javier, quien es un chiquillo alegre y feliz... crece y aprenderá. Algún día su trabajo será productivo, útil y... amará, y na como Juanito, quien sufrió quemaduras, es un niño deforme, triste y retraído; aprende con dificultad. Algún día será poco productivo y a él de seguro el amor... no llegará.

Cuidemos de nuestra niñez, ella nos necesita.

**"¿SE HA PREGUNTADO POR QUE LE CUENTO  
TODO ESTO?"**

(Las cifras tienen voz propia)

Es evidente que en los hospitales que atienden niños quemados la incidencia de éstos es muy alta. Sin embargo, esta aún no ha sido motivo suficiente para que dichas instituciones se preocupen por hacer un muestreo o por elaborar estadísticas que les permitan conocer a ciencia cierta, el incremento anual de accidentes y las causas que los originan, para así tratar de reducir el problema que esta representa.

En el Hospital de Traumatología "Magdalena de las Salinas" no existen datos o archivos ordenados y/o actualizados en el departamento de estadística; y si las hubiere, se tendría que buscar entre un cúmulo de archivo muerta al que no se tiene acceso.

Por su parte, en el Pediatría de Tacubaya sí existen datos estadísticos para cada año, es decir, las variantes anuales difieren entre sí, y en algunas otras documentas la información no aparece completa.

Es necesario hacer notar que en la Secretaría de Salud la poca o casi nula información con que se cuenta es muy general y vaga. No obstante, el IAINQ ha demostrado su creciente interés y preocupación al respecto, y ha realizado una serie de estadísticas y análisis sobre las principales grupos que se ven afectados, las causas, etc. que originan que en nuestra sociedad haya niños quemados.

Quizás una sugerencia que las instituciones deberían tomar en cuenta para organizar mejor sus centros de información, así como sus fuentes de datos, sería dar oportunidad a jóvenes universitarias de realizar en ellas su servicio social y tener como principal objetivo la realización de estadísticas sobre casos específicos.

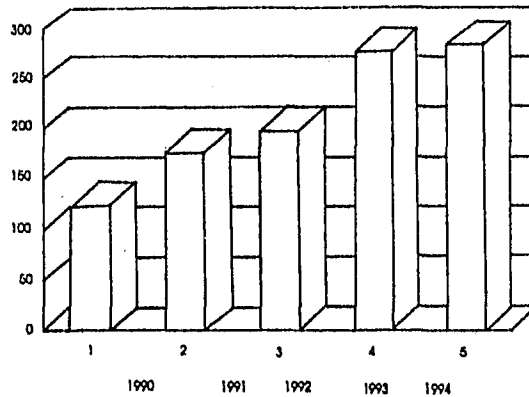
En las páginas siguientes se muestran unas gráficas elaboradas por el IAINQ y proporcionadas por la Lic. Lilia Cisneros, Directora General del Instituto, donde se muestran varios aspectos del problema que nos compete, abarcando el período de 1990 a 1994.



RESUMEN DEL SEGUNDO QUINQUENIO DE ACTIVIDADES  
EN EL HOSPITAL DEL INSTITUTO PARA LA ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO  
QUEMADO

Total de pacientes que Ingresaron de 1990 a 1994

| <u>Año</u> | <u>Número de pacientes que Ingresaron</u> |
|------------|---|
| 1990       | 125                                       |
| 1991       | 178                                       |
| 1992       | 198                                       |
| 1993       | 278                                       |
| 1994       | 284                                       |
| Total      | 1,063                                     |



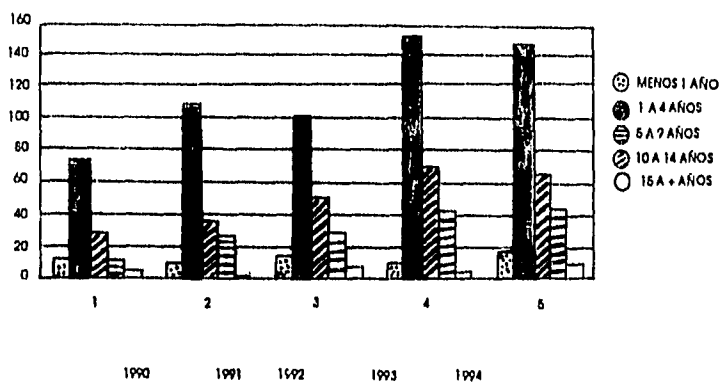
Se puede observar que la tendencia se mantiene constante hacia el incremento, de 1990 a 1991 este alcanza un 30%, en 1992 vemos sólo un 10% y en 1993 vuelve a haber un aumento notable del 29% y de 1993 a 1994 hay un 3% de incremento.

De 1990 a 1994 tuvimos un incremento del 127%.

Cuadro 2

## PACIENTES ATENDIDOS POR GRUPO DE EDAD Y POR AÑO

| Grupo de edad | Número de pacientes atendidos |      |      |      |      | Total |
|---------------|-------------------------------|------|------|------|------|-------|
|               | 1990                          | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 |       |
| menos 1 año   | 11                            | 8    | 13   | 9    | 17   | 58    |
| 1 a 4 años    | 74                            | 108  | 101  | 152  | 147  | 582   |
| 5 a 9 años    | 27                            | 35   | 51   | 70   | 66   | 249   |
| 10 a 14 años  | 10                            | 26   | 27   | 44   | 45   | 152   |
| 15 a + años   | 3                             | 1    | 6    | 3    | 9    | 22    |
| Total         | 125                           | 178  | 198  | 278  | 284  | 1063  |

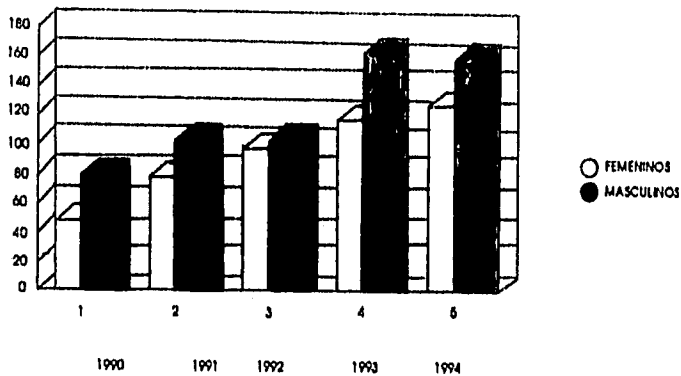


Relacionando los pacientes que ingresaron por grupo de edad, encontramos que en todos los años el grupo más afectado es el de los niños de 1 a 4 años (55%) y en segundo lugar el de 5 a 9 años (23%).

Cuadro 3

## PACIENTES QUE INGRESARON AL INSTITUTO POR AÑO Y SEXO

| <u>Año</u> | <u>Pacientes<br/>Mascullnos</u> | <u>Porcentaje</u> | <u>Pacientes<br/>Femeninos</u> | <u>Porcentaje</u> | <u>Total</u> |
|------------|---------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------|--------------|
| 1990       | 78                              | 62%               | 47                             | 38%               | 125          |
| 1991       | 102                             | 57%               | 76                             | 43%               | 147          |
| 1992       | 102                             | 52%               | 96                             | 48%               | 198          |
| 1993       | 162                             | 58%               | 116                            | 42%               | 278          |
| 1994       | 158                             | 56%               | 126                            | 44%               | 284          |
| Total      | 602                             | 57%               | 461                            | 43%               | 1,063        |

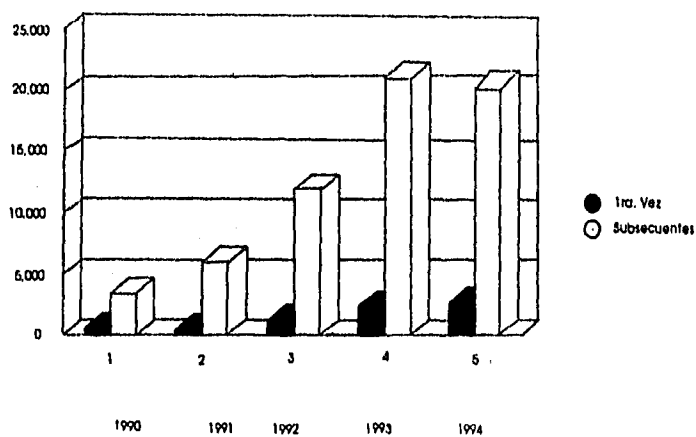


Observamos que se mantiene en todos los años un predominio de pacientes del sexo masculino sobre el femenino. Con un total en el período de 57% masculino contra el 43% femenino.

Cuadro 4

## RESUMEN DE CONSULTAS OTORGADAS POR PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTES

| <u>Año</u> | <u>Ira. Vez</u> | <u>Subsecuentes</u> | <u>Total</u> |
|------------|-----------------|---------------------|--------------|
| 1990       | 432             | 3406                | 3838         |
| 1991       | 346             | 5873                | 6219         |
| 1992       | 1225            | 11798               | 13023        |
| 1993       | 2303            | 20998               | 23301        |
| 1994       | 2662            | 20155               | 22817        |
| Total      | 6968            | 62230               | 69198        |

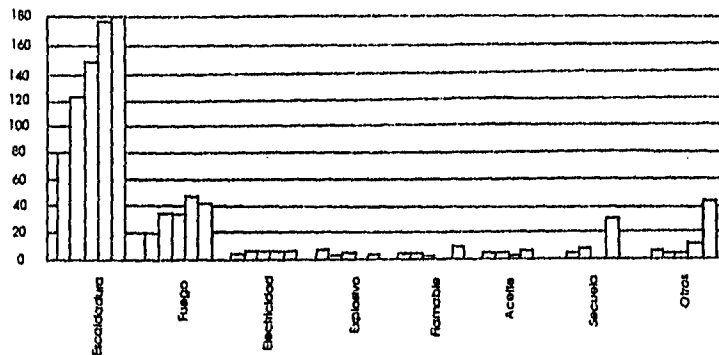


En cuanto a consultas otorgadas tanto de primera vez como subsecuentes de 1990 a 1994, existe una tendencia al incremento en forma importante. El total de consultas otorgadas en el período es de 69198. La relación entre consulta subsecuentes y de primera vez es de 9 a 1.

Cuadro 5

## AGENTE CAUSAL POR AÑO

| Agente causal | Número de pacientes atendidos |      |      |      |      | Total |
|---------------|-------------------------------|------|------|------|------|-------|
|               | 1990                          | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 |       |
| Escaldadura   | 79                            | 120  | 147  | 177  | 179  | 702   |
| Fuego         | 21                            | 35   | 35   | 48   | 43   | 182   |
| Electricidad  | 4                             | 5    | 5    | 5    | 5    | 24    |
| Explosivo     | 7                             | 2    | 4    | 0    | 3    | 16    |
| Flamable      | 3                             | 3    | 1    | 0    | 9    | 16    |
| Acetfe        | 3                             | 3    | 2    | 5    | 0    | 13    |
| Secuela       | 3                             | 6    | 0    | 31   | 0    | 40    |
| Otros         | 5                             | 4    | 4    | 12   | 45   | 70    |
| Total         | 125                           | 178  | 198  | 278  | 284  | 1063  |



1990 - 91 - 92 - 93 Y 94

En cuanto al agente causal, observamos que el mayor número de accidentes es provocado por líquidos calientes (66%).

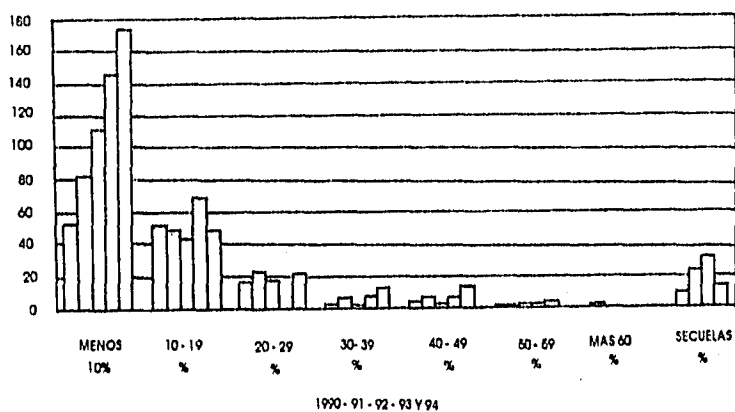
El segundo agente causal más frecuente es el fuego directo (17%).

La suma de estas dos causas ocupa el 83%.

Cuadro 6

## SUPERFICIE CORPORAL QUEMADA POR AÑO

| % de<br>S.C.Q. | Número de pacientes atendidos |      |      |      |      | Total |
|----------------|-------------------------------|------|------|------|------|-------|
|                | 1990                          | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 |       |
| Menos 10%      | 52                            | 82   | 110  | 145  | 173  | 562   |
| 10 - 19%       | 50                            | 49   | 42   | 68   | 48   | 257   |
| 20 - 29%       | 16                            | 22   | 17   | 19   | 21   | 95    |
| 30 - 39%       | 2                             | 6    | 2    | 7    | 12   | 29    |
| 40 - 49%       | 4                             | 6    | 2    | 6    | 13   | 31    |
| 50 - 59%       | 1                             | 1    | 2    | 2    | 4    | 10    |
| Más 60%        | 0                             | 2    | 0    | 0    | 0    | 2     |
| Secuelas       | 0                             | 10   | 23   | 31   | 13   | 77    |
| Total          | 125                           | 178  | 198  | 278  | 284  | 1063  |



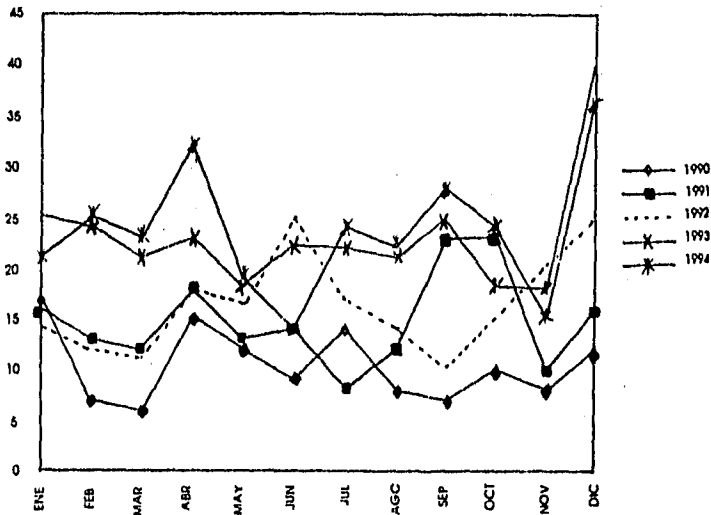
El porcentaje de superficie corporal quemada más afectada corresponde a una extensión de menos del 10% (53% del total) y en segundo lugar del 10 al 19% (24% del total).

Aunque en el primer caso la extensión quemada no es muy grande, los niños deben ser hospitalizados, ya que la lesión se encuentra localizada en áreas especiales como la cara, manos, pliegues, genitales, etc.

Cuadro 7

PACIENTES ATENDIDOS POR PRIMERA VEZ EN EL PERIODO (1990 - 1994)

| <u>MES</u> | <u>1990</u> | <u>1991</u> | <u>1992</u> | <u>1993</u> | <u>1994</u> |
|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Enero      | 17          | 16          | 14          | 25          | 21          |
| Febrero    | 7           | 13          | 12          | 24          | 25          |
| Marzo      | 6           | 12          | 11          | 21          | 23          |
| Abril      | 15          | 18          | 18          | 23          | 32          |
| Mayo       | 12          | 13          | 16          | 18          | 19          |
| Junio      | 9           | 14          | 25          | 22          | 14          |
| Julio      | 14          | 8           | 17          | 22          | 24          |
| Agosto     | 8           | 12          | 14          | 21          | 22          |
| Septiembre | 7           | 23          | 10          | 25          | 28          |
| Octubre    | 10          | 23          | 15          | 18          | 24          |
| Noviembre  | 8           | 10          | 20          | 18          | 15          |
| Diciembre  | 12          | 16          | 25          | 41          | 37          |
| Total      | 125         | 178         | 197         | 278         | 284         |



El IAINQ, además ha elaborado el análisis de los resultados estadísticos que poseen, tal como se muestra a continuación:

1.- En los últimos 5 años han ingresado al Instituto 1063 pacientes de primera vez; la tendencia al incremento ha sido constante y tenemos en total un 127% de aumento.

2.- Por grupo de edad, el mayormente afectado es el de 1 a 4 años con un 55% y en segundo lugar el de 5 a 9 con un 23%. El porcentaje de estos dos grupos nos da el 78% de todos los pacientes atendidos.

3.- En relación con los pacientes atendidos por año y sexo vemos durante todo el período un predominio del sexo masculino en forma variable, conservándose un total del 57% para el sexo masculino y 43% para el femenino.

4.- Durante el período se han dado un total de 69630 consultas, de las cuales 7400 son de primera vez y 62230 subsecuentes; la relación entre éstos es de 1 a 9. Notamos una disminución del 2% en las consultas del último año, esto se debe a que ha habido menos personal por falta de recursos económicos. La distribución de las consultas es la siguiente: 5820 consultas por el servicio de psiquiatría, 42499 por psicología y 21311 atenciones por trabajo social.

5.- De los pacientes atendidos por primera vez y por causa, tenemos que el mayor número se debe a escaldaduras (66%) y en segundo lugar el fuego directo (17%), ambas causas suman un 83%.



6.- En relación a los pacientes atendidos por superficie corporal quemada, el grupo con extensión más afectada fue de menos del 10% de la superficie (53%) y en segundo lugar el grupo de 10 a 19% (24%), lo que da un total de 77%.

7.- Este cuadro nos muestra un resumen de los pacientes atendidos por primera vez por mes y año. La gráfica inferior muestra en forma evidente el canal endémico quinquenal de los niños quemados atendidos y representa los máximos y mínimos esperados con este tipo de lesiones. En él observamos 3 picos importantes: diciembre (fiestas navideñas), enero a abril y el período de vacaciones e inicio de clases de julio a septiembre.

Así pues, a través de los datos anteriores, podemos percatarnos fácilmente de la magnitud del problema representado por las quemaduras infantiles en nuestra sociedad y de la importancia de contar con información que nos permita conocer una realidad de la cual todos somos partícipes.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

### CONCLUSIONES

A raíz de todos las casas observados durante el desarrollo de este trabajo y con base en las testimonias de los profesionales entrevistados, se puede concluir que la negligencia es considerada la principal causante de estas accidentes. Sin embargo, ésta no puede ser considerada como un factor independiente, ya que es el resultado de la permanente ignorancia en que vive la población respecto a cómo prevenir cualquier tipo de accidentes, en su mayoría, caseros.

#### CONCLUSIONES 1 y 2:

- Los accidentes infantiles por quemaduras son causadas en su mayoría por la negligencia de la población adulta.
- Existe un grave problema de desinformación sobre prevención de accidentes en la sociedad (principalmente en el nivel socioeconómico bajo).

Los adultos son acusados de ser los principales responsables de los accidentes infantiles, adquiriendo, desde ese momento, la etiqueta de padres irresponsables y desobligados en el cuidado de sus hijos. No podemos negar que en algunos casos esta aseveración es cierta, pero en su mayoría éstos desconocen las medidas preventivas. Este problema se manifiesta aún más en las familias de escasas recursos, ya que dada la condición humilde de éstas, su acceso a la información es muy limitada por factores varios como el analfabetismo, ignorancia y/o desinterés sobre la mejor manera de lograr el bienestar familiar, particularmente el de los menores.

CONCLUSION 3:

- Con información adecuada y proyectada a todos los niveles sociales, los accidentes infantiles por quemaduras pueden ser evitados.

Las instituciones gubernamentales y privadas dedicadas al cuidado de la salud, deben poner mayor empeño en la realización de programas preventivos. Hacer énfasis en la importancia que tiene el conocimiento de las medidas de seguridad para salvaguardar la salud y desarrollo de los niños. Brindar asistencia informativa con programas y campañas educativas a las que toda la población tenga acceso. Na obstante, esto no será posible hasta que las mismas tomen conciencia de la gravedad del problema; la responsabilidad no sólo debe caer en las instituciones especializadas. Esta es una obligación de todo el sector salud.

Se debe hacer un análisis profundo del por qué de este tipo de accidentes, sus causas y sus consecuencias, a quiénes afecta mayormente, etc. y, con base en las conclusiones obtenidas, elaborar un programa o esquema bien planeado que cubra todas las expectativas de información requerida por la población, para posteriormente, por medio de los diferentes medios de comunicación, difundirla y permitir que todos los sectores sociales accedan a ésta.

CONCLUSION 4:

- Las campañas publicitarias así como los programas de educación preventiva son el mejor conducto para informar a la población sobre cómo evitar las quemaduras en infantes.

Es conveniente realizar campañas publicitarias intensivas, en donde el principal objeto de su mensaje no sea la obtención de donativos por el cuidado de los niños quemados, por el contrario, se debe trabajar arduamente en campañas y programas cuyo fin primordial sea evitar que haya niños quemados.

Por otro lado, es necesario organizar programas de educación preventiva en escuelas (los niños también deben estar informados sobre cómo cuidar su salud), centros de salud, clubes, centros recreativos, etc.

También se puede mencionar que las campañas y programas deben ser realizadas a nivel masivo y siempre con el propósito de informar, educar y concientizar a toda la población. Para la realización de estos objetivos, es necesario aprovechar las facilidades de difusión que otorgan los distintos medios de comunicación. Como ya se ha mencionado en un apartado de este reportaje, los medios electrónicos brindan un sinnúmero de posibilidades para dar a conocer cualquier tipo de información, por lo tanto, y debido a que llegan a los lugares más remotos, representan el medio idóneo para que la gente conozca y se informe sobre el problema.

También contamos con los medios escritos los cuales pueden representar el primer paso para el desarrollo de la campaña ya que cumplen con la función de informar sobre un tema de interés social con mayor profundidad, (como es el caso de este reportaje), pero tomando en cuenta que no toda la población sabe leer o no ha cultivado el hábito de la lectura, éstos resultarían "elitistas". Por lo tanto el cartel sería una muy buena opción, pues por medio de iconos la gente puede conocer el mensaje (una ventaja de este medio es que dependiendo del tipo y calidad de las imágenes el texto no siempre

resultado necesario). Además este medio impreso tiene mayor circulación, ya que puede ser opreciado en muros, postes, comercios, transporte público, escuelas, mercados, guarderfos, hospitales, por mencionor algunos.

Por otro lado, tanto las campañas lanzodos como los programas educativos deben ser permanentes y renovados constantemente, para así lograr que la información se conserve fresco en la memoria del público y al mismo tiempo, darle o la sociedad la oportunidad de conocer el problema de niños quemodos y lo forma de evitar dichos accidentes.

\* \* \* \* \*

El caso de niños quemodos es tan sólo un ejemplo de tantos y tantas desgracias que ocurren día a día en esta gran urbe, pero que a diferencia de otros, éstas pueden ser evitadas con un poco de información al respecto. Considero que los profesionoles de la comunicación deberíamos comprometernos en dar a conocer sucesos como éste y hacer partícipe a la sociedad de un problema, que si no se controla o evita a tiempo, puede alcanzar mayores repercusiones. No olvidemos que aquí las principales víctimas son los niños mexicanos, quienes, cuando sean adultos, ya no recibirán el

mundo que nos hubiera gustado heredarles, libre de tristezas y de sufrimientos, entonces es nuestra obligación procurar que al menos transcurran su niñez felices y saludables.

Esta la padremas lagrar si todas aquellos que paseemas las metadalogías que las Ciencias de la Comunicación nos brindan, las utilizamos para crear conciencia de los riesgos que pueden correr nuestras pequeñas y así evitar al máximo que una historia de ficción, terror y tragedia, se convierta en la historia real de las niñas quemadas.

## FUENTES INFORMATIVAS

### BIBLIOGRAFIA:

- Achauer, Bruce., Atención del paciente quemado, México, 1988.
- Anuario Estadístico, 1990, 1991, 1992, Secretaría de Salud, México, 1993.
- Benaim, Fortunato., Texto de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética, Argentina, 1987.
- Chávez Rivadeneyra, Lucía Felicidad., Tesis "Grillos de Papel", FCPyS, UNAM, 1983.
- Dallal, Alberto., Lenguajes Periodísticos, UNAM, 1989.
- Del Río, Julio., Técnicas del Reportaje, ENCPyS, UNAM, 1964.
- Enciclopedia médica familiar "Your Family Doctor", Ed. Televisión, S. A. de C. V., Santiago de Chile, 1992.
- Fagoaga, Concha., Periodismo interpretativo, el análisis de la noticia, Ed. Mitre, Barcelona 1982.
- González Flores, Raquel., Tesis "Bofetadas por caricias", FCPyS, UNAM, 1982.
- Guajardo, Horacio., Biblioteca del Periodismo, Ed. Gernika, México, 1970.
- Marfín Vivaldi, Gonzalo., Géneros Periodísticos, Ed. Prisma, México, 1989.
- Méndez Asensio, Luis., La Condición del Periodista, Pangea Ed., México, 1988.

- Pacheco, Cristina., Para vivir aquí, Ed. Grijalbo, México, 1983.
- Pacheco, Cristina., Sopita de Fideo, Ed. Océano, México, 1984.
- Pacheco, Cristina., Cuarto de Azotea, Ed. Nigromante, México, 1985.
- Revueltas, José., Los Muros de Agua, Ed. Era, México, 1978.
- Rodríguez Gómez, Paemón., Quemaduras, Ed. Conexión Gráfica, Guadalajara, 1993.
- Rojas Avendaño, Mario., El Reportaje Moderno, Antología (Serie Lecturas 4), FCPyS, UNAM, México, 1976.
- Santa María Borja, Víctor Manuel., Tesis "El reportaje como novela", FCPyS, UNAM, 1989.
- Uribe, Hernán., Apuntes sobre Investigación y fuente en el reportaje.

ARCHIVO:

- Archivo de rehabilitación para quemados del Hospital Pediátrico de Tacubaya (historias clínicas).
- Archivo de Psicología y Trabajo Social del IAINQ.
- Datos estadísticos aportados por los Departamentos de Estadístico del Hospital Pediátrico de Tacubaya e IAINQ.



- Pacheco, Cristina., Para vivir aquí, Ed. Grijalbo, México, 1983.
- Pacheco, Cristina., Soplla de Fideo, Ed. Océano, México, 1984.
- Pacheco, Cristina., Cuarto de Azotea, Ed. Nigromante, México, 1985.
- Revueltas, José., Los Muros de Agua, Ed. Era, México, 1978.
- Rodríguez Gómez, Palomón., Quemaduras, Ed. Conexión Gráfica, Guadalajara, 1993.
- Rojas Avendaño, Mario., El Reportaje Moderno, Antología (Serie Lecturas 4), FCPyS, UNAM, México, 1976.
- Santa María Borja, Víctor Manuel., Tesis "El reportaje como novela", FCPyS, UNAM, 1989.
- Uribe, Hernán., Apuntes sobre investigación y fuente en el reportaje.

ARCHIVO:

- Archivo de rehabilitación para quemados del Hospital Pediátrico de Tacubaya (historias clínicas).
- Archivo de Psicología y Trabajo Social del IAINQ.
- Datos estadísticos aportados por los Departamentos de Estadística del Hospital Pediátrico de Tacubaya e IAINQ.

ENTREVISTAS:

- Dr. Carlos de Jesús Álvarez Díaz, Jefe de la Unidad de Quemados del Hospital de Traumatología "Magdalena de las Salinas" del IMSS. 03 de Diciembre de 1994.
- Lic. en T.F. Lorena Alvarez de la Cadena, Jefa del Departamento de Rehabilitación del Hospital Pediátrico de Tacubaya. 07 de Marzo de 1995.
- Lic. en T.F. Martha Anguzola, Fisioterapeuta egresada del Hospital ABC. 06 de Julio de 1991.
- Dr. José Maya Béhar, Jefe de Cirugía del Hospital Pediátrico de Tacubaya. 15 de Junio de 1994.
- Dr. Javier Carrera, Jefe de Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital PEMEX Placacho. 06 de Marzo de 1995.
- Lic. Lilia Cisneros Luján, Directora General del IAINQ. 12 de Noviembre de 1994.
- Lic. en T.S. Ofelia Espildión Martínez, Jefa del Departamento de Trabajo Social del Hospital Pediátrico de Tacubaya. 07 de Marzo de 1995.
- Lic. María Teresa Giraldo, Jefa del Departamento de Psicología del IAINQ (Hospital Pediátrico de Xochmilco). 17 de Diciembre de 1994.

- Dr. Walid Kuri-Harcuch, Profesor Titular del Departamento de Biología Celular del IPN (CIMESTAP). 03 de Diciembre de 1994.
- Lic. en T.S. Laura Martínez Santillán, Jefa del Departamento de Trabajo Social del IAINQ (Hospital Pediátrico de Xochimilco). 17 de Diciembre de 1994.
- Dr. Héctor Núñez Gutiérrez, Ex-Jefe de Cirugía Plástica Reconstructiva del Hospital PEMEX Atzacapatzaco. 18 de Diciembre de 1994.
- Dra. Edith Padrón Solomon, Directora de la Unidad Xochimilco del IAINQ. 10 de Marzo de 1995.
- Dr. Miguel A. Parada del Valle, Jefe de Servicio de Rehabilitación del Hospital PEMEX Picacho. 06 de Marzo de 1995.
- Dra. Silvia Ivonne Rebollo Blanc, Jefa del Departamento de Psicología en el Hospital Pediátrico de Tacubaya. 07 de Marzo de 1995.