



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

**ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL**

**“CAMBIOS EN LA DINÁMICA FAMILIAR DE PACIENTES  
JEFES DE FAMILIA QUE PRESENTARON QUEMADURAS DE  
2do. y 3er. GRADO ATENDIDOS EN EL CENIAQ”**

**T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN  
TRABAJO SOCIAL**

**P R E S E N T A:**

**EDGAR OMAR LOPEZ LOPEZ  
DIANA YOCELIN MACIAS BALMORI**

**DIRECTOR DE TESIS:  
Mtro. FRANCISCO CALZADA LEMUS**



**Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 2017**



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.

*Si en la lid el destino te derriba,  
si todo en tu camino es cuesta arriba,  
si tu sonrisa es ansia satisfecha,  
si hay faena excesiva y vil cosecha,  
si a tu caudal se contraponen diques,  
¡Date una tregua, pero no claudiques!*

*Rudyard Kipling*

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi familia

Con cariño y admiración a ustedes que han estado a mi lado y han confiado en mí. Gracias por todo el amor, apoyo, motivación y consejos, les agradezco la orientación que siempre me han otorgado. Por lo que este objetivo logrado también es de ustedes.

A mi padre

Como un eterno reconocimiento por tus sacrificios y esfuerzos para darme la mejor educación y una buena vida a pesar de las adversidades que se han atravesado. Por siempre guiarme con tu experiencia. Por forjarme para ser una mejor persona y aprender a nunca rendirme a pesar de los tropiezos que se presentan en la vida.

A mi madre

No hay palabras para agradecer todo el tiempo que has invertido para mi formación escolar, tu gran dedicación, tus innumerables desvelos y madrugadas durante más de 20 años. ¡Gracias!

A mis hermanos

Porque siempre han sido mi ejemplo a seguir. Gracias por siempre brindarme su apoyo.

A Edgar Omar mi compañero de Tesis

Por realizar esta investigación a mi lado, no fue nada fácil, ni en lo académico ni en lo personal; nos costó enojos, desacuerdos, malos entendidos, etc. Pero independiente de eso me dejó una gran satisfacción y experiencia, eres un excelente ser humano y compañero de trabajo. Gracias por toda la paciencia que me tuviste a lo largo de este proceso.

**Diana Yocelin Macias Balmori**

Quiero agradecer a toda mi familia que me ha apoyado durante este largo camino especialmente a mis padres Patricia López de la cruz y Juan López Romero, quienes me impulsaron para lograr cumplir con este gran objetivo. Les doy las gracias por el esfuerzo que han hecho para que continuara con mis estudios y también por la paciencia que me han tenido durante todo este proceso.

A mi compañera de tesis, Diana Yocelin Macías Balmori, Gracias por la paciencia, y que aunque tuvimos desacuerdos y varios momentos de estrés, también nos apoyamos mutuamente y que gracias al trabajo en equipo y colaboración logramos cumplir este objetivo con éxito.

**Edgar Omar Lopez Lopez**

Queremos agradecer a la Honorable Universidad Nacional Autónoma de México y a nuestra Escuela Nacional de Trabajo Social por nuestra formación como profesionistas.

Al Programa para la Formación de Jóvenes a la Investigación en Trabajo Social, por habernos permitido formar parte de él y por todas las facilidades que nos brindaron para concluir este proceso.

A nuestro director de Tesis el Mtro. Francisco Calzada Lemus, gracias por el apoyo brindado, su tiempo, la confianza y aportar sus valiosos conocimientos a lo largo del desarrollo de este trabajo de investigación.

Gracias al Centro Nacional de Investigación y Atención a Quemados (CENIAQ), a la Jefa de Trabajo Social del (INR) Nelly Estrada González, a la Lic. Florencia del Carmen Ramírez Galván, a la Mtra. Rosio Albarrán Ordaz, a la Mtra. Neré Franco Meza y a la Mtra. Marisela García Haro. Personas que colaboraron y que sin ellas no hubiera sido posible llevar a cabo esta investigación, gracias por su tiempo empleado y recomendaciones.

A los pacientes y familias que nos abrieron las puertas de su hogar, brindando su tiempo, permitiéndonos conocer parte de su vida y que gracias a su valiosa participación pudimos realizar esta investigación.

Al jurado revisor que con sus observaciones se logró enriquecer el presente trabajo:

Lic. Florencia del Carmen Ramírez Galván

Mtra. Norma Cruz Maldonado

Mtro. Omar Fernando Ramírez de la Roche

Mtro. Roberto García Salgado.

A la Dra. Aida Valero Chávez quien confió en nosotros y colaboró en la elaboración del proyecto de esta investigación.

# Índice

<b>Introducción .....</b>	<b>9</b>
<b>Capítulo 1. Marco conceptual: Las quemaduras por accidente .....</b>	<b>12</b>
1.1 Conceptualización de accidente .....	12
1.2 La piel.....	17
1.2.1 Disfunción cutánea aguda .....	18
1.3 Las quemaduras y su clasificación .....	20
1.3.1 Por su grado de profundidad.....	21
1.3.2 Por la superficie corporal quemada. ....	23
1.3.3 Por los agentes causales. ....	24
1.3.4 Por su gravedad.....	28
1.4 Secuelas de las lesiones por quemaduras .....	30
1.4.1 Proceso de rehabilitación física .....	36
1.4.2 Discapacidad .....	39
<b>Capítulo 2. Marco contextual: Las lesiones por quemaduras por accidentes en México.....</b>	<b>42</b>
2.1 Evolución del tratamiento .....	42
2.2 Prevalencia y el contexto internacional .....	43
2.3 Quemaduras en México .....	45
2.4 El Centro Nacional de Investigación y Atención a Quemados (CENIAQ).....	51
2.4.1 Funciones de Trabajo Social dentro de CENIAQ.....	52
2.4.2 Infraestructura del CENIAQ .....	54
2.4.3 Requisitos de admisión al CENIAQ .....	54

<b>Capítulo 3. Marco referencial y conceptual para la comprensión de la dinámica Familiar de pacientes con quemaduras .....</b>	<b>64</b>
3.1 Familia.....	65
3.1.1 Tipos de familia en México.....	66
3.2 Ciclo vital de la familia .....	68
3.3 La Familia como Sistema .....	69
3.4 Modelo de Funcionamiento Familiar de Mc Master .....	71
3.4.1 Resolución de problemas .....	72
3.4.2 Comunicación.....	73
3.4.3 Roles.....	73
3.4.4 Involucramiento afectivo.....	75
3.4.5 Respuestas afectivas.....	76
3.4.6 Control de Conducta.....	76
3.5 Economía Familiar.....	77
3.6 Impacto de la enfermedad en la dinámica de la familia.....	78
3.6.1 Factores que condicionan el impacto de la enfermedad en la dinámica familiar .....	79
3.6.2 Principales síntomas familiares de desajuste por enfermedad.....	81
3.7 Resiliencia como estrategia de apoyo .....	87
3.7.1 Resiliencia en la familia .....	90
3.7.2 Estrategias para desarrollar la resiliencia.....	91
3.7.3 Resiliencia en personas con problemas de salud .....	92
3.8 Redes de apoyo .....	94
3.8.1 Tipos de redes de apoyo.....	95
<b>Capítulo 4 Metodología.....</b>	<b>97</b>
4.1 Justificación.....	97

4.2 Lineamientos metodológicos .....	99
4.2.1 Planteamiento del problema .....	99
4.2.2 Preguntas de investigación .....	100
4.2.3 Objetivos .....	101
4.2.4 Método .....	102
<b>Capítulo 5. Resultados .....</b>	<b>117</b>
5.1 Perfil social de los 25 pacientes con quemaduras.....	117
5.1.1 Graficas del perfil social de los 25 pacientes .....	118
5.1.2 Análisis del perfil social de los 25 pacientes que sufrieron quemaduras	138
5.2 Cambios en la dinámica familiar de pacientes jefes de familia que presentaron quemaduras de 2do. y 3er. grado atendidos en el CENIAQ.....	144
Conclusiones .....	<b>169</b>
<b>A N E X O S.....</b>	<b>176</b>
<b>Fuentes de consulta .....</b>	<b>248</b>
Tesis Consultadas .....	<b>255</b>

## Introducción

Las lesiones por quemaduras hasta el año 2017 se han convertido en un problema de salud pública en México, en donde el 90% de los casos se producen por la exposición repetitiva a actividades de riesgo, teniendo mayor incidencia en países de ingresos económicos bajos, producidos en mayor medida en el ámbito doméstico y laboral. La Secretaría de Salud (citado por la OMS, 2014) refiere que el 56% de los adultos de entre 20 a 50 años sufren quemaduras dentro del ámbito laboral mientras que el 32% de quemaduras en menores de 19 años se ocasionan en el hogar, ambos casos debido a falta de una cultura de prevención de accidentes, falta de normatividad legal y pobreza entre las principales causas; ocasionando en muchos pacientes grados variables de incapacidad e incluso la muerte.

La experiencia de sufrir una lesión por quemadura es un suceso trágico que va a marcar a la persona; para el caso de esta investigación pacientes hombres jefes de familia, afectando también a su grupo de convivencia inmediato que es la familia, generando una serie de cambios y dificultades económicas y sociales, así como secuelas de tipo físicas, estéticas, sociales y emocionales que surgen a raíz de la lesión por quemadura.

Por lo anterior, este tema fue de gran interés para la investigación principalmente porque actualmente la información sobre este problema en su dimensión social es poco abordada.

El objetivo que guía a la presente investigación es: *“Analizar los cambios en la dinámica familiar de pacientes hombres jefes de familia de 20 a 50 años de edad que presentaron quemaduras de 2do. y 3er. grado por electricidad, fuego y escaldadura atendidos en el Centro Nacional de Investigación y Atención a Quemados (CENIAQ) en el periodo de enero 2015 a diciembre 2016, con el fin de identificar los factores de riesgo y vulnerabilidad que afectan al paciente y su familia”*.

La investigación consistió en la realización de un estudio exploratorio, transversal, abordada desde un enfoque de la fenomenología, por medio del método de investigación de estudio de caso y con un método de análisis de la información cualitativo. Para lo cual se llevaron a cabo visitas domiciliarias para aplicar entrevistas a profundidad a los pacientes y a sus cuidadoras primarias, con el propósito de generar un conocimiento basado en la comprensión de las experiencias de cada paciente y su vivencia respecto a los cambios en la dinámica familiar y secuelas provocadas por la lesión por quemadura.

La tesis está constituida por cinco capítulos, los tres primeros integran el marco conceptual, referencial y contextual; en el capítulo final se presentan los resultados. El capítulo 1 titulado “*Marco conceptual: Las quemaduras por accidente.*” Contiene definiciones muy puntuales sobre el concepto de accidente, piel, quemadura, tipos de quemaduras: por agente causal, profundidad, extensión y gravedad de la quemadura. Así como un apartado en el cual se explican las secuelas que surgen a raíz de las lesiones por quemaduras.

El capítulo 2 titulado: “Marco contextual: Las lesiones por quemaduras por accidentes en México” comprende datos estadísticos nacionales y antecedentes de las quemaduras en nuestro país, que describen la situación actual de las lesiones por quemaduras, así como una breve descripción del Centro Nacional de Investigación y Atención a Quemados y las características de la población ahí atendida.

El capítulo 3 denominado “Marco referencial y conceptual para la comprensión de la dinámica Familiar de pacientes con quemaduras”, que retoma el Modelo de Funcionamiento Familiar de Mac Master, literatura acerca del impacto de la enfermedad en la dinámica de la familia, teoría de la resiliencia y redes de apoyo social como medios que favorecen la readaptación. Elementos que integrados nos permitieron comprender los cambios en la dinámica familiar y dieron pauta a la comprensión de los mecanismos de afrontamiento de cada paciente.

El capítulo 4 se presenta el proyecto de investigación, el cual incluye la justificación y los lineamientos metodológicos.

El capítulo 5 comprende los resultados vinculados a los objetivos, el primer objetivo “*Identificar el perfil social de la familias de pacientes hombres jefes de familia que se atendieron en el CENIAQ.*” En el cual se concentran datos sociodemográficos y datos con relación a la lesión por quemadura de los 25 pacientes que cubrieron con los criterios de inclusión, datos con los que se realizó un análisis para la construcción del perfil social.

El objetivo número dos “*Examinar los cambios en la economía familiar provocados por los costos del tratamiento de quemaduras de 2do. y 3er. grado de pacientes hombres jefes de familia que se atendieron en el CENIAQ los cuales influyen en la dinámica de la familia.*”

Se da respuesta al objetivo número tres *“Describir las secuelas que dejó la quemadura de 2do. y 3er. grado por electricidad, fuego y escaldadura en los pacientes hombres jefes de familia que se atendieron en el CENIAQ”*.

Y al objetivo número cuatro: *“Identificar los cambios en la dinámica familiar de pacientes hombres jefes de familia que se atendieron en el CENIAQ”*.

Finalmente se presentan las conclusiones de la investigación que surgen de la comprensión de la problemática social. En la cual se estudiaron los cambios en la dinámica familiar vinculando los conocimientos obtenidos en la formación académica del Trabajo Social y así poder analizar con mayores referentes teórico conceptuales el contexto socio familiar y la vida cotidiana que se generó en los pacientes por lesiones por quemadura, identificando los cambios y consecuencias de esta lesión. Sin duda este trabajo de investigación puede tener continuidad orientado hacia la intervención a través de mecanismos de prevención, como un ámbito de acción del Trabajo Social.

## Capítulo 1. Marco conceptual: Las quemaduras por accidente

En este capítulo se integran los conceptos generales de las quemaduras por accidentes; algunas brindadas por organismos internacionales, así como definiciones básicas que al respecto se cuenta; consideradas importantes para ubicar y orientar conceptualmente el problema.

Se está considerando el constructo de quemadura por accidente, partiendo desde la premisa de que las quemaduras en un alto porcentaje tienen su incidencia por algún accidente, que bien pudo ser prevenible, cabe señalar que en otros casos se ocasionan debido a factores ambientales (relámpagos), por violencia auto infligida o interpersonal.

La población que aceptó participar en esta investigación tuvo una quemadura que se ocasionó por un accidente laboral o en horarios laborales, en este capítulo se inicia con el concepto de accidente y más adelante se aborda el accidente laboral.

### 1.1 Conceptualización de accidente

El (INEGI) refiere que un accidente es “un percance que se presenta súbita e inesperadamente, determinado por condiciones y actos irresponsables potencialmente previsibles, atribuidos a factores humanos y condiciones climatológicas, los cuales ocasionan pérdidas prematuras de vidas humanas y/o lesiones, así como secuelas físicas o psicológicas, perjuicios materiales y daños a terceros.”

De acuerdo a esta definición se considera que un accidente aparece de manera inesperada y trae como efecto una serie de cambios que modifican el estado normal de la persona o cosa que lo experimenta, hablando en particular en seres humanos los accidentes tienen una connotación negativa ya que generan una repercusión desfavorable ya sea parcial o permanente para desempeñar ciertas funciones necesarias para la vida cotidiana.

Con respecto a lo anterior, hay que destacar que los sujetos a estudiar para el caso de esta investigación son hombres jefes de familia en edad productiva que sufrieron quemaduras de 2° y 3° por un accidente mientras se encontraban laborando.

Con el objetivo de precisar lo descrito anteriormente se consulto la Ley Federal del Trabajo (2015), artículo 474 en el que se define un accidente de trabajo de la siguiente manera:

“Toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, o la muerte, producida repentinamente en ejercicio, o con motivo del trabajo, cualesquiera que sean el lugar y el tiempo en que se preste. Quedan incluidos en la definición anterior los accidentes que se produzcan al trasladarse el trabajador directamente de su domicilio al lugar del trabajo y de este a aquel”.

Así mismo, la Ley Federal del Trabajo (2015) establece en su artículo 132, fracción XVI, como obligación del patrón:

“Instalar y operar las fábricas, talleres, oficinas, locales y demás lugares en que deban ejecutarse las labores, de acuerdo con las disposiciones establecidas en el reglamento y las normas oficiales mexicanas en materia de seguridad, salud y medio ambiente de trabajo, a efecto de prevenir accidentes y enfermedades laborales. Asimismo, deberán adoptar las medidas preventivas y correctivas que determine la autoridad laboral”.

De igual modo, en caso de sufrir una lesión de trabajo, los trabajadores tendrán derecho a lo determinado en el artículo 487 (Ley Federal del Trabajo, 2015):

- I. Asistencia médica y quirúrgica
- II. Rehabilitación
- III. Hospitalización, cuando el caso lo requiera
- IV. Medicamentos y material de curación
- V. Los aparatos de prótesis y ortopedia necesarios
- VI. En caso de incapacidad por riesgo de trabajo se pagará indemnización directamente al trabajador. El artículo 483 indica que deberá ser durante el tiempo que se encuentre con la discapacidad

Sobre lo citado por la Ley, y en contraste a ésta, hay que considerar la realidad nacional actual, donde la competencia laboral y el desempleo han ido en aumento, los empleadores cada vez exigen más a los empleados, con una jornada laboral exhaustiva, con salarios bajos y variables, empleos eventuales, inestables, en condiciones de riesgo, no regulados por Ley, en la informalidad sin contrato laboral escrito. Finalmente la carencia económica por la que atraviesan las familias los ha obligado a aceptar dichas circunstancias para lograr obtener ingresos para cubrir sus necesidades básicas.

Algo semejante a lo anterior, es la condición en la que se encuentra la población hombre jefes de familia atendida en el CENIAQ, en donde obtienen sus ingresos por

medio de una ocupación en el Sector Informal, o bien, en unidades económicas formalmente establecidas pero con condiciones de informalidad. Lamentablemente en la informalidad no se establecen contratos con otras unidades y tampoco se asumen obligaciones, por lo tanto no pueden hacer efectivos ciertos derechos laborales como lo más básico que es la seguridad social para la atención médica (INEGI, 2014) en caso de que se llegara a sufrir un accidente en el trabajo. Situación que los coloca en una situación de vulnerabilidad para hacer valer las garantías laborales elementales y conlleva a un impacto en las familias que además en su mayoría son de ingresos bajos, por lo que su economía y dinámica familiar se ve afectada debido a la reorganización de los miembros de la familia para lograr cubrir gastos de hospitalización, tratamiento y rehabilitación.

Para puntualizar lo ya mencionado se retoma la opinión del subdirector de CENIAQ Mario Vélez Palafox quien declara que “la gente que trabaja en un lugar con medidas de seguridad son la minoría en cuanto a quemaduras, la mayor parte ocurre en personas que trabajan en casa, sin seguridad o están en un trabajo en el que están improvisando en lo que están haciendo son los que más sufren de alguna quemadura por accidente” (Tratamiento y atención del paciente quemado, 2016).

Como muestra de lo escrito, basta con mencionar el accidente en el mercado de pirotecnia (San Pablito) ubicado en Tultepec Estado de México, ocurrido el día 20 de diciembre del 2016. Estas personas laboraban en la actividad de fabricación y venta de material para fuegos pirotécnicos sin las medidas de seguridad suficientes, lo que desencadenó una explosión generalizada, en el cual aproximadamente 30 personas murieron y 70 resultaron heridos (Noticiero Diez en punto, 2016).

Es necesario recalcar que todo espacio laboral ya sea grande, mediano o pequeño de carácter legal o informal debe disponer de un sistema de prevención de riesgos laborales para evitar accidentes, considerando que éstos suelen ocurrir cuando existe una mala administración en el establecimientos, falta de normas de seguridad, falta de personal de supervisión que analice las causas de los accidentes así como sus efectos, falta de capacitación al personal para desempeñar de la forma correcta y segura sus funciones (Mendiola, 2014).

Un elemento que es necesario consultar para tener claridad sobre los accidentes es lo que se denomina la causalidad del accidente, esto es importante para efecto de la prevención y con ello evitar que sigan sucediendo, por tal motivo reafirmamos que la causa de un accidente se genera a partir de un conjunto de acciones o hechos que intervienen entre sí por tanto, se logrará prevenir evitando situaciones y lugares de riesgo.

Para contar con mayores elementos de análisis sobre este tema, se recurre al modelo de causalidad de accidentes y pérdidas de Frank Bird, el cual afirma la existencia de una serie de variables que determinan las posibles causas por la que se generan los accidentes dentro del ámbito laboral; mismos que podrían provocar una pérdida material o personal (Mendiola, 2014, págs. 11,12). El autor del modelo hace la siguiente clasificación:

a) Causas inmediatas

- Son las que ocurren justo antes del contacto que genera el accidente.
- Realizar acciones inseguras
- Realizar acciones en condiciones inseguras, refiriéndose más en cuanto a entorno de trabajo.

b) Causas básicas

Factores personales

- Falta de conocimientos o de capacidad para desarrollar el trabajo.
- Falta de motivación o motivación inadecuada.
- Asistir al empleo bajo efectos de alcohol o drogas lo que complica la capacidad de concentración.
- El empleado asiste estando enfermo o muy cansado.
- Tratar de ahorrar tiempo o esfuerzo y/o evitar incomodidad.
- Lograr la atención de los demás, expresar hostilidad.
- Los trabajadores toman riesgos innecesarios.
- Existencia de problemas o defectos físicos o mentales.

Factores del trabajo

- Los trabajadores trabajan bajo presión y hacen las cosas de manera muy precipitada.
- Los trabajadores o empleadores ignoran las reglas de seguridad.
- Falta de normas en el trabajo o normas de trabajo inadecuadas.
- Diseño o mantenimiento inadecuado de las máquinas y equipos.
- Hábitos de trabajo incorrectos.
- Uso y desgaste normal de los equipos y herramientas.
- Uso anormal e incorrecto de equipos, herramientas o instalaciones.
- No se cuenta con los insumos necesarios para la protección del empleado y sustancias o mecanismos que están manipulando.

### c) Fallas de control

Por falta de procedimientos en cuanto a evaluación de riesgos, seguimiento de acciones correctas, planificación de prevención, auditorias, registro de datos e informes, inspecciones de seguridad, investigación del accidente o incidente, control de salud laboral, utilización de equipos de protección, normas e instructivos de trabajo seguro, preparación ante emergencias y comunicación.

Lo referido hasta aquí tiene como propósito esclarecer la importancia de adquirir las medidas de seguridad y prevención de riesgos laborales a fin de garantizar la seguridad de los empleados y evitar accidentes ya que es alarmante que la población económicamente activa presente la mayoría de las quemaduras que se reportan en México debidas a accidentes y un porcentaje alto podrían ser debidas a accidentes laborales, como se distinguió en la mayoría de los casos de los sujetos de estudio de esta investigación.

De acuerdo a Lorenzo Tapia (2007) La mayoría de las quemaduras accidentales se producen en el hogar, seguidas de las quemaduras por accidentes laborales, siendo el fuego el principal agente causal en adultos mientras que en niños suele ser por escaldaduras.

Ligado a lo anterior, retomaremos la opinión de Barrera (2014) quien señala que las lesiones por quemaduras en accidentes de trabajo resultan por el contacto con:

- Líquidos calientes y vapor: agua, aceite, grasa.
- Superficies calientes como estufas, parrillas, hornos.
- Cables eléctricos expuestos, aparatos o instalaciones eléctricas con inadecuado o nulo mantenimiento.

Hasta este punto y para continuar con el desarrollo del tema es necesario definir primeramente que es la piel, de esta manera se logrará comprender la importancia de ésta y el por qué desencadena una serie de alteraciones al sufrir un daño extremo como los son las quemaduras; para después dar paso al concepto de quemadura, los tipos de quemadura que existen y los agentes que las causan, los cuales serán explicados a continuación.

## 1.2 La piel

La piel es el órgano más grande del cuerpo humano, tiene casi 1.85 m<sup>2</sup>, espesor de 2.2 milímetros, su volumen de es de 4 litros y su peso total de 4.2 kilos en un adulto sano promedio (70kg/ 6% del peso corporal). Su grosor, resistencia y coloración va a depender de la zona corporal, la edad y la raza del individuo.

Está compuesta por tres capas: epidermis, dermis e hipodermis

- Epidermis: es la capa externa de la piel, es la primera barrera defensiva, contiene pelos, unas glándulas sebáceas y sudoríparas lo cuales penetran hacia las capas más profundas, es la única capa que puede regenerarse gracias a su naturaleza epitelial.
- Dermis: es la segunda capa de la piel. Está formada de tejido conjuntivo a base de fibras colágenas y elásticas que le dan resistencia.
- Capa superficial: parte de la dermis superficial situada entre las distintas crestas epidérmicas determinadas por las ondulaciones de la unión dermoepidérmica. Está formada por tejido conjuntivo laxo. Las fibras elásticas y las fibras de reticulina ahí presentes son numerosas. También es rica en pequeños vasos (capilares) y en terminaciones nerviosas.
- Capa profunda: Está formada por tejido conjuntivo denso. Las fibras de colágeno y de elastina se entrecruzan en paralelo a la superficie cutánea. Es a este nivel donde encontramos las glándulas sebáceas, las glándulas sudoríparas ecrinas y apocrinas, así como los folículos pilosos. Además esta capa está bien vascularizada e inervada.
- Hipodermis Es la capa más profunda de la piel, formada por una red de colágeno y células grasas, que sirven para conservar el calor del cuerpo y protegiendo de las lesiones al actuar como amortiguador de golpes.

Raúl Carrillo Esper expone que usualmente no vemos a la piel como un órgano como se le ve al corazón, hígado, pulmones, pero así como los anteriores tiene funciones muy específicas que son de gran relevancia y no se tiene conciencia de ello. A continuación se enlistan algunas de sus funciones más importantes (Curso soporte multidisciplinario en el paciente quemado, 2017)

- Barrera y contención: evita fuga de líquidos y proteínas (en quemados hay una pérdida de agua 10 veces más que en una persona sana).
- Regula la temperatura corporal con ayuda de las glándulas sudoríparas y las vellosidades.

- Balance de microbiota
- Función inmunológica
- Barrera defensiva ante microorganismos
- Síntesis de hormonas
- Síntesis de vitamina D
- Función sensorial: a lo largo de la piel se distribuyen un gran número de terminaciones nerviosas y receptores sensoriales que posibilitan esta función.

La piel al sufrir una lesión por quemadura tendrá un daño, el cual va a depender del tipo de quemadura; generando una disfunción en la piel que implica un desequilibrio en diferentes cuestiones abarcadas en seguida.

### 1.2.1 Disfunción cutánea aguda

Durante el curso Soporte multidisciplinario en el paciente quemado impartido en el Instituto Nacional de Rehabilitación en mayo de 2017; se mencionó la importancia de adquirir un concepto diferente llamado disfunción cutánea aguda, destacando los puntos mostrados a continuación:

La disfunción cutánea aguda o también llama insuficiencia cutánea aguda hace referencia al síndrome que se caracteriza por la pérdida aguda de las funciones de la piel, por un daño extremo a ésta. Cabe mencionar que existen varias enfermedades que pueden llevar al cuadro de la disfunción cutánea aguda, entre ellas las quemaduras.

El concepto de disfunción cutánea aguda es una propuesta que se está introduciendo dentro del CENIAQ, al referirse al cuadro clínico que se presenta en las lesiones por quemaduras. Este concepto se ha ido manejando por varios autores desde 1989 para tener un concepto diferente de como evaluar la función de la piel y la disfunción de este órgano, donde se vea a la piel como un órgano y no solo como una cobertura corporal; sin embargo, a partir del año 2003 ya no se continuó con artículos de investigación, habiendo muy pocas publicaciones en relación a este concepto.

Clasificación de la disfunción cutánea aguda:

- Disfunción cutánea aguda: secundario a una enfermedad crítica. Se observa en el paciente quemado en el momento de hospitalización.
- Disfunción cutánea crónica: propia de una enfermedad crónica como diabetes. En el caso de las quemaduras se presenta cuando a pesar de que se injerta la zona lesionada y evoluciona bien, la piel ya no es ni será una piel normal, como

ejemplo la disfunción inmune a largo plazo en pacientes pediátricos como en adultos.

- Disfunción cutánea tardía: se presenta en pacientes inmovilizados, pacientes que no se mueven en los hospitales y desarrollan úlceras de presión.

La disfunción de cualquier órgano genera alteraciones fisiopatológicas secundarias debido a la interacción funcional que se tiene con los otros órganos, por ejemplo: cuando hay una disfunción con corazón, riñón o hígado se desencadenan y se ven afectados otras cuestiones, lo mismo ocurre con la piel; por lo tanto al existir una disfunción en la piel va generar graves alteraciones al organismo, reflejándose en el sistema inmune, alteraciones del sistema nervioso cutáneo y a nivel hormonal. Así que no solamente se quema la piel; sino que hay una serie de variaciones que comprometerán la salud y hasta la vida de la persona.

Por lo tanto, al ser la piel una barrera defensiva frente los agentes del medio ambiente como: luz, calor, microorganismos, infecciones; al momento que se lesiona y se rompe esa barrera, las bacterias que estaban contenidas por dermis y epidermis pasan a los elementos subdermicos y se empiezan a colonizar, alterando aún más la función inmunológica del interior que se encuentra desprotegido, siendo vulnerable cada vez más a los agentes patógenos; propiciando la traslocación bacteriana por medio de los vasos sanguíneos lo que origina que las bacterias se instalen de forma general en el organismo, siendo ésta una de las causas por las que el paciente quemado se infecta (Curso soporte multidisciplinario en el paciente quemado, 2017)

Las infecciones, la respuesta inflamatoria, la disfunción múltiple de órganos y su posterior fallo es consecuencia de una quemadura grave o de una quemadura mal tratada inicialmente; cuando se producen estas complicaciones es muy difícil de detener el deterioro (Lorenzo, 2007), es por ello que se requiere de una cobertura cutánea temprana, ya que cuando disfunciona un órgano se usa por un tiempo algún tipo de remplazo, por ejemplo: si falla el pulmón se recurre a la ventilación mecánica; si falla el riñón se opta por una terapia de remplazo renal, así lo mismo con la piel, porque al perder su función sobre todo protectora se debe poner una cobertura de sustitución de piel, de este modo evitar que lleguen otro tipo de bacterias y puedan generar mayores complicaciones (Curso soporte multidisciplinario en el paciente quemado, 2017).

Entre las principales causas de mortalidad son el shock hipovolemico y el compromiso agudo respiratorio originado por su inhalación, en fases posteriores la principal causa de muerte es por infecciones (Secretaría de Salud, 2012), mueren durante las primeras 72 horas comúnmente por infecciones (Curso soporte multidisciplinario en el paciente quemado, 2017).

Lo anterior da respuesta al porque las lesiones por quemaduras son de las más complejas y delicadas, en donde la atención oportuna y adecuada es determinante para el desarrollo de complicaciones o una recuperación; en casos severos la muerte.

### **1.3 Las quemaduras y su clasificación**

El objetivo de este apartado es construir un concepto a través de las aportaciones de diferentes autores que nos permitan comprender lo que implica una lesión por quemadura.

De acuerdo con las Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) una quemadura es “una lesión a la piel u otro tejido orgánico causada principalmente por el calor o la radiación, la radioactividad, la electricidad, la fricción o el contacto con productos químicos.”

Con respecto al concepto anterior y con base al punto de vista de diferentes autores las quemaduras son lesiones específicas en los tejidos por el contacto de la piel con elementos a temperaturas extremas de calor o frío. El daño varía dependiendo del agente que lo causó y del tiempo de actuación que tuvo éste. Pueden provocar alteraciones funcionales temporales o permanentes, destrucción celular, necrosis o hasta la muerte.

Avanzando en la reflexión, surge la cuestión del cómo estaba clasificada una quemadura, para lograr el esclarecimiento de dicha duda se consultó en la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados en su décima versión 2016 (CIE-10), clasificación realizada por la OMS en donde se enlistan todas las enfermedades y sus diagnósticos. Dentro de esta clasificación se ubican las quemaduras y sus secuelas. Partiendo desde el concepto donde la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2016), de manera que cualquier situación que modifica la salud ya sea por causa de algún trastorno o accidente se considera enfermedad.

Teniendo en cuenta que las quemaduras son una de las lesiones más devastadoras que puede sufrir una persona, debido a las alteraciones que ocurren en el organismo, sumado a un tratamiento complejo y prolongado; el sujeto lesionado experimenta constante dolor y probables secuelas funcionales, estéticas y emocionales; atravesando por periodos de evolución y deterioro que va depender del tratamiento médico, el apoyo familiar y la capacidad personal para afrontar la situación y lograr una recuperación oportuna evitando en la medida de lo posible cualquier tipo de complicación.

Prosigamos con definir cada tipo de quemadura: según grado de profundidad, según superficie corporal quemada y por último según el agente causal, ya que es necesario para comprender las diferentes situaciones y complicaciones que se presentan en cada una de ellas y lograr un acercamiento en cuanto a lo ocurrido con la población.

### 1.3.1 Por su grado de profundidad

Para hablar de la profundidad de las quemaduras, se optó por la clasificación en tres grados ya que son los más generales y más utilizados. No obstante, cabe mencionar que hay autores que consideran la existencia de la quemadura de cuarto, quinto y hasta sexto grado.

A continuación se procede a mencionar en concreto las características de las quemaduras de primero, segundo y tercer grado debido a que la población seleccionada para la investigación presentó alguna de estas tres.

*Primer grado:* son quemaduras superficiales que afectan únicamente a la epidermis (capa externa de la piel). Se produce un enrojecimiento, en ocasiones hinchazón y es ligeramente dolorosa al tacto. En estas quemaduras no existe formación de ampollas. El periodo aproximado en sanar es de 4 a 5 días. Debido a que la lesión es superficial no deja secuelas (no modifica textura ni color de la piel).

*Segundo grado:* se dividen en dos tipos dependiendo de la profundidad de la quemadura.

- Segundo grado superficial (espesor parcial superficial): en estas quemaduras hay destrucción de la epidermis (capa externa de la piel) y daño en la dermis superficial (capa intermedia de la piel). La zona afectada se muestra muy enrojecida, con un dolor intenso al tacto. A diferencia de la quemadura de primer grado, ésta si presenta formación de ampollas y secreción de suero. El periodo aproximado en sanar es de tres semanas o menos. No deja secuelas funcionales, probablemente podría generar despigmentación en la piel.

- Segundo grado profundo (espesor parcial profundo) : el daño que generan estas quemaduras es mayor, hay destrucción de epidermis y gran parte de la dermis, en cambio de la superficial, la zona afectada tiene un color rosa pálido, en su base es blanca o grisácea, no presenta ampollas por lo que la secreción de suero es menor. El dolor puede ser mayor o menor según la masa nerviosa sensitiva afectada (Lorenzo Tapia, 2007). El periodo aproximado en sanar es lento aproximadamente de tres semanas o más. En algunos casos es necesario injerto de piel. Estas quemaduras suelen dejar secuelas como retorno capilar disminuido, cambio en la pigmentación de la piel, formación de cicatrices y posiblemente contracturas articulares.

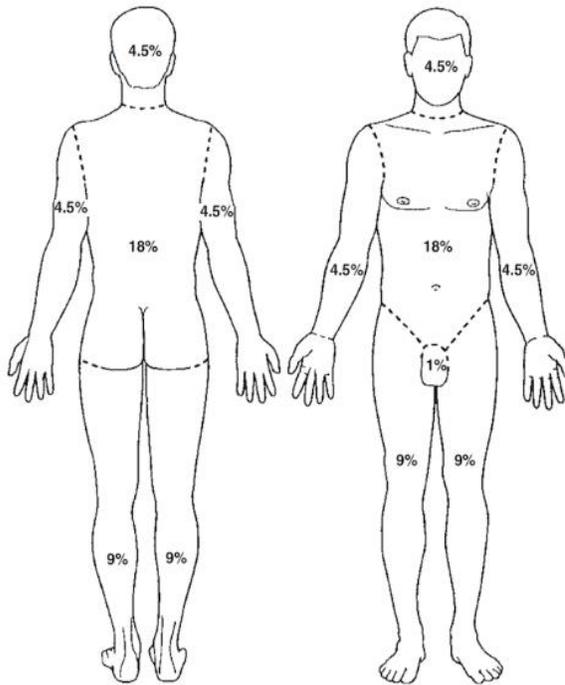
*Tercer grado:* son las de espesor total, donde la quemadura provoca la destrucción de todas las capas de la piel, puede afectar tendones, músculos y llegar al hueso en casos muy severos. La zona afectada tiene un aspecto acartonado, hay presencia de costra seca, piel blanquecina o negruzca por la carbonización de los tejidos, hay gran pérdida de tejido cutáneo y el riesgo de contraer una infección es muy alto, donde la capacidad de regeneración es nulo por lo que el tratamiento empleado para reconstruir el tejido es mediante una autoinjerto de piel ,es decir, una toma y aplicación de injerto (TAI) que consiste en tomar una pequeña porción de la superficie de la piel saludable del propio paciente (bajo anestesia), esta zona se denomina “donadora”, siendo más adecuadas las zonas de la espalda, glúteos o muslos; días siguientes se coloca encima de la superficie dañada (previamente lavada, retirando todos los residuos de piel muerta) y la extienden para cubrir toda el área, se sella con grapas o suturas para que no se mueva del lugar indicado, posteriormente se cubre con vendajes durante un periodo aproximado de una semana. El objetivo del TAI es colocar cobertura para una remplazar la piel que se perdió.

Cuando la lesión es muy severa y el daño irreparable, puede ser requerido amputación; en los casos que no fue necesario la amputación la probabilidad de dejar secuelas es muy elevada, como pueden ser la cicatrización hipertrófica o cicatrices queloides. Ambos casos de cicatrización puede generar deformaciones faciales y/o corporales, contracturas en las articulaciones, limitar la movilidad; por tanto afectar la funcionalidad de la persona (Tratamiento y atención del paciente quemado, 2016).

Es necesario recalcar que generalmente estas heridas no presentan dolor debido a que las terminaciones nerviosas de la piel fueron dañadas o destruidas y en algunos casos suele asociarse a que la herida no es tan grave, por lo que no se atienden de inmediato, ocasionando únicamente más complicaciones que podrían ser irreparables.

### 1.3.2 Por la superficie corporal quemada.

Con respecto a la forma para determinar la superficie corporal total quemada (SCQ), es decir, que tan extensa es la quemadura del paciente; existen varias maneras, uno de los más utilizados por su practicidad es la regla de Wallace o más conocida como regla de los 9, en donde el cuerpo completo equivale al 100%. De acuerdo a esta regla el cuerpo se divide en 11 regiones; el área genital le corresponde el 1%. Esta regla variará dependiendo de la edad de la persona, usualmente solo aplica a personas mayores de 15 años. (Lorenzo, 2008).



Cuadro 1.

Región corporal	Porcentaje
Cabeza y cuello	9%
Cara anterior del tronco	18%
Cara posterior del tronco	18%
Cada extremidad superior	9%
Cada extremidad inferior	18%
Región genital	1%

*Imagen recuperada de Lorenzo Tapia (2008).*

Asimismo es de utilidad el uso de la regla de 1 o también llamada regla de la palma de la mano, en donde la palma del paciente equivale a 1% de superficie corporal. Este método es conveniente para calcular áreas quemadas con poca extensión corporal. (Lorenzo, 2008).



Imagen propia

### 1.3.3 Por los agentes causales.

En otras palabras se refiere al elemento que causó la quemadura. A continuación se enlistaran y posterior se expondrá cada una de manera más amplia.

*Térmicas:* debidas al tener contacto con cualquier fuente externa de temperatura extrema. Siendo las siguientes:

- Escaldadura
- Por fuego
- Por contacto
- Por electricidad
- Por frio

*Por inhalación:* por respiración de vapores o gases por combustión a muy altas temperaturas.

*Químicas:* ácidos, bases (álcalis), compuestos orgánicos y agentes inorgánicos

*Radioactivas:* exposición directa a

- Rayos ultravioletas
- Radiaciones ionizantes y no ionizantes.
- Sol
- Rayos x

Respecto a Lorenzo Tapia las características de los agentes causantes de las quemaduras de la son las siguientes:

*Escaldadura:*

Ocasionadas al tener contacto con líquidos muy calientes. Puede ser agua hirviendo, aceite hirviendo, plástico derretido, gases, vapor de agua. El daño varía dependiendo del líquido, temperatura, tiempo de exposición y zona del cuerpo.

*Por fuego:*

Ocasionada por incendios, accidentes de tráfico, explosión por gas, juegos pirotécnicos, por solventes, etc.

*Por contacto:*

Cuando alguna región del cuerpo tiene contacto con algún sólido a elevada temperatura como pueden ser metales calientes como herramientas de cocina, por cigarrillos, brasas. Estas lesiones son de mayor extensión pero menor profundidad.

*Por electricidad:*

Éstas se ocasionan al tener contacto directo o indirecto con fuentes de energía eléctrica que son las siguientes:

- Corriente eléctrica alterna (CA): usada a nivel doméstico de bajo voltaje.
- Corriente eléctrica continua (CC): usadas a nivel industrial de gran voltaje.
- Arco voltaico (contacto indirecto): al estar cerca de alguna instalación de alta tensión.
- Por flash eléctrico: no hay ningún tipo de contacto con el flujo eléctrico. Producida por un corto circuito que genera una chispa, provocando una quemadura por llama convencional. La lesión es superficial y solo afecta superficies corporales expuestas.
- Medio ambiente: proveniente de relámpagos. Es una descarga muy intensa (>1000 000 voltios) de origen natural. Puede ocasionar muerte instantánea.

Las quemaduras por contacto directo son la de mayor incidencia con un 80% de los casos. Mientras que las de contacto indirecto (arco voltaico) son menos frecuentes; éstas se ocasiona a través del aire cuando la víctima se encuentra lo suficientemente cerca de una línea de alta tensión. Estas lesiones pueden afectar una extensión mayor de piel que las quemaduras por contacto directo, pero la profundidad y gravedad será menor, este dependerá de la cercanía de la piel al arco y del paso de la corriente a través del cuerpo.

Las quemaduras eléctricas tiene menor incidencia que las provocadas por líquidos o fuego, sin embargo los casos en los que se presentan, traen consigo efectos catastróficos debido a que tienen características muy especiales que dependen del tipo de descarga, lo cual determinará la gravedad de las lesiones, entre ellas se encuentran las siguientes:

- a) Intensidad (amperios) en una casa el amperaje es menor a 10 mA. El paro respiratorio se produce con 20-50 mA y la fibrilación ventricular con 50-100 mA.
- b) Trayecto de la corriente. Habitualmente la corriente va atravesando el cuerpo de forma totalmente impredecible. Para que se produzca una parada respiratoria, el corazón debe situarse en el trayecto de la corriente por el organismo. Después de entrar la corriente se dispersa y se concentra en el punto de salida en donde normalmente se provocan las quemaduras más graves.

- c) Tiempo de contacto. A mayor tiempo, mayor lesión.
- d) Área de contacto. En inversa, cuanto mayor sea, menos lesiones se producen.
- e) Tipo de corriente: Alterna o continúa.
- f) Resistencia de los tejidos: la oposición del cuerpo al paso de la corriente. La resistencia está ligada a la humedad de los tejidos, cuanto más agua contengan más lesión habrá. La humedad, por sudoración o agua, reduce la resistencia de la piel, lo cual explica las muertes por electrocución que suceden en una tina o en la regadera.
- g) Tensión o voltaje: el determinante del daño de la piel (daño tisular).  
Corrientes de 65-120 Voltios no producen alteraciones, igual o mayor 220 Voltios son mortales.
  - Corriente de bajo voltaje (<1000V): provocan lesiones locales por la producción de calor.
  - Corriente de alto voltaje (>1000V): generan quemaduras de entrada y salida. La zona de entrada suele estar carbonizada y de apariencia acartonada, mientras que las de salida suelen presentar múltiples lesiones a modo de explosión que no sangran y suelen ser indoloras por la destrucción de nervios. Pueden provocar lesiones de tipo necrótico.

Entre las causas de muerte más frecuente en lesiones de bajo voltaje se encuentra la fibrilación ventricular mientras que en los de alto voltaje generalmente es la parálisis respiratoria.

Las quemaduras eléctricas tienen la característica de que la superficie corporal quemada no es correspondiente al daño real existente, son mucho más graves de lo que se ve en la superficie de la piel, sin embargo en el interior pueden estar dañados nervios, tendones, músculos y posiblemente hueso, siendo esto el motivo por el que son tan destructivas este tipo de quemadura. La respuesta del porque alcanzan tal profundidad, llegando a lesionar el hueso se debe a que:

Se produce más calor cuanto mayor resistencia ofrece el tejido al paso de corriente eléctrica (de mayor a menor resistencia: hueso, grasa, tendones, piel, músculos, vasos nervios), por lo tanto el hueso es la estructura que acumula más calor, de ahí que el daño de las quemaduras eléctricas es de dentro hacia afuera. Una de sus principales características es que se da la destrucción muscular y tisular profunda, con tejidos superficiales poco afectados (Lorenzo, 2008).

Su gravedad se debe al paso de la corriente eléctrica a través del cuerpo y por ende por los órganos, sin saber de qué modo pueda afectar por ello siempre deben ser valorados por unidades o centros de quemados.

*Por frio:*

Se generan al estar en contacto directo o indirecto a temperaturas muy bajas, en donde se genera contracción de las arterias, por lo que disminuye la circulación de la sangre, dejando sin oxígeno a ciertas zonas, dañando tejidos, en general las más afectadas son aquellas que están más expuestas al medio ambiente y tienen menos irrigación sanguínea, como los dedos, orejas y nariz. Dependiendo de la duración y temperatura será el daño, en muchos casos se genera necrosis del tejido por lo que requieren amputación de extremidades afectadas porque el daño es irreversible.

Es recomendable calentar poco a poco el cuerpo y posteriormente las extremidades, debido a que si se calienta de inmediato surgen otras complicaciones, porque al calentar de manera repentina se comienza a bombear sangre nuevamente pero los vasos sanguíneos y arterias aún continúan contraídos por lo que puede provocarse un bloqueo de circulación por coagulo de sangre y emporando la situación dejando con menos oxígeno las zonas afectadas que acelerar la necrosis de los tejidos (Tortosa & Crespo, 2011).

*Por inhalación:*

Éstas se presentan por la respiración de vapores o gases a muy altas temperaturas. Suelen asociarse en situaciones de incendios en espacios cerrados (más del 50% de los casos, 20% en espacios abiertos), generando lesiones pulmonares por la inhalación de humos o sustancias tóxicas originadas por la combustión.

Con base a Jesús Alberto Cedillo Juárez el daño será variado dependiendo al fuego o humo al que se estuvo expuesto, de modo que si fue producido por combustión de madera la lesión será distinta a si fue por solventes como gasolina; ya que este último tiene un punto de ignición muy alto en un periodo de tiempo muy corto, llegando hasta los 450° en 1.2 segundos (Curso soporte multidisciplinario en el paciente quemado, 2017).

Este tipo de lesión incrementa en un 56% el riesgo de mortalidad, mayor probabilidad de ventilación mecánica prolongada, también es causante de un 34% de las neumonías intrahospitalarias e incremento de la hipertensión crónica. Cedillo Juárez concluye, que es crucial para la supervivencia del individuo la intubación inmediata ya que de no hacerlo involucrará directamente la vida o muerte de la persona.

### *Por químicos:*

Este tipo de quemaduras (también llamadas corrosiones) son de las más difícil de manejar, debido a la gran variedad de productos químicos existentes susceptibles a producir quemaduras y a las diferentes lesiones que pueden generar dependiendo el producto. Representan el 3.1 del total de quemaduras. La mayoría son de carácter accidental a nivel laboral (76%) o doméstico (12%).

Entre los más comunes se encuentran los ácidos, bases (álcalis), compuestos orgánicos y agentes inorgánicos (Hanumadas & Ramakrishnan, 2004):

- Ácidos: ácido clorhídrico, sulfúrico, nítrico, fosfórico y acético.
- Bases: hidróxido de calcio, sodio, potasio, y amoniaco.
- Compuestos orgánicos: todos aquellos derivados del petróleo y fenol.
- Agentes inorgánicos: palillos de sodio y gas de cloro.

### Características de quemaduras químicas:

- Suelen ser quemaduras poco extensas pero profundas, en la mayoría afectan menos del 5% de la SCQ.
- La gravedad de la quemadura dependerá del tipo de sustancia, la cantidad, la concentración, la duración de la exposición y el grado de penetrabilidad de la sustancia química

Quemaduras por ácidos: de poca profundidad, siempre que hayan sido lavadas abundantemente.

Quemaduras por base o álcalis: profundas y evolutivas.

- Todas ellas producen necrosis de los tejidos.
- Se diferencia de las quemaduras térmicas en que el daño corporal no se detiene hasta que los tejidos o el tratamiento adoptado neutraliza el producto.

### 1.3.4 Por su gravedad

La Asociación Americana de Quemados (The American Burn Association) clasifica como quemaduras graves o paciente gran quemado las que presenten las siguientes características:

- Quemaduras de grado 2do y 3er mayores del 20% de superficie corporal quemada.
- Pacientes pediátricos menores de dos años o adultos mayores de 60 años con quemaduras de 2do y 3er grado de 10% o más de superficie corporal quemada.
- Quemaduras de vía aérea o por inhalación.

- Quemaduras eléctricas por alta tensión.
- Quemaduras asociadas a politraumatismo.
- Pacientes con patologías graves asociadas.

Por otra parte, Lorenzo Tapia (2007) indica que la gravedad de la quemadura estará determinada por las siguientes situaciones:

- Intensidad del agente causal
- El tiempo de exposición
- Profundidad de la quemadura
- Tamaño de la quemadura (SCQ%)
- Conductividad de los tejidos involucrados
- Su ubicación en el cuerpo (siendo más graves en cara, pliegues, comisuras, genitales, vías respiratorias)
- Edad (más graves en edades extremas de la vida: lactantes y ancianos)
- Estado físico previo de la víctima (enfermedades que comprometan más el estado de salud del paciente como diabetes, cáncer, hipertensión, etc)

En resumen, cada tipo de quemadura tiene sus particularidades, por tanto la consecuencia o secuela que generan es distinta y varía dependiendo del tipo de quemadura, la gravedad, el lugar donde se localiza, la edad, el tratamiento inicial, el tiempo de evolución hospitalaria y la recuperación en casa; todas en conjunto condicionan el pronóstico funcional y estético de la persona.

A continuación se aborda lo referente a las secuelas, para advertir acerca de las repercusiones generadas por una lesión por quemadura.

## 1.4 Secuelas de las lesiones por quemaduras

Se entiende por secuela de quemadura toda aquella alteración objetiva y subjetiva directamente relacionada por la lesión de la quemadura (Mir y Mir, 1969).

Entre las más comunes se encuentran la aparición de 3 tipos de cicatrices:

- Cicatrices hipertróficas: la piel tiende a sobresalir, teniendo un crecimiento hacia arriba, siendo la falta de movilización de la zona afectada la probable causa. “La cicatriz aumenta rápidamente en tamaño los primeros 3-6 meses, llegando a un periodo estático para posteriormente involucionar. Generalmente maduran hasta tener una apariencia ligeramente elevada con un ancho aumentado. El proceso completo de maduración puede tomar hasta 2 años” (INR, 2015, págs. 3,4).

- Cicatrices queloides: éstas tienden a tener un crecimiento excesivo, abarcando más allá de la propia herida llegando a la piel sana que lo circunda, acaban siendo más grandes que cicatriz original. “Se desarrolla hasta 1 año después de la cirugía y no involuciona por sí sola, la resección quirúrgica simple es seguida de recurrencia generalmente. Puede existir alguna anomalía genética. Sitios comunes son: lóbulo auricular, hombros y esternón”. En casos de queloide mayor pueden continuar diseminándose por años. Ambas cicatrizaciones presentan comezón y posiblemente dolor (INR, 2015, págs. 3,4).

- Cicatriz retráctil: Cicatriz engrosada y contracturada consecuencia de las quemaduras y el proceso de cicatrización, ocasiona alguna deformidad y/o limitación de las partes móviles del cuerpo como parpados, cuello, axila, codo, manos pies, dedos, ingles rodillas y tobillo (INR, 2015, pág. 8).

En relación a la cicatrización Connor-Ballar (2009) indica que un paciente con quemaduras experimenta dolor durante todas sus fases, el cual va disminuyendo conforme pasa el tiempo; sin embargo cuando el dolor es persistente y llega a tener una duración mayor a los 6 meses se dice que el dolor es crónico. Siendo más frecuente en quemaduras con una extensión de superficie corporal quemada (SCQ) grande o cuando es severa la herida, esto se debe a que el nervio queda atrapado por la misma cicatrización (citado por García, 2011), este se manifiesta cuando tienen fatiga, presión mecánica, incremento de movimiento articular, tacto y cambios en la temperatura ambiental. Siendo la neuropatía común a consecuencia de una lesión por quemadura en un 11 a 41% de los casos (Goutos, Dziewulski, Richardson 2009, citado por García, 2011). En algunos casos de severidad se requerida amputación, no obstante el dolor puede seguir presente a modo de “sensación fantasma”. En general el dolor crónico en

el paciente con quemaduras repercute negativamente al sujeto, afectando en sus capacidades para realizar sus actividades de la vida cotidiana (citado por García, 2011).

Por otro lado, Mir y Mir, (1969) distingue dos grupos de secuelas post quemaduras:

- Secuela-lesión o secuelas aparentes: son aquellas propias de la misma evolución de la quemadura rumbo a su curación, son las consecuencias de la quemadura aparentemente curada. Son secuelas temporales que involucionan y desaparecen en un plazo aproximado de dos años. Dejando paso a la verdadera secuela.

Las secuelas-lesión llegan a generar cicatrices de tipo hipertróficas y queloides, las cuales van evolucionando al paso de los años, por lo que no deben ser intervenidas quirúrgicamente, hasta pasado un par de años, a menos, que estas secuelas en evolución limiten la funcionalidad de la persona por la retracción de los tejidos. Es importante que antes de intervenir una secuela de quemadura se deber estudiar los antecedentes del afectado y valorar si es conveniente, debido a que hay personas predispuestas a la cicatrización patológica y puede ser más nocivo intervenirlo.

- Secuelas verdaderas o secuela residual: son aquellas que no son lesiones propias de la quemadura, sino, que son alteraciones ya establecidas y definitivas en pacientes cuya evolución ha finalizado (ya curados).

Estas secuelas suelen ser alteraciones en la coloración de la piel, como despigmentación o hiperpigmentación, en otros casos pueden dar lugar a retracciones, contracturas, alopecias; producidas directamente por la cicatrización. Las contracturas afectan principalmente a la cara y zonas de flexión, afectando en mucha ocasiones el funcionalismo de la región. Las secuelas definitivas ya no cambian o si llegan a cambiar se debe al crecimiento general del cuerpo, esto es observable en los casos de los menores que aún se encuentra en crecimiento, por lo que son sometidos a innumerables cirugías correctivas.

En cuanto a Xavier, Baena, Fernández, Gabilondo, Gómez, Palao y Valero (2000) sugieren clasificar las secuelas en precoces y tardías:

- Secuelas precoces: son secuelas de carácter inflamatorio y cicatricial, entre las que destacan:
  - Cambio en la pigmentación de la piel
  - Cicatrización hipertrófica, queloide, retractiles
  - Resequedad
  - Prurito
  - Alteraciones estéticas
  - Amputaciones propias del tratamiento
  
- Secuelas tardías: cuando pasado un tiempo y con apoyo de la presoterapia, cirugía reparadora y rehabilitación no se logra un mejor resultado, se considera que la secuela es definitiva. Se destacan las siguiente:
  - Alopesias
  - Deformaciones
  - Retracciones cicatrízales
  - Perdida de tendones
  - Alteraciones o inmovilidad de zonas afectadas
  - Amputaciones
  - Malignizaciones cicatrizales

Dentro de la enfermedad tardía o degenerativa de la cicatriz se encuentra el cáncer de tipo basocelular, donde aproximadamente el 3% de las cicatrices por quemaduras lo desarrollan, mientras que el 2% desarrolla cáncer cutáneo espino celular que es más agresivo que el anterior. Para percibir la magnitud, queda mencionar que del total de todos los canceres cutáneos originados en las extremidades el 24% provienen o empiezan en cicatrices de postquemaduras y suelen tener un pronóstico menos alentador debido a que tienden a hacer metástasis con mayor facilidad (Horto citado en Mir y Mir, 1969).

El periodo que tarda en desarrollarse el cáncer es proporcional a la edad en la que la persona sufrió la quemadura, por ejemplo, en pacientes que se quemaron a una edad de 60 años, el desarrollo no llega a exceder de los nueve años. El periodo general de latencia de cáncer crónico de la cicatriz post quemadura es de 32 años, en el caso de cáncer agudo es aproximadamente de cuatro meses y en casos extremos cuatro semanas desde la quemadura hasta la aparición de cáncer. No se sabe a ciencia cierta

cuanto puede demorar la aparición de cáncer en heridas postquemaduras, habiendo un rango de un par de semanas hasta un plazo muy largo de hasta 60 años (Mir y Mir, 1969).

Antes de continuar, se hace un paréntesis para referir a las secuelas originadas por quemaduras eléctricas que, como se abarcó en secciones anteriores, son una de las quemaduras más severas debido al trayecto que hace la energía eléctrica por el cuerpo y órganos, por lo que es necesario mencionar algunas de las secuelas adicionales que llegan a presentar. Hay que señalar que estas secuelas son frecuentes y ocurren en órganos o áreas que no presentan hallazgos anormales durante el curso agudo de la enfermedad. Usualmente no se perciben hasta pasados unos meses (Hanumadas & Ramakrishnan, 2004). Las secuelas comunes según Hanumadas y Ramakrishnan se observan más frecuentemente en:

- El ojo en forma de cataratas, comenzando con una opacidad en la visión. Estas pueden aparecer hasta después de 3 años de la quemadura.
- Función neurológica, ocasionando cuadriplejía, paraplejía, causalgia, convulsiones y dolor de cabeza).
- El tracto intestinal, cálculos en las vías biliares o vesícula biliar y secuestro óseo

Por otra parte, la médico Olga Liliana García Oropeza, reveló resultados de las secuelas tardías por quemaduras en pacientes pediátricos, realizada en Australia. La investigación fue longitudinal con más de 50,000 pacientes que sufrieron quemaduras en su infancia, este estudio fue de seguimiento durante 32 años (de 1980 a 2012). Los resultados fueron una amplia cantidad de alteraciones, mostrados a continuación:

En un primer momento el paciente pediátrico tiene una interrupción en su crecimiento; por lo que no alcanzan la talla familiar predispuesta aun con tratamientos y hormonas de crecimiento, el peso en un inicio es bajo pero se va recuperando; sin embargo se modifica por la resistencia a la insulina generándoles obesidad, hay un estancamiento de la composición muscular y la composición ósea debido a que durante la hospitalización el niño pierde aproximadamente 8% de calcio a la semana; por lo que el riesgo de fracturas es muy alto, observándose en un 50% de los casos tuvo fracturas generalmente por caídas en los primeros 7 años a partir del momento que salieron de hospitalización; este riesgo continua hasta 20 años después, el sistema inmune se debilita y son propensos a infecciones específicamente en los primeros meses, en los primeros 30 días tienen 5 veces más riesgos de infecciones digestivas, respiratorias y de tejidos; glucosa alta a 3 años; 3 veces más riesgo de presentar diabetes mellitus presentándose en los primeros 5 años, trascurrido este tiempo disminuye el riesgo pero aun así es más elevado en comparación con una persona que no tuvo una quemadura; presentan artropatías;

hipertensión desde el momento que sale del hospital debido al tratamiento hospitalario, logra estabilizarse con el tiempo pero cuando llega a la adultez o transcurridos 28 a 30 años pueden tener problemas isquémicos como las cardiopatías; hipermetabolismo; alteraciones del sistema neurológico, 62% crisis convulsivas y migrañas en comparación con población general. Finalmente la médico García Oropeza refiere que “un niño quemado (...) nunca va ser un adulto sano” (Curso soporte multidisciplinario en el paciente quemado, 2017).

Lo anterior da un panorama de las secuelas que experimenta el paciente pediátrico tras una lesión por quemadura; no obstante, aún no se cuenta con investigaciones en población adulta.

Un punto importante a destacar con respecto a las secuelas post quemaduras es la participación del personal que intervino con el sujeto en su tratamiento, el cual debe dejar claro que algunas secuelas serán permanentes; donde el organismo y morfología no volverán a ser las mismas, las cicatrices no podrán eliminarse, pueden disminuir su grosor y tamaño, por lo que se hacen menos notorias; pero los pacientes deben saber que no existe tratamiento alguno que las desaparezca (Xavier et al, 2000).

Con relación a lo anterior, hoy en día existe una alta tecnología para la reconstrucción facial y cirugía plástica así como una nueva técnica llamada epítesis que consiste en la creación de máscaras, manos, ojos, orejas; fabricados de silicona y coloreados de tal manera que al ser colocados en el cuerpo o rostro que sufrió la lesión ofrecen una imagen estética nueva, con apariencia natural; sin embargo en extensiones grandes como todo el rostro es poco aceptada por parte de los pacientes, existe un rechazo psicológico ya que no la ven como su imagen, pero ciertamente es una buena opción para pacientes que tengan las posibilidades económicas y/o deseo de un nuevo rostro “artificial” (Xavier et al, 2000); no obstante se debe resaltar que las personas que más sufren estas lesiones son de bajos ingresos, imposibilitándoles alcanzar estas alternativas de reconstrucción facial.

Lo escrito hasta aquí ha dado los conocimientos acerca de las secuelas fisiológicas, anatómicas y estéticas; pero igualmente es importante conocer la percepción del sujeto que experimentó la quemadura durante el proceso de tratamiento en hospitalización. Estas personas suelen tener cambios intensos en sus emociones, y no es para menos, sufrieron de las peores lesiones, donde sus vidas cambian repentinamente en pocos instantes, alterando desde su anatomía, funcionalidad, su aspecto y probablemente hasta los valores con los que contaban antes del accidente. La suma de todas estas modificaciones genera que lleguen a experimentar miedo, angustia, terror, culpa, entre

otras; presentando estas emociones en periodos evolutivos de la adaptación (Xavier et al, 2000).

En virtud a lo anterior, se describen las fases de adaptación por las cuales el paciente puede atravesar (Xavier et al, 2000):

- Fase aguda: están en un momento crítico en donde se busca la supervivencia del paciente, en donde los primeros días se encuentra en un estado de inconsciencia por la administración de fármacos. Se muestran en esta fase, alterados, confundidos, presentan delirio o hiperactividad.
- Fase de estabilización: puede durar varias semanas, el paciente ya está consciente, conoce y pregunta por su estado de salud; aunque no todas son respondidas, puede tener sensaciones de incomprensión respecto a si mismo, sentir impotencia por sus lesiones, por las curaciones y el dolor que se experimenta constantemente, falta de control de esfínteres.  
La falta de independencia sumado al ambiente no grato propio de un hospital, pueden presentar enojo, ira, regresiones y/o depresión que va mejorando a medida que se recupera el paciente.
- Fase de recuperación: es su último periodo de estancia en el hospital, ya hay movilización relativa y se sienten menos dependientes. Las preocupaciones del paciente se tornan en cuanto a su capacidad de regresar al mundo exterior. Cuando existen cambios físicos o estéticos como amputaciones o desfiguramiento, hacen que este proceso sea aún más doloroso mentalmente. El paciente se niega a la rehabilitación por el dolor que le genera y a que lo den de alta si no está completamente curado; regresa la angustia.
- Fase de reintegración social: es el periodo donde se encuentra dado de alta ya fuera del hospital en donde regresan posteriormente a revisión médica y rehabilitación. Al usar constantemente férulas, cabestrillos, prendas de presoterapia, hace que los sujetos se rechacen a sí mismos, teniendo a su persona una percepción como de algo grotesco. En todas las etapas pero especialmente en esta el apoyo familiar tienen un papel determinante.

Clasificación de las secuelas psíquicas (Xavier et al, 2000):

- Ansiedad: para la mayoría, los periodos de ansiedad se vuelven menos frecuentes después de un par de semanas o un par de meses; sin embargo, casi un tercio de las personas con quemaduras graves siguen sintiendo ansiedad hasta por dos años (Burn Injury Models Systems, 2011)
- Culpa: puede generar deseos de autodestrucción y nula colaboración con su tratamiento.

- Regresiones: regresar psicológicamente a estados donde eran dependientes a las personas de su entorno. Es un regreso a la etapa de la niñez, donde están presentes el llanto, los gritos y demanda de atención, esto como respuesta emocional normal ante la pérdida de autoestima, independencia, empleo. La regresión es bastante difícil de tratar y no desaparece con rapidez. Mejora cuando las heridas comienzan a curarse y el sujeto va asumiendo su nueva situación corporal y social.
- Fobias: suelen tener temor excesivo con respecto a la causa que generó la quemadura.
- Alteraciones del sueño: reviven el accidente en forma de pesadillas. Generando terrores nocturnos.

Sintetizando, toda quemadura deja una secuela, ya sea temporal o permanente, física, anatómica, estética o emocional; que con un tratamiento médico preciso y oportuno, junto con la colaboración de un equipo multidisciplinario, resiliencia personal y apoyo familiar es posible lograr una rehabilitación óptima y al mismo tiempo aminorar la presencia de secuelas para que el sujeto se reincorpore con mayor facilidad a su entorno familiar y social.

#### 1.4.1 Proceso de rehabilitación física

La rehabilitación física en el proceso de recuperación dentro y fuera de la unidad médica es de suma importancia en todas las fases del tratamiento de las lesiones por quemaduras, ya que con ello se logra prevenir y minimizar algunas secuelas postquemaduras definitivas. Inicialmente es para evitar rigidez articular por causa de la inmovilidad producida por el dolor y los vendajes; posterior para su inserción social y laboral. Este tratamiento tiene una duración aproximada de un año partiendo desde la fecha en que ocurrió el accidente (Xavier et al, 2000).

De acuerdo a INR la rehabilitación “es un proceso largo compuesto por acciones médicas y sociales, tendientes a lograr la máxima recuperación, disminuyendo las deficiencias funcionales, favoreciendo la independencia, la aceptación de la discapacidad y la reinserción social y laboral”

En cuanto a las Normas Uniformes sobre Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (1993, pág. 8.) la rehabilitación es:

“Un proceso encaminado a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que cuenten con medios para modificar su propia vida y ser más independientes. La rehabilitación puede abarcar medidas para proporcionar o restablecer funciones o para compensar la pérdida o la falta de una función o una limitación funcional. El proceso de rehabilitación no supone la prestación de atención médica preliminar. Abarca una amplia variedad de medidas y actividades, desde la rehabilitación más básica y general hasta las actividades de orientación específica, como por ejemplo la rehabilitación profesional”.

La misión de la rehabilitación está dedicada a la recuperación, restauración de la salud y reintegración al entorno de aquellos pacientes y pacientes dados de alta con secuelas o limitación funcional, que los coloque en condición de discapacidad, el personal brinda atención integral por medio de terapia física, terapia ocupacional, terapia cognitiva, entre otras. A fin de reincorporar al sujeto afectado a su medio y lograr su autonomía.

La rehabilitación física, comienza desde la hospitalización y aunque el tratamiento médico es delicado con periodos prolongados de dolor, es ineludible que se inicie lo antes posible, con movilización articular, de no ser así, la piel se puede tornar rígida y adoptar la forma de las posturas mantenidas, generando deformidades, una piel inmovilizante y antiestética (Xavier et al, 2000).

Algunos elementos de la fisioterapia son:

- *Ejercicios de estiramiento*: Posterior al retiro de puntos y/o tratamiento indicado, se envía a un período de rehabilitación física para evitar contractura cicatricial en articulaciones menores y mayores, se observa que tipo de terapia es la más adecuada para el paciente, así como también los ejercicios que puede iniciar el paciente a partir del momento que se juzgue conveniente (INR, 2015). En CENIAQ en terapia de agudos se comienza con movilizaciones pasivas (estando el paciente sedado ya que el dolor es intenso) y en subagudos con movilizaciones pasivas, posteriormente activas donde el paciente está consciente y comienza a fortalecer sus músculos. Hay que resaltar que los pacientes mientras se encuentran hospitalizados su masa muscular disminuye de 1.5% a 5% al día, llegando a perder del 25% al 40% de su fuerza muscular en una sola semana (Curso soporte multidisciplinario en el paciente quemado, 2017). El promedio de masa muscular que llegan a perder estos pacientes es del 25%. Esa pérdida implica más riesgo de alteraciones inmunes (con pérdida del 10%), retraso de cicatrización (con pérdida del 20%) incremento de infecciones (con pérdida del

30%), y muerte (desde 40%) (1er curso de soporte nutricional en paciente quemado, 2017).

- *Presoterapia*: Esta técnica tiene aproximadamente 50 años de uso, es un tratamiento por el que pasan la mayoría de los pacientes una vez cerradas las heridas, a la par sirven para ocultar temporalmente las zonas dañadas que son antiestéticas.

La presoterapia consiste en aplicar presión de manera continua (presión de 21 a 24 mmHG) sobre una cicatriz, por medio de la fabricación de prendas a la medida del sujeto y de acuerdo a cada zona corporal. Las prendas de compresión están diseñadas de un material elástico que comprime y presiona la piel para reducir la formación de cicatrices, aliviar el dolor y restablecer la función después de la quemadura (Xavier Santos, 2000). Es la terapia estándar para cicatrices hipertróficas en quemados y es la terapia de primera línea en muchos centros. Generalmente se recomienda que la presión sea mantenida de 6 a 12 meses para ser efectiva obteniendo resultados favorables (INR, 2015).

- *Ferulación*: éstas son para mantener la posición articular deseada hasta que la cicatriz madure. Se retiran únicamente para facilitar la movilidad y evitar anquilosis (disminución o falta de movimiento en una articulación).
- *Manipulaciones músculo esqueléticas*: por medio de masajes locales, estiramientos musculotendinosos.
- *Baños de agua*: para facilitar la movilidad de los pacientes aunque en muchos centros y unidades de quemados han eliminado este tipo de baños debido a las infecciones cruzadas de heridas abiertas (Xavier et al, 2000).

Gracias a toda esta terapia física, el paciente logra conseguir algunos efectos favorables sobre la evolución de secuelas cicatriciales y sobre la aceptación y visión de su cuerpo desnudo.

En ocasiones por negligencia médica, falta de apoyo y compromiso en casa, carencia económica para comprar los insumos necesarios para la recuperación; o bien, aun llevando adecuadamente el tratamiento médico y terapia física a veces no se llega a un resultado óptimo o deseado; las secuelas que aparentemente serian temporales se pueden convertir en secuelas definitivas, que en algunos casos dependiendo de su gravedad podrán ser un factor discapacitante en la vida cotidiana del sujeto. Con respecto a esto, es significativo ampliar el tema de la discapacidad.

### 1.4.2 Discapacidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) dentro de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF, 2001) (CIF, 2001), define a la discapacidad como “un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación”.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2008) (Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2008), Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (ONU, 1993) (ONU, 1993) y la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad (2015) (Ley General de Inclusión para las Personas con Discapacidad, 2015), aportan un concepto similar entre sí, con los cuales se determina que la discapacidad es la consecuencia de presentar de manera temporal o permanente una o más deficiencias sean éstas físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, que por razón congénita o adquirida (accidente, herencia), limitan u obstruyen totalmente la capacidad para interactuar y/o ejecutar actividades, lo que conlleva en algunos a la restricción de su integración y participación plena en igualdad de condiciones a los demás individuos, dejándolos en una situación de minusvalía.

Para esclarecer lo anterior, al referir deficiencia, se habla de los problemas que afectan un órgano o parte del cuerpo, puede ser también la pérdida o anomalía de una estructura o función fisiológica, anatómica o psicológica. La CIF (CIF, 2001, pág. 19) aclara que las deficiencias “no indican necesariamente que esté presente una enfermedad o que el individuo deba ser considerado como un enfermo”.

La minusvalía es la consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, limitando o impidiendo acciones o tareas normales en función de su edad, sexo o factores sociales y culturales (Egea & Sarabia, 2001), generando pérdida o limitación de oportunidades. El perjuicio a la persona con discapacidad en situación de minusvalía está en función de su entorno en el que se desenvuelve (ONU, 1993), de manera que el escenario se vuelve adverso para un individuo, teniendo en cuenta las barreras arquitectónicas y obstáculos físicos que impiden el libre acceso, coartando a las personas con discapacidad para su inclusión en actividades cotidianas, teniendo relación directa con la manera en como interactúa y adapta con el entorno físico y social (INEGI, s/f).

Este último concepto se encuentra integrado en la definición de discapacidad al referirse a las “limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación”; donde podría ubicarse a los sujetos que participaron en esta investigación, debido a que su lesión que continua evolucionando, ha dejado “marcas” fisiológicas, estéticas y

emocionales, que impiden en distinta medida que se involucren en actividades que solían hacer antes del accidente que les generó la quemadura, ya sea por cuestiones médicas, por decisión propia del sujeto a causa de su imagen modificada o por dolor en las zonas lesionadas.

Datos de la OMS (2011) revelan la existencia de más de mil millones de personas que tienen algún tipo de discapacidad, esta cifra es aproximadamente el 15% de la población mundial. A nivel Nacional 5 millones 739 mil 270 personas presentan alguna discapacidad, lo que representa 5.1% de la población total (120 000 000 habitantes).

La Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2012, muestra la siguiente distribución por edades de las personas que tienen alguna discapacidad en México (Citado por Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014-2018, 2014):

- 60 años y más (51.4%)
- 30 y 59 años (3.7%)
- 15 a 29 años (7.6%)
- 0 a 14 años (7.3%)

Las principales causas de discapacidad reportadas por la ENIGH (2012) son:

- La enfermedad (38.5%)
- La edad avanzada (31%)
- El nacimiento (15%)
- Los accidentes (12 %)
- Otras (3.5%)

La distribución es relativamente igual para hombres y mujeres; aunque los varones reportan porcentajes más altos en discapacidad por accidentes (15.3%) y nacimiento (18.2%) mientras que las mujeres en edad avanzada (35.6%) y enfermedad (39.6 por ciento) (Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014-2018, 2014).

### 1.4.2.1 Tipos de discapacidad

En la actualidad aún no existe un consenso acerca de cuáles son los tipos de discapacidad universalmente aceptados, no obstante se recurrió a los tipos de discapacidad que utiliza la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2008), siendo estos los siguientes:

- *Física*: que afectan a un órgano
- *Intelectual*: afectan el razonamiento y la comprensión.
- *Sensorial*: comprende cualquier deficiencia de tipo visual, auditiva y del lenguaje.
- *Psicosocial*: afectan el orden psíquico- ambiental.
- *Mental*: presencia de deficiencia orgánica cerebral.
- *Múltiple o mixta*: presencia de dos o más de las anteriores.

La ENIGH-2012, indica que las personas con problemas para caminar son el tipo de discapacidad de mayor presencia (57.5%), donde los accidentes (20.1%) son un detonante importante para que exista dicha discapacidad, así como el tener dificultades para atender el cuidado personal (10%) (Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014-2018, 2014)

La Encuesta Mundial de Salud muestra que del total de personas con discapacidad a nivel mundial, 110 millones (2.2%) presentan dificultades significativas para su adecuado funcionamiento (OMS, 2011). Este último dato es de gran importancia para fines de la investigación debido a que los sujetos que egresan del CENIAQ por quemaduras tienen probabilidad de padecer alguna discapacidad por secuelas de su accidente, es valioso conocer en qué manera ésta pudo modificar el funcionamiento del individuo para realizar actividades de la vida diaria y a su vez como la familia se organizó en este proceso de readaptación individual y de grupo, ya que al encontrarse con alguna discapacidad genera efectos directos individuales/personales como la disminución o pérdida de capacidades físicas, biológicas, disminución de sus expectativas en el presente y futuro, cambio de roles, disminución de calidad de vida, paralelamente la familia también sufre cambios a partir del accidente es por ello la importancia de las redes sociales de apoyo y la resiliencia individual y de los miembros de la familia.

## Capítulo 2. Marco contextual: Las lesiones por quemaduras por accidentes en México

### 2.1 Evolución del tratamiento

Las quemaduras han estado siempre presentes a lo largo de la historia de la humanidad y más aun con el descubrimiento del fuego, de modo que la población ha ido adoptando alternativas de curación, las cuales han evolucionado y mejorado a la par del desarrollo de la Medicina.

Lorenzo (2007) integra los acontecimientos relevantes con relación a quemaduras y su tratamiento, los cuales se muestran en el cuadro que aparece a continuación:

Cuadro 2.

<b>Año</b>	<b>Evento</b>
1600 a.c. .	Uso de emplaste de miel de abeja junto con ritos mágicos religiosos
1 d.c	Uso de emplastes de hierbas y eliminación de bridas post quemaduras.
700	Uso de sustancias emolientes.
900	Uso de sustancias refrigerantes
1596	Se publica el primer libro dedicado únicamente a quemaduras “a profitable and Necessary book of observation” por Willian Clowes.
1607	Fabricio Hildamus clasifica en tres grados la profundidad de una quemadura.
1797	Publicación del libro “An essay on burns” por Edward Kentish.
1832	Dupuytren clasifica la profundidad de las quemaduras en seis grados.
1833	Primer hospital especial para quemados, en Edimburgo, Escocia.
1869	La llegada de las técnicas modernas de escisión más injerto se inició con el cirujano sueco Reverdin, quien llevo a cabo el primer injerto de piel, estos se realizaban con bisturí. Hasta 1939 se desarrolló el dermatomo.
1900	Se introduce el concepto de escisión temprano más injerto.
Siglo XX	Se utilizaron los vendajes empapados de bicarbonato de sodio u óxido de zinc para el tratamiento local, se dejaban hasta 5 días, sin embargo esto generaba el sobre crecimiento de bacterias.
1920	Descripción del fenómeno de tras locación bacteriana.
1921	Underhill y colaboradores manifestaban que el shok por quemadura se debía por la pérdida del líquido, eso determino las bases para el manejo actual de la reposición de líquidos y electrolitos.
1934	Uso de la solución de nitrato de plata se convirtió en el medicamento para el cuidado de heridas y agente terapéutico hasta la actualidad

1939	Se desarrolló el dermatomo con el fin de obtener capas más finas de piel. El dermatomo dio llegada de las nuevas técnicas de escisión más injerto temprano y la reducción de la mortalidad. En actualidad es la herramienta que se utiliza.
1942	El incendio de la discoteca Coconut Grove en Boston, EUA, el 28 de noviembre de 1942, en el que murieron 492 personas y miles quedaron heridas fue lo que propicio el aumento de investigaciones en cuanto a fisiopatología de las quemaduras, provocó que surgieran los primeros intentos de reanimación, investigaciones mejoras en el tratamiento y rehabilitación al paciente con lesiones por quemaduras y por ende se comenzó a disminuir la mortalidad por esta causa, ofreciéndoles una mejor calidad de vida a los sobrevivientes.
1960	Unidades especializadas para personas con quemaduras y campañas de prevención.
1980	Desarrollo de piel artificial, apósitos sintéticos.
1990	Bancos de piel cultivada.
Posterior a 1990	Cirugía reconstructiva a personas que tuvieron quemaduras y mejoras en la rehabilitación física y psicológica para lograr su reintegración social

## 2.2 Prevalencia y el contexto internacional

En el siguiente apartado se tiene como finalidad contextualizar las quemaduras en México, para ello se consultaron organismos internacionales y organismos nacionales como la Organización Mundial de la Salud y la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, obteniendo cifras y estadísticas de los casos de quemaduras registrados a nivel mundial y nacional, así como datos históricos de los antecedentes de las quemaduras en México.

De acuerdo con la OMS (2016) todos los países el riesgo de sufrir quemaduras guarda correlación con la posición socioeconómica; por tanto, las personas que viven en los países de ingreso bajo y mediano tienen mayor riesgo de sufrir quemaduras que las que viven en países de ingreso alto. Esto se debe en gran medida a que los países de ingreso alto han logrado avances considerables en cuanto a la creación de estrategias preventivas combinado con una mejor atención de las personas afectadas y con eso han reducido las tasas de muertes por quemaduras. En cambio, en los países de ingreso bajo y mediano la mayoría de estos avances en materia de prevención y atención no se ha aplicado en forma suficiente. Si se intensificaran los esfuerzos en ese sentido, se reducirían significativamente las tasas de muertes y de discapacidad relacionadas con las quemaduras (OMS, 2016).

Entre algunos factores de riesgo de quemaduras se encuentran:

- Las ocupaciones que implican exposición al fuego.
- La pobreza, el hacinamiento y la falta de medidas de seguridad adecuadas.
- Las tareas domésticas, como cocinar o cuidar a niños pequeños, confiadas a niñas pequeñas.
- Los problemas de salud subyacentes, como la epilepsia, las neuropatías periféricas y las discapacidades físicas y cognitivas.
- El consumo excesivo de alcohol y el tabaquismo.
- El acceso fácil a químicos utilizados en actos de violencia (como el ácido).
- El uso de queroseno (parafina) como fuente de combustible para dispositivos domésticos no eléctricos.
- Medidas de seguridad inadecuadas para el gas licuado de petróleo y la electricidad.

Para precisar lo anterior, se mencionan algunos datos estadísticos de las diferencias existentes entre las regiones del mundo con respecto a quemaduras, entre los que se destaca África, región que reporta la mayor incidencia de las muertes por quemaduras entre los niños menores de cinco años, siendo tres veces mayor en comparación con los niños del resto del mundo, por otra parte, los varones de menos de cinco años que viven en los países de ingreso bajo y mediano de la región del Mediterráneo Oriental son casi seis veces más propensos a morir de quemaduras que los varones de la región de Europa. En cuanto a Bangladesh, casi 173,000 niños sufren quemaduras moderadas o graves cada año, donde aproximadamente el 17% de estos niños presenta alguna discapacidad temporal y el 18% alguna discapacidad permanente, porcentajes que también se presentan en Colombia, Egipto y Pakistán. En las zonas rurales de Nepal, las quemaduras son la segunda causa de lesión más común y provocan el 5% de las discapacidades. En lo que respecta a la incidencia de las lesiones por quemaduras que requieren atención médica es casi 20 veces mayor en la región del Pacífico Oeste que en la región de las Américas.

Para continuar construyendo el panorama general de la problemática y la incidencia de casos de quemadura, se continúa presentando los datos con los que cuenta la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016).

En 2004, casi 11 millones de personas de todo el mundo sufrieron quemaduras lo suficientemente graves para requerir atención médica, sobresaliendo India donde más de 1 millón de personas sufren quemaduras moderadas o graves cada año, en cuanto a Estados Unidos de América se produjeron en 2008 más de 410 mil lesiones por quemaduras, de las cuales 40 000 requirieron hospitalización. En lo que concierne a

México, el número de casos de quemaduras registrados anualmente es de aproximadamente “115 mil personas, de las cuales 13 mil requirieron hospitalización” (La Jornada, 2011).

Con respecto a los rangos de edad que tienen mayor frecuencia, se observa que a nivel mundial las edades en las que predominan las lesiones por quemaduras se ubican de los 15 a los 29 años (Simposio: Quemaduras, un reto de salud, 2012), mientras que en México el rango de edad predominante es el de los 25 a los 44 años (Secretaría de Salud, 2015), ambos casos población en edad productiva.

Si bien, la OMS muestra algunos datos a nivel mundial, no se encontró alguna fuente de información que ubique la posición que ocupa México con respecto a los demás países en cuanto a la incidencia de casos registrados de quemaduras. Con respecto al número de muertes a causa de una quemadura por accidente tanto en niños como en adultos, México ocupa el cuarto lugar a nivel mundial, así lo refiere el Dr. Vázquez Vela, (Gaceta Facultad de Medicina, 2001).

Las cifras mencionadas nos han dado pauta para la construcción del contexto de las quemaduras en México, generando datos comparativos como lo es el número de personas con quemaduras en la india que es casi 10 veces más que las de México.

### **2.3 Quemaduras en México**

En México durante la década de 1960 las quemaduras continuaban implicando un gran desafío para la medicina, ya que en muchos casos las personas afectadas no lograban sobrevivir. Aproximadamente el 50% de personas con un 30% de Superficie Corporal Quemada (SCQ) lograban sobrevivir bajo largos tratamientos médicos, permaneciendo entre 6 a 12 meses hospitalizados. A partir de la década de 1970 hubo más conocimientos acerca de la fisiopatología de la lesión, personal médico más capacitado, llegaron nuevos avances en tecnología y técnicas quirúrgicas como la escisión temprana e injerto, implementación de fórmulas de reanimación, avances médicos en el control de infecciones y espacios donde se brinde atención oportuna, lo cual ha logrado un considerable descenso en la tasa de mortalidad debido a quemaduras, aumentando la probabilidad de sobrevivir aun teniendo una quemadura mayor al 70% SCQ (Johnson, 1983), sin embargo el número de casos reportados anualmente por quemaduras sigue siendo constante.

Teniendo en cuenta el gran avance médico surgido en la década de los 70s hasta la fecha, es bastante razonable pensar que existe relación directa entre este avance con el número de casos de quemaduras reportados anualmente, no obstante, en la revisión de la base de datos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud de México, se dejó ver que no se lleva un registro del número de casos de quemaduras previo al año 2000, de tal modo que no se logró profundizar en dicho aspecto, pese a ello, se logró explorar del año 2000 a 2015, resultados ilustrados en la siguiente tabla que muestra la permanecía de los casos de personas con quemaduras, cifras que se mantienen en un promedio de 127,240 personas.

Cuadro 3.

Año	Casos de quemaduras
2000	150,777
2001	152,812
2002	153,115
2003	114,840
2004	120,573
2005	108,906
2006	113,861
2007	109,479
2008	117,435
2009	124,228
2010	123,291
2011	129,779
2012	130,793
2013	127,076
2014	133,661
2015	125,221

*Elaboración propia, diciembre 2016*

Del año 2000 a 2015 el promedio de casos reportados anualmente en el país es de 127,240. De los casos de quemaduras registradas, Francisco Emilio Ferreira cirujano plástico y reconstructivo de CENIAQ señala que las principales causas son por fuego directo, seguidas por escaldaduras, quemaduras eléctricas y en menor número quemaduras químicas (Tratamiento y atención del paciente quemado, 2016), dato que se corrobora en esta investigación en relación a los ingresos registrados en las bases de datos del CENIAQ en los años del 2011 al 2016.

Para proseguir, se muestran las cifras más recientes que proporciona la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), este organismo reporta que las quemaduras provocan alrededor de 265,000 muertes al año a nivel mundial; por el contrario, desde otro punto de vista, la Fundación Michou y Mau (2011) , afirma que no hay cifras concretas del número de personas a nivel nacional que mueren a causa de quemaduras, se explica que esto se debe a que cuando un paciente con quemaduras muere, se registra el motivo de la defunción siendo por paro cardiaco, paro respiratorio o fallas generalizada del organismo (fallas multiorgánicas, choque séptico) y no por quemaduras como tal. Por lo tanto, se está de acuerdo que estadísticamente las cifras que se reportan pueden no representar el número de personas que mueren debido a una quemadura, pudiendo ser este número más elevado.

En referencia a lo anterior, algo semejante ocurre con el número de casos reportados de quemaduras, ya que esta cifra podría ser aún mayor por la cantidad de personas que no acuden a una unidad o centro de atención a quemaduras. Los casos aparecen dentro de la estadística siempre y cuando hayan recibido atención médica en sector salud sea éste público o privado. Aclarado este punto proseguimos en mostrar las cifras obtenidas del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaria de Salud de México, en donde se reportó a nivel nacional que durante el año del 2014 hubo 133,661 personas que sufrieron quemaduras y en el año 2015 hubo 125,221 personas, 59, 273 mujeres y 65, 984 hombres. Los casos fueron notificados por las siguientes instituciones: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) atendió a 82,578; la Secretaria de Salud a 24,747; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) a 3,562; PEMEX a 1,610 y otras instituciones atendieron a 12,724 personas.

Respecto a entidad federativa, los 3 principales estados que presentan mayor índice de personas con quemaduras son: la Ciudad de México con (13, 088 casos), Estado de México (10, 545 casos) y Jalisco con (11, 815 casos).

En la Ciudad de México, donde se centra la investigación, se reportaron 6,471 casos en mujeres y 6, 617 casos en hombres. Estos datos aportados por las instituciones del sector salud que se encuentran registrados en el Sistema Nacional de Epidemiología, en los que se observa que no hay una diferencia significativa entre hombres y mujeres, en contraste con las cifras que presenta la población atendida en el CENIAQ, las cuales revelan una diferencia; indicando mayor presencia de quemaduras en los hombres.

En cuanto a quemaduras por grupo de edad, la población más afectada con base a las estadísticas nacionales, es la población que va de los 20 a 44 años de edad con 46.3%, el segundo grupo más vulnerable son los pacientes pediátricos desde el paciente recién nacido hasta los 12 o 13 años, el siguiente grupo más afectado son los adolescentes y finalmente los adultos mayores. A continuación se muestran las cifras en orden decreciente de los nuevos casos más frecuentes reportados por el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (2015):

Cuadro 4.

Edad	No. de casos	%
25 a 44 años	<b>43,891</b>	<b>35.05%</b>
20 a 24 años	14,426	11.52%
50 a 59 años	12,209	9.75%
1 a 4 años	11,855	9.47%
45 a 49 años	8,949	7.15%
15 a 19 años	7,889	6.30%
65 y más años	7,385	5.90%
5 a 9 años	6,692	5.34%
10 a 14 años	6,323	5.05%
60 a 64 años	3,960	3.16%
menores de 1 año	1,602	1.28%
S/D	40	0.03%
Total	125,221	100.00%

En vista de lo anterior, se puede distinguir la prevalencia de quemaduras en edades de los 25 a 44 años y en infantes, cabe mencionar que en las edades de recién nacidos a los 14 años se ha logrado tener mayor número de estudios de investigación en materia de tratamiento y prevención respecto a las personas de otras edades, considerando que esto se debe a la vulnerabilidad que presentan. A opinión de Lucila Garfias Gutiérrez integrante de la Comisión de Derechos de la Niñez, las quemaduras son la segunda causa general de muerte en niñas y niños menores de 14 años, y representan 12% de todos los fallecimientos, además, son el primer lugar en lesiones ocurridas en el hogar, seguidos de los ahogamientos y envenenamientos; en cambio la población en edad productiva en donde probablemente se asocien las quemaduras a accidentes laborales, no tiene estudios referentes de las causas que las originan, así como sus secuelas y los cambios que se ocasionan en su persona y familia, misma situación que orienta esta investigación.

El siguiente aspecto a tratar está ligado al gran impacto económico que sufren las familias tras haber sufrido una lesión de quemadura, como se menciona en párrafos anteriores, el tratamiento médico es muy prolongado, delicado, especializado y con una recuperación muy paulatina; por lo que el costo suele ser muy elevado (incluyendo los costos de la biotecnología consumible, estudios paraclínicos, medicamentos, nutrición, etcétera). Se ha estimado que los costos por paciente varían de 30,000 a 499,999 pesos en casos de severidad leve sin disfunción orgánica, de 500 mil a 5 millones de pesos en casos de severidad moderada (con o sin disfunción orgánica) y de 5 a 40 millones en casos severos (con o sin falla orgánica múltiple). Es necesario recalcar que el gobierno paga la mayor parte de la atención médica en instituciones de salud pública ya que dichos montos no pueden ser solventados en forma exclusiva por los pacientes y sus familias (ISSSTE, 2014), para ello, se realiza una clasificación socioeconómica, donde se asigna un nivel que indica la posición social y económica en que se encuentra la familia del paciente, éste determina el porcentaje de subsidio para la cuota de recuperación por concepto prestación de servicios médicos, diferenciado para cada Nivel Socioeconómico, reflejado en el tabulador de costos autorizado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (Diario Oficial de la Federación, 2013).

Haciendo referencia a Lucila Garfias Gutiérrez en su planteamiento de reformas de Ley para crear y equipar centros y hospitales dentro del Boletín N°. 4825 de la Cámara de Diputados, menciona que el costo aproximado para la atención del paciente con quemaduras con más del 50% de superficie corporal quemada de su cuerpo y con un tiempo de estancia en estos hospitales que varía de 10 días hasta meses, es entre 500 mil y un millón de dólares, es decir, 15 mil dólares diarios. En cuanto a su tratamiento de infantes, muchos de los casos, las y los niños requieren ser llevados hacia hospitales fuera del país, principalmente a Estados Unidos, lo que genera un estimado de 80 a 100 traslados de menores anualmente y representa una erogación por operativo de 10 mil a 12 mil dólares. Señala que los menores son atendidos sin costo alguno, debido a los acuerdos que diversas organizaciones sociales tienen con los hospitales de ese país, lo que es un importante apoyo a la economía de la familia de los infantes.

Al inicio de este título se mencionó los avances médicos-tecnológicos que han logrado disminuir de manera significativa la mortalidad debido a quemaduras, todo esto parece confirmar la gran importancia que se le ha ido dando a estas lesiones. Actualmente continúan las investigaciones para ampliar el conocimiento en cuanto a tratamiento médico, así como la apertura a más unidades que atienden a personas con esta situación.

Con respecto a lo anterior, dentro del sector público se han ido habilitado hospitales para que cuenten con un área especializada en atención a personas con quemaduras, siendo un total de 17 unidades equipadas para la atención a quemados (INR, 2012), en contraste con Estados Unidos que cuenta con 155 centros de atención y Europa con 144 centros para personas con quemaduras (Simposio: Quemaduras, un reto de salud, 2012). A continuación se muestran las unidades de atención a personas con lesiones por quemaduras existentes en México (INR, 2012).

Unidades ubicadas en México:

Cuadro 5

Ubicación por estado	Unidades de atención a personas con quemaduras en México
Toluca, Estado de México	H.G. Dr. Nicolás San Juan
Morelia, Michoacán	H. E. Eva Sámano de López Mateos
Guadalajara, Jalisco	Unidad de Guadalajara
Hermosillo, Sonora	Hospital de especialidades (HIES)
Villahermosa, Tabasco	Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Rodolfo Nieto Padrón
Tlaxcala, Tlaxcala	H. G. Tlaxcala de Xicohténcatl
Chihuahua, Chihuahua	H. G. de Chihuahua SSCHIH
Ciudad Victoria, Tamaulipas	Unidad Tamaulipas
Monterrey, Nuevo León	Hospital universitario de Monterrey
Xalapa	H. G. de Xalapa Dr. Luis F. Nachón
Puerto de Veracruz, Veracruz	H. G. de Veracruz y Hospital Regional de Veracruz, SSVER
Ciudad de México	Hospital General Rubén Leñero Hospital General Balbuena Hospital Pediátrico Xochimilco Hospital Pediátrico Tacubaya Hospital Infantil de México Federico Gómez  Centro Nacional de Investigación y Atención a Quemados (CENIAQ) ubicado dentro de las instalaciones del INR

Actualmente los hospitales privados del país aún no cuentan con unidades especializadas para quemaduras, atienden a las personas afectadas, pero no cuentan con un centro o área especial para su atención, tal como lo menciona Lourdes Rodríguez, ex directora de CENIAQ, “no es posible ya que sería incosteable esos gastos” (Atención a quemados: omisión y negligencia, 2011).

En el siguiente apartado se menciona brevemente los antecedentes del CENIAQ ya que los sujetos de estudio fueron atendidos en esta institución.

## **2.4 El Centro Nacional de Investigación y Atención a Quemados (CENIAQ)**

Debido a que las quemaduras poseen un alto índice de mortalidad, además de graves secuelas que se generan de la cicatrización, las cuales puede producir un desfiguramiento facial y corporal acompañado en muchos casos con contracturas que limitan la funcionalidad de la persona, pudiendo llegar a causar severa discapacidad física, psicológica, social y laboral; ocasionando un gran gasto económico debido a que el tratamiento médico es elevado y prolongado, origina un desgaste físico, emocional y económico a la familias que lo experimenta. Es por ello que el Instituto Nacional de Rehabilitación se vio en la necesidad de ampliar sus acciones, no sólo a la atención neuromúsculoesquelética, visual y auditiva, sino también a quemaduras (INR, 2013), es así como surge el Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados (CENIAQ), colocándose como el único Centro especializado en la atención a lesiones por quemaduras a nivel Nacional y Latinoamérica.

El 14 de enero de 2011 bajo el gobierno de Felipe Calderón Hinojosa se inauguró el Centro Nacional de Investigación y Atención a Quemados (CENIAQ), a partir de entonces el CENIAQ brinda atención de alta especialidad médica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación así como la investigación científica en este campo para tener un mejor conocimiento, con personal capaz y especializados para la atención de pacientes y la divulgación de información sobre prevención, tratamiento y rehabilitación de pacientes con quemaduras mayores (INR, 2013).

La función del CENIAQ es atender e Investigar acerca de todos los padecimientos del paciente quemado por cualquier tipo de causa, así como sus secuelas y rehabilitación para lograr su reintegración social y laboral.

Si bien, el CENIAQ brinda atención médica de alta especialidad, logra estabilizar la salud del paciente, brinda tratamiento oportuno y preciso, así como rehabilitación física; es valioso llevar un seguimiento social a los pacientes una vez que se dan de alta del Centro, ya que hasta el momento de esta investigación no se cuenta con un seguimiento de los casos, lo cual es necesario y de gran importancia para conocer cómo se encuentra el paciente y su familia durante su proceso de tratamiento y recuperación en casa.

## 2.4.1 Funciones de Trabajo Social dentro de CENIAQ

Entre las funciones a desempeñar se encuentran:

- Seguimiento de caso
- Educación social
- Gestión social
- Actividades administrativas
- Contención en crisis
- Mediación familiar
- Acompañamiento tanatológico

### 2.4.1.1 Actividades que desempeña Trabajo Social

Actividades que desempeña
<p>Ingreso hospitalario del paciente</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Orienta al familiar que acompaña al paciente en su internamiento sobre las normas hospitalarias así como los lineamientos y uso adecuado del pase de visita F01-PR-DIH-02 y de requerirlo también del pase de permanencia F03-MOP-DM-01.</li><li><input type="checkbox"/> Orienta en cuanto a la función del cuidador primario y la importancia de contar con apoyo familiar para el cuidado del paciente.</li></ul>
<p>Recibe al paciente y/o familiar para entrevista y aplicación de estudio socioeconómico F01-PR-DM-15, instrumentos que sirven para obtener información referente a la situación familiar y económica de los pacientes, a fin de establecer el nivel que determina la cuota de recuperación que cubrirán los pacientes por la prestación de servicios médicos.</p>
<p>Seguimiento de caso de los pacientes durante el tiempo que permanezcan hospitalizados por medio de:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Visitas hospitalarias a los pacientes y/o familiares para identificar la dinámica y organización familiar a lo largo de su estancia hospitalaria o detectar alteraciones importantes en la dinámica familiar, situación económica, laboral, escolar, etc. que afecten al tratamiento del paciente, así como para conocer la evolución médica y los procedimientos/tratamientos médicos que le han realizado o realizarán</li><li><input type="checkbox"/> Investiga en forma específica sobre las problemáticas identificadas</li><li><input type="checkbox"/> Genera alternativas de solución y redes de apoyo</li><li><input type="checkbox"/> Establece diagnóstico, tratamiento y plan social</li><li><input type="checkbox"/> Enlace de turnos de trabajo social</li></ul>

<p>Consulta y elabora en expediente clínico electrónico del paciente las notas de evolución: diariamente para tener registro y conocimiento de los acontecimientos surgidos en el turno anterior, ver si existe algún pendiente por resolver en el siguiente turno.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Revisar en el SAIH que los médicos tratantes de cada paciente hayan realizado la notificación medica al MP (todos los casos son médicos legales por lo que todos deben ser notificados).</li> </ul>
<p>Intervención en crisis con familiares de pacientes hospitalizados, que estén atravesando emociones diversas como angustia, tristeza desesperación, culpa, cansancio, etc. por el estado crítico del paciente, a través de.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Escucha activa</li> <li><input type="checkbox"/> Contención emocional para lograr estabilizar al familiar</li> <li><input type="checkbox"/> Palabras que le ayuden a desarrollar capacidades para afrontar de la mejor forma posible la situación</li> </ul>
<p>Participa en sesiones multidisciplinarias como parte del tratamiento integral del paciente.</p>
<p>Visita domiciliaria (Mientras el paciente está hospitalizado)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Identifica a través de la entrevista al usuario y/o familia la situación/problema que amerita la visita al domicilio, lugar de trabajo, institución educativa, u otra institución a fin de conocer el entorno social mediante la obtención y/o corroboración de información que incide en el proceso salud-enfermedad</li> <li><input type="checkbox"/> Confirma con base en su criterio profesional y en los datos proporcionados por el paciente y/o familiar así como en los documentos soporte (comprobantes) que el paciente es candidato a exención de cuota de recuperación por la prestación de servicios médicos.</li> </ul>
<p>Organiza e implementa sesiones de educación para la salud a familiares de paciente recién hospitalizado, esto para brindarle información acerca de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Funciones y requisitos de admisión del CENIAQ.</li> <li><input type="checkbox"/> Clasificación de las quemaduras (por profundidad y por agente causal).</li> <li><input type="checkbox"/> Personal multidisciplinario que participa en el tratamiento.</li> <li><input type="checkbox"/> Probables consecuencias de no seguir con tratamiento y rehabilitación.</li> <li><input type="checkbox"/> Medidas de higiene en piso de pacientes agudos y subagudos.</li> <li><input type="checkbox"/> Normas hospitalarias.</li> </ul> <p>Resolución de dudas que tengan los familiares.</p>

Actividades administrativas
<input type="checkbox"/> Realizar el archivo clínico con los documentos probatorios entregados por familiares o pacientes.
<input type="checkbox"/> Realizar y proporcionar formatos de pases de permanencia de 24 horas, para que el familiar pueda tener estancia hospitalaria.
<input type="checkbox"/> Valorar, gestionar y proporcionar solicitudes de damas voluntarias, en apoyo y disminución del impacto económico de la población más vulnerable.
<input type="checkbox"/> Imprimir notificaciones para MP elaboradas por médico tratante de cada paciente, entregarlas a familiar y orientar respecto al trámite.
<input type="checkbox"/> Enlace institucional para fines de interconsultas o referencias hospitalarias.

Elaboración propia, con datos obtenidos del manual de operaciones de Trabajo Social (INR, 2016), complementado con actividades realizadas con base a lo realizado durante el periodo de prestación de servicio social (abril-octubre 2016).

## 2.4.2 Infraestructura del CENIAQ

Cuadro 6

10° Nivel	Helipuerto.
9° Nivel	Laboratorio de Biotecnología.
8° Nivel	Área de crecimiento
7° Nivel	Laboratorio de Infectología y banco de piel.
6° Nivel	Laboratorio de Medicina Genómica y tejido conjuntivo.
5° Nivel	Hospitalización de Agudos (Terapia Intensiva)
4° Nivel	Quirófanos y C.E.Y.E.
3° Nivel	Hospitalización de Sub Agudos.
2° Nivel	Enseñanza y rehabilitación.
1er Nivel	Consulta Externa.
Planta Baja	Área de Choque, Urgencias, Admisión hospitalaria.
Semi sótano	Estacionamiento y comedor.
Sótano 1	Estacionamiento.
Sótano 2	Estacionamiento.

## 2.4.3 Requisitos de admisión al CENIAQ

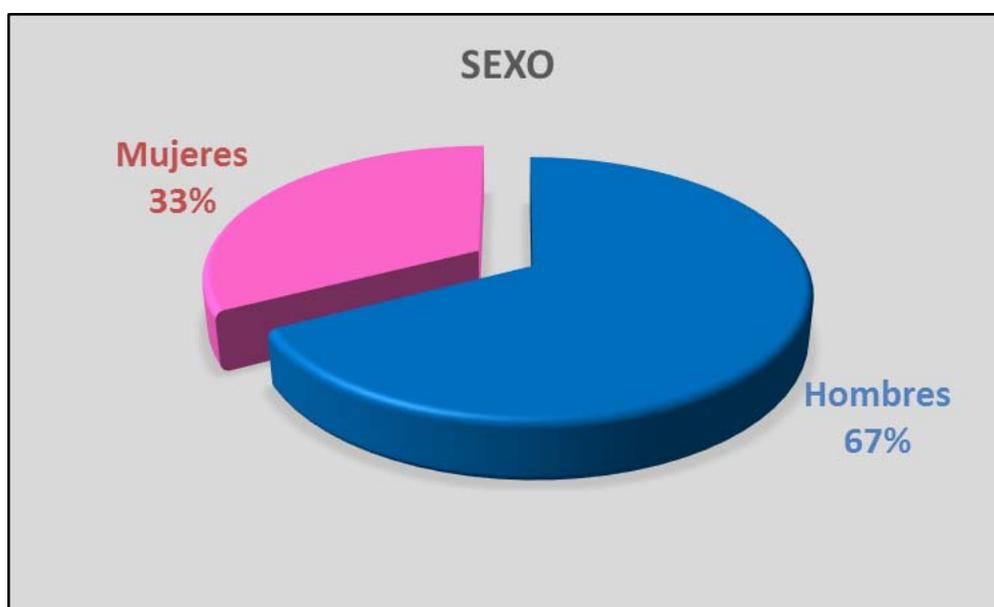
- Personas de cualquier edad
- Personas de cualquier lugar de origen
- Tener una superficie corporal quemada mayor al 20%

Previa coordinación de traslado por medio del médico tratante del usuario con subdirector de CENIAQ o médico responsable de la guardia.

#### 2.4.4 Estadística de personas ingresadas a hospitalización por quemaduras 2011-2016

En las siguientes gráficas se presentan datos complementarios, con la finalidad de generar un panorama amplio en cuanto a las personas que fueron hospitalizadas en el Centro Nacional de Investigación y Atención a Quemados que abrió sus puertas en enero de 2011, a partir de esa fecha hasta diciembre de 2016 se ingresaron a hospitalización a 1,116 personas, de todas las edades (de 1 año a 90 años), prevalencia de población masculina, el agente causal de la quemadura con mayor frecuencia fue el fuego, provenientes en mayor cantidad de la Ciudad de México, seguidos por los que provienen del Estado de México y el nivel socioeconómico otorgado por la institución que predominó fue el nivel 1.

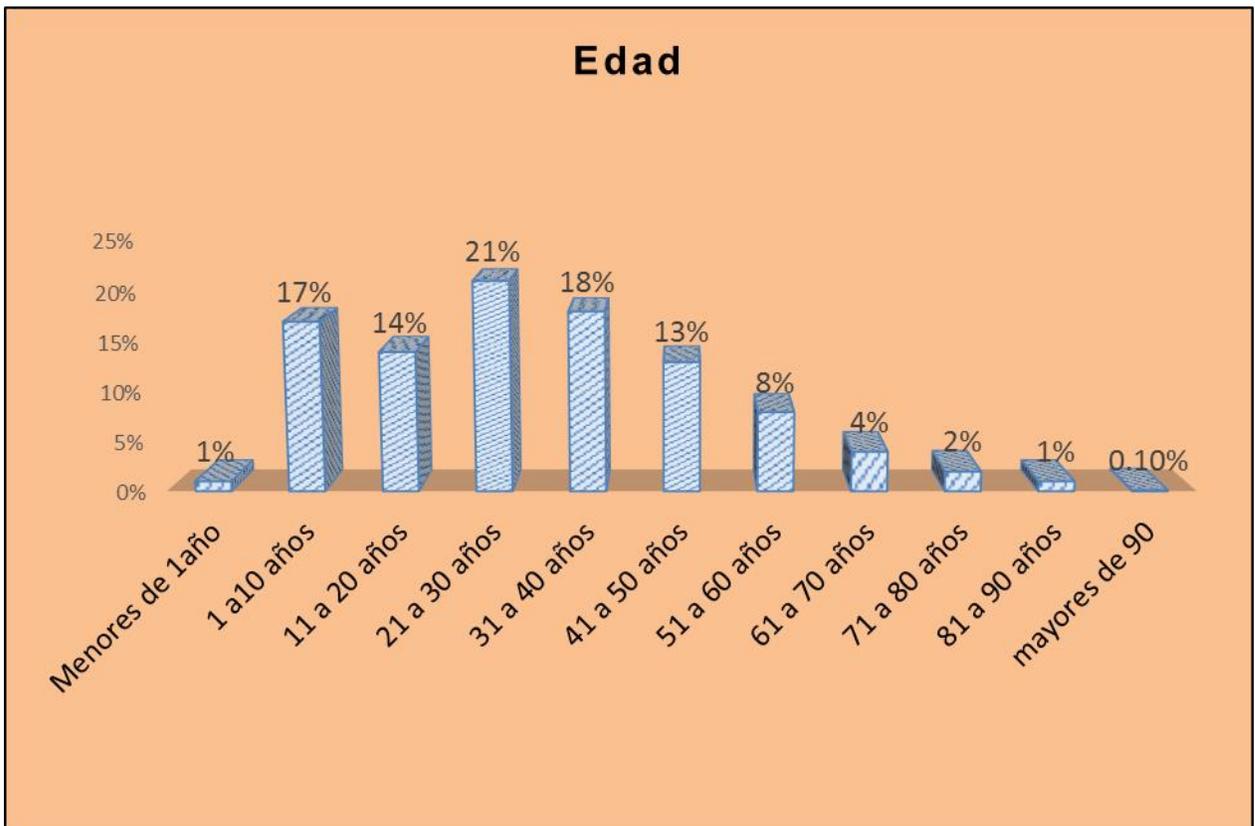
Gráfica 1



*Fuente: Elaboración propia con información proporcionada por el área de Trabajo Social del Centro Nacional de Investigación y Atención Quemados, 2017.*

De una población de 1,116 pacientes que ingresaron a CENIAQ a partir de su inauguración en enero del 2011 al año 2016, se observó que el 67% fueron hombres y el 33% mujeres.

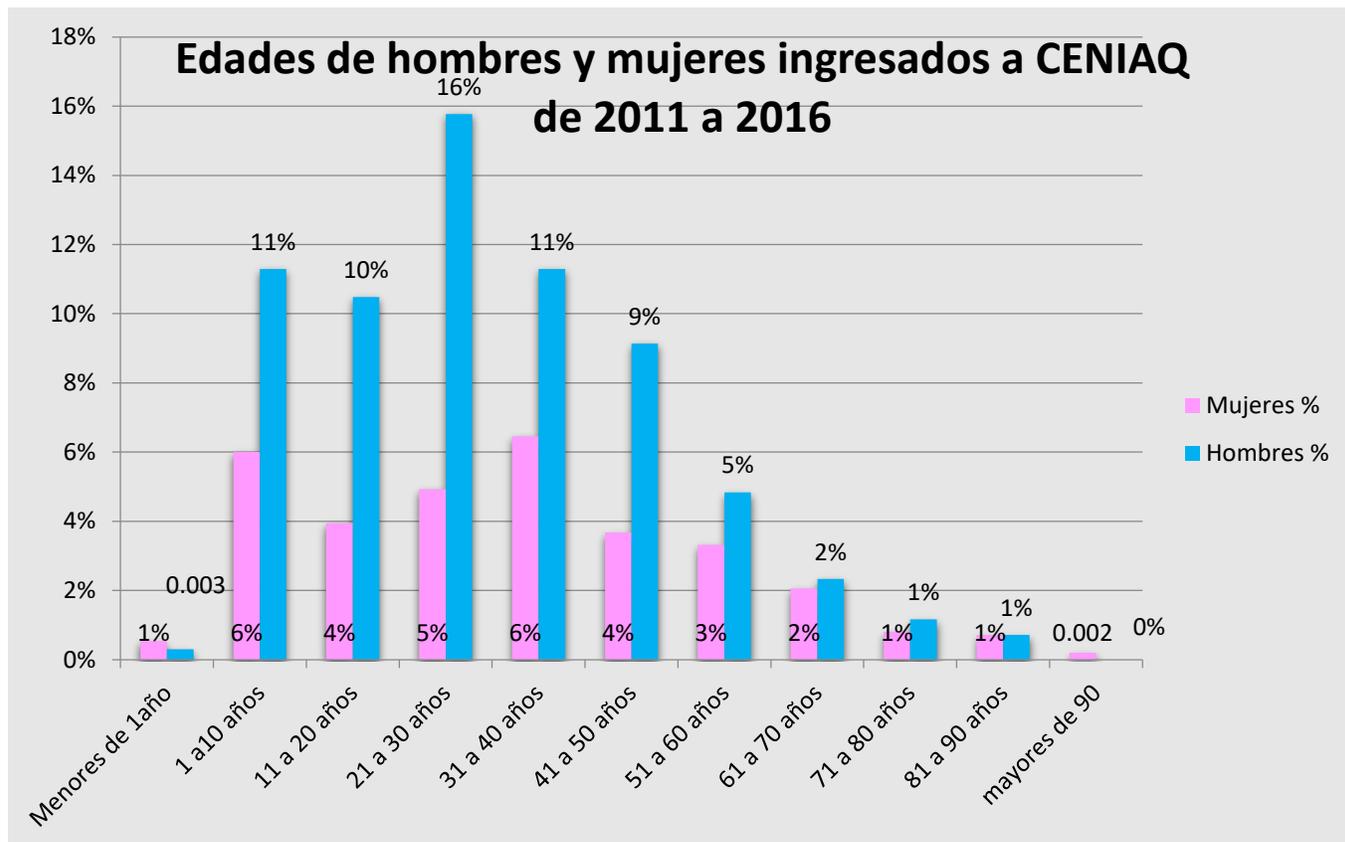
Gráfica 2



Fuente: *Elaboración propia, con información proporcionada por el área de Trabajo Social del Centro Nacional de Investigación y Atención Quemados, 2017.*

Desde el año 2011 que el CENIAQ se inauguró, hasta el año 2016, se registraron 1,116 ingresos a hospitalización (contando hombres y mujeres), detectándose que el rango de edad que prevalece en los ingresos por quemaduras es el que va de los 21 a los 50 años con un 52% de los casos. La población pediátrica menores de un año y adultos mayores de 60 tienen un bajo porcentaje, con un 1% y 7.1% respectivamente.

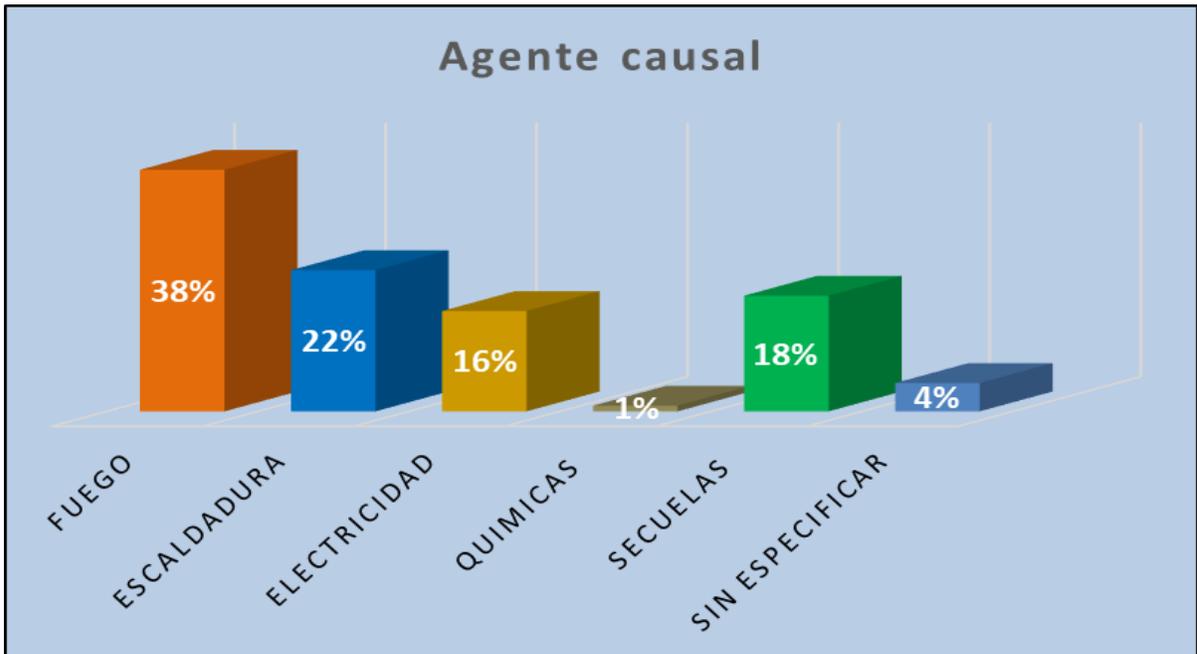
Gráfica 3



Fuente: Elaboración propia con información proporcionada por el área de Trabajo Social del Centro Nacional de Investigación y Atención Quemados, 2017.

Como se puede observar en el gráfico, en las mujeres las edades que tienen mayor frecuencia son las que se localizan de 0 a 10 años con un 19% y de 21 a 50 años con un 15% , en caso contrario en los hombres los casos de quemaduras son mas frecuentes en edades productivas de los 21 a 50 años con un 36%, lo cual podría estar asociado a las actividades laborales como los oficios de alto riesgo en las que se desempeñan.

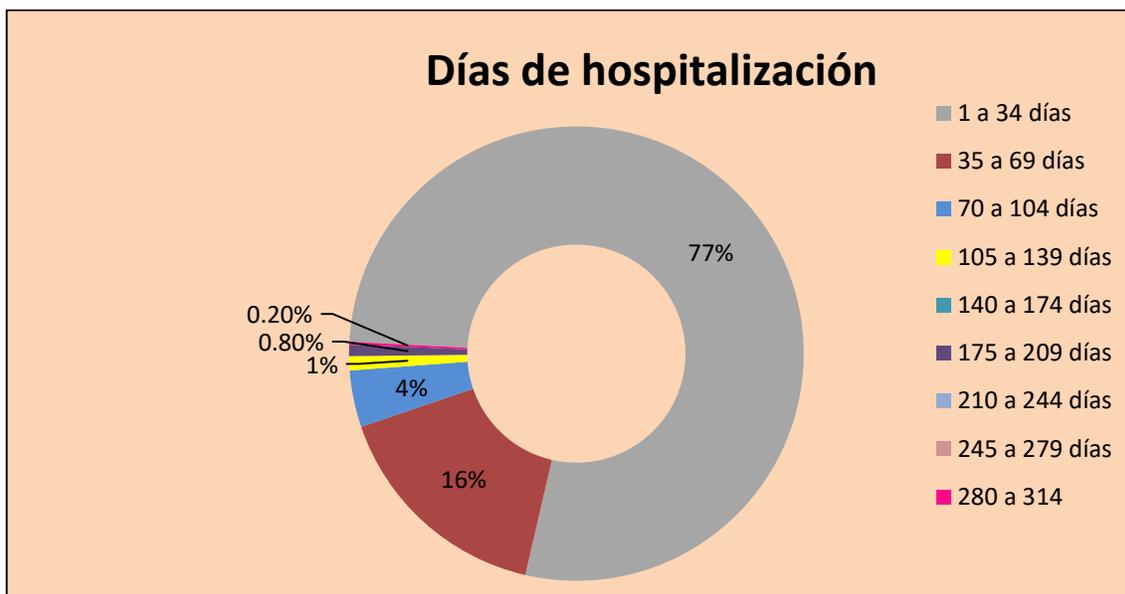
Gráfica 4



*Fuente: Elaboración propia con información proporcionada por el área de Trabajo Social del Centro Nacional de Investigación y Atención Quemados, 2017.*

Como se puede observar en el gráfico, del año en que se inauguró el CENIAQ al 2016, el 38% sufrió lesiones de quemadura causadas por fuego, el 22% fueron lesiones de quemadura por escaldadura, el 16% lesiones de quemadura por electricidad y el 1% lesiones por quemaduras por algún agente químico.

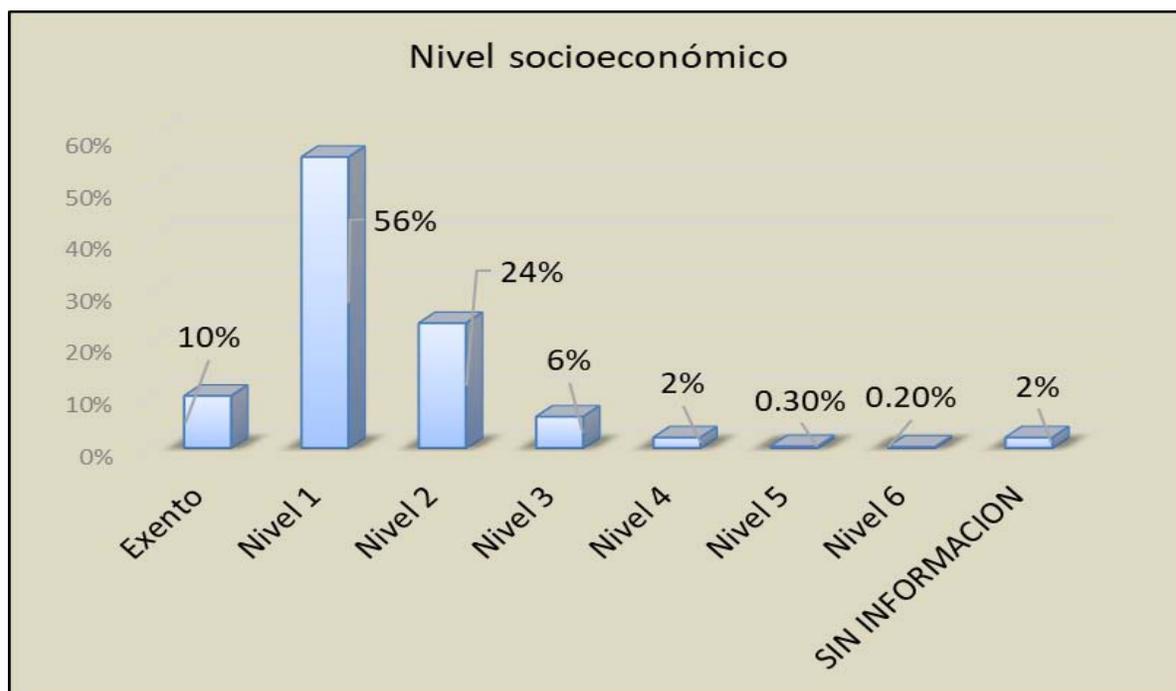
Gráfica 5



Fuente. Elaboración propia con datos proporcionados de carpetas de egresos 2015 y 2016 por el área de Admisión Hospitalaria del Centro Nacional de Investigación y Atención Quemados.2016.

En el gráfico resalta con un 77% de los pacientes que permanecieron en hospitalización durante un periodo de 1 a 34 días, seguidos de un 16% que continuaron de 35 a 69 días, en 4% de 70 a 104 días, de 105 a 314 fueron casos aislados con el 2%, sin embargo uno de ellos con edad<sup>2</sup> de 47 años y quemaduras por fuego persistió y llegó a los **303** días en hospitalización.

Gráfica 6



Fuente: Elaboración propia con información proporcionada por el área de Trabajo Social del Centro Nacional de Investigación y Atención Quemados, 2017.

El gráfico anterior muestra que al 56% de la población ingresada a CENIAQ en los años del 2011 a 2016, le fue asignado el nivel socioeconómico 1. El 24% se le asignó el nivel 2. Los niveles que van del nivel 3 al 6 se consideran para personas con ingresos altos; éstos con porcentaje de un 10.5%, lo que demuestra que la población de ingresos bajos son los que más recurren a este Centro. Cabe señalar que el 10% quedó exento de pagar esta cuota debido a las características socioeconómicas de esta población que en la mayoría de los casos son personas en situación de calle o se encuentran en un alto riesgo de vulnerabilidad.

Cuadro 1

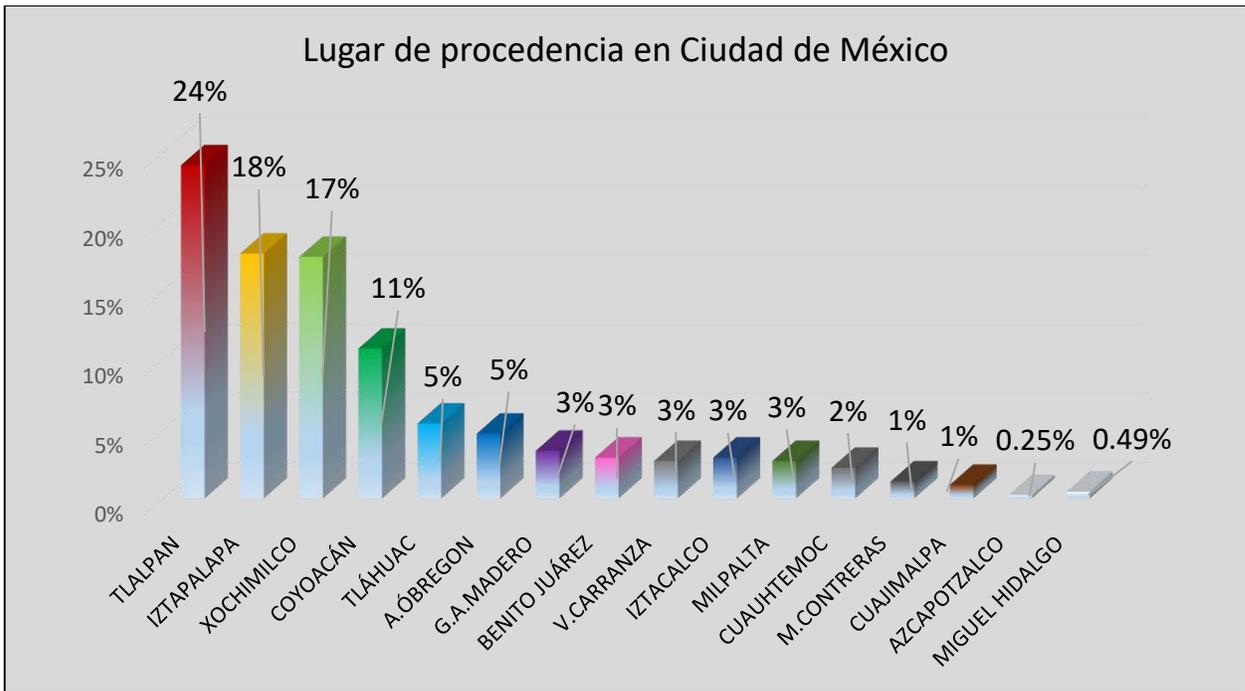
Lugar de procedencia	No. de casos	%
Ciudad de México	407	36%
Estado de México	333	30%
Guerrero	77	7%
Tlaxcala	45	4%
Hidalgo	38	3%
Morelos	37	3%
Puebla	24	2%
Oaxaca	21	2%
Veracruz	15	1%
Chiapas	15	1%
Michoacán	16	1%
Guanajuato	13	1%
Jalisco	10	1%
Campeche	9	1%
Querétaro	9	1%
Coahuila	7	1%
<sup>1</sup> Estados con menos de 5 casos	20	2%
Extranjero	5	.4%
Sin información	15	1%
total	1116	100%

*Fuente: Elaboración propia con información proporcionada por el área de Trabajo Social del Centro Nacional de Investigación y Atención Quemado, 2017.*

1/ Baja California, Zacatecas, Quintana Roo, Aguascalientes, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Chihuahua, Nuevo León, Colima.

Como se observa en el gráfico anterior, el mayor número de casos atendidos en el CENIAQ de 2011 a 2016, fueron personas provenientes de la Ciudad de México con un 36% y el estado de México con un 33%, en porcentajes menores personas provenientes de los estados de Guerrero 7%, Tlaxcala 4%, Hidalgo 3%, Morelos 3 %, Puebla 2% y Oaxaca 2%. Se logra distinguir la que los estados que guardan mayor lejanía a la Ciudad de México lugar donde se ubica el CENIAQ, tienen menor número de casos registrados.

Gráfica 7



Fuente: Elaboración propia con información proporcionada por el área de Trabajo Social del Centro Nacional de Investigación y Atención Quemados, 2017.

Siendo la Ciudad de México el lugar de donde proviene el mayor número de pacientes ingresados a CENIAQ con un 36% (407 casos), es conveniente señalar de que delegaciones provienen los pacientes. Un 24% proviene de la Delegación Tlalpan, el 18% de Iztapalapa y el 17% de Xochimilco. Lo que guarda relación con la ubicación del CENIAQ ya que dicho centro se ubica en la delegación Tlalpan.

Resumiendo este capítulo y retomando la opinión de la fundación Michou y Mau "hay carencia de servicios médicos especializados, falta de instalaciones específicas y recursos para su atención avanzada, lo que obliga a los pacientes con quemaduras a realizar un peregrinar de hospital en hospital, incluso de estado en estado. Los pacientes padecen la ausencia de programas para dar continuidad a la rehabilitación, lo que perpetúa sus discapacidades motrices, deformidades estéticas y las secuelas psicológicas" (Vallejo Mora, 2005). Se admite el gran avance tecnológico y médico; no obstante, los casos de quemaduras reportados se siguen manteniendo similares al pasar de los años, pero eso no significa que no ha sido de utilidad la implementación de unidades y centros de atención especializada para quemaduras, más bien, todo esto parece confirmar la imperiosa necesidad de aumentar medidas para el fomento de una cultura de prevención de accidentes en la población.

Hasta este punto se ha logrado definir y comprender lo que implica una quemadura, así también las secuelas que estas dejan en las personas que las sufren, se ha mencionado en cierta medida lo que implica el tratamiento, sus complicaciones y costos, se ha brindado un marco contextual en el cual se ha presentado una serie de datos estadísticos para ubicar a las quemaduras en su contexto Nacional y a un nivel particular, la ciudad de México en donde se encuentra ubicado el CENIAQ. Ahora bien, se da a paso al siguiente capítulo que hace referencia al punto central de esta investigación, la parte social, en el cual se abordara el marco referencial y conceptual base para a la comprensión de los cambios en la dinámica familiar.

### **Capítulo 3. Marco referencial y conceptual para la comprensión de la dinámica Familiar de pacientes con quemaduras**

El propósito principal de este capítulo es presentar definiciones teóricas que nos ayuden a comprender los cambios en la dinámica familiar de pacientes con quemaduras, por esta razón se abordaran los siguientes temas: funciones de la familia en la sociedad, definición de familia, tipos de familia que pueden existir en México, el ciclo vital de la familia y el modelo de funcionamiento familiar de Mc Master. Todo lo mencionado está relacionado directamente a la dinámica familiar, por ejemplo, una familia en etapa del desprendimiento tiene diferentes necesidades a una familia que se encuentra en la vejez, ya que cada tipo de familia se encuentra en un ciclo vital diferente; por lo tanto los cambios en la dinámica familiar no serán los mismos entre familias.

Para comenzar mencionaremos la importancia que tiene la familia para la sociedad; teniendo en cuenta que los cambios que se generan en la dinámica familiar de pacientes con quemaduras pueden ser negativos pero sin descartar que puede también traer cambios positivos, los cuales modificarán de una u otra forma la dinámica de las familias y en consecuencia al entorno social. A manera de sustento de lo mencionado retomaremos la opinión de Van Gigch (2006) quien menciona que “un sistema es la unión de partes y componentes conectados en una forma organizada y las partes pueden afectarse por estar en un sistema y cambian si lo dejan.” (pág. 17). En cuanto a la Teoría General de Sistemas creada por Ludwig Von Bertalanffy (citado por Van Gigch, 2006) define al sistema como "totalidad, que funciona por la interdependencia de sus partes entre sí y con otros sistemas que lo rodean".

Ahora bien se afirma que la familia es un sistema, donde sus miembros que la conforman interactúan recíprocamente y cualquier alteración en la estructura o rol de alguno de sus integrantes, influirá en cada uno de los demás miembros, de manera que si se ve afectado alguno de los miembros se verá afectado directa o indirectamente todo el sistema familiar, el cual se encuentra relacionado con otras familias y a su vez todas en conjunto formaran parte de un sistema más amplio, como es el caso de esta investigación.

### 3.1 Familia

Ahora bien, al tener como término esencial de la investigación a la familia, es indispensable tener un concepto que se adapte a las familias actuales.

En la revisión de diversos autores y teóricos de la familia se encontró una gran variedad de definiciones, muchos de los autores coincidían en que era difícil dar una definición universal, debido a la gran variedad de familias que existen en el mundo y al pasar del tiempo, en donde las familias han ido cambiando y adaptándose a las nuevas necesidades. Por lo que se llegó a la conclusión de que la definición de familia dependerá del contexto en que sea definida así como de las diferentes perspectivas ideológicas.

A manera de puntualizar lo mencionado citaremos a los siguientes autores que conceptualizan a la familia de la siguiente forma:

Iniciaremos con Claude Lévi-Strauss (1949) quien atribuía a la familia tres características generales: (1) tiene origen en el matrimonio, (2) está formado por el marido, la esposa y los hijos nacidos del matrimonio y (3) sus miembros están unidos por obligaciones de tipo económico, religioso u otros; por una red de derechos, prohibiciones sexuales, vínculos psicológicos y emocionales como el amor, el afecto, el respeto y el temor (citado por Musito, Estévez, & Jiménez, 2010).

“La familia puede ser definida como una reunión de individuos unidos por vínculos de sangre, que viven bajo el mismo techo o un mismo conjunto de habitaciones, con un conjunto de servicios” (Castellan, 1982, pág. 7).

Anthony Giddens (1991) considera la familia como un grupo de personas directamente ligadas por nexos de parentesco, cuyos miembros adultos asumen la responsabilidad del cuidado y educación de los hijos (citado por Musito, Estévez & Jiménez, 2010).

La CNDH la define como “célula de la sociedad que provee a sus miembros los elementos indispensables para su desarrollo, tanto físico como psíquico, sus integrantes se encuentran unidos por lazos de parentesco, matrimonio, concubinato” (Martínez & Alvarado, 1998, pág. 3).

De la revisión y análisis de la literatura se realizó una construcción de un concepto de familia que incluya a los nuevos tipos de familias que han surgido en la actualidad como lo son hogares con personas del mismo sexo y hogares en los que las personas no están unidas por el contrato matrimonial, por lo tanto, llamaremos familia al grupo de personas que están relacionados por vínculos de convivencia, con o sin lazos de consanguinidad, que comparten un mismo techo. En este núcleo familiar se proveerá a

sus miembros los elementos más indispensables para su desarrollo como: dormir, alimentarse, vestido, salud, amor, cariño, valores, seguridad, protección, entre otras, que le permitirán al individuo insertarse en la sociedad.

En razón al concepto anterior, la población sujeta a esta investigación se conforma por familias unidas en matrimonio y concubinato.

### 3.1.1 Tipos de familia en México

Existen diferentes tipos de familias en México y están clasificadas de acuerdo al número de integrantes y las características de las personas que las conforman, la distinción más conocida es la familia extensa, nuclear y conyugal. (Espejel, 2008) Hace la siguiente clasificación:

- *Familia primaria nuclear*: Está integrada por madre, padre e hijos de ambos, sin que los hijos estén unidos a otras personas.
- *Familia primaria semiextensa*: Viven uno o varios miembros de la familia de origen con alguno de los cónyuges.
- *Familia primaria extensa*: Familia nuclear que va a vivir con la familia de origen de uno de los cónyuges o que nunca salió del seno familiar y permaneció después de realizar su unión conyugal.
- *Familia reestructurada*: Es una familia en donde uno o ambos de los cónyuges ha tenido una unión previa con hijos y se ha unido con otra persona.
- *Familia reestructurada semiextensa*: Familia en donde uno de los cónyuges atenido una unión previa con hijos y que incluyen bajo el mismo techo a uno de los miembros de la familia de origen de cualquiera de los dos cónyuges.
- *Familia reestructurada extensa*: Familia en donde uno de los cónyuges ha tenido una unión previa con hijos, y que viven con la familia de origen de él o ella.
- *Familia uniparental nuclear*: Familia integrada por padre o madre con uno o más hijos.
- *Familia uniparental extensa*: Familia integrada por padre o madre con uno o más hijos y que viven con la familia de origen.

En la revisión de la literatura se encontró los siguientes tipos de familia los cuales no se encuentran en la clasificación de Emma Espejel clasificados por Musito Ochoa , Estévez López , & Jiménez Gutiérrez ( 2010):

- *Cohabitación*: Convivencia de una pareja unida por lazos afectivos, pero sin el vínculo legal del matrimonio.
- *Hogares unipersonales*: Compuestos por una sola persona, normalmente jóvenes solteros, adultos separados o divorciados y ancianos viudos.

Díaz Bolaños & Pérez Rodríguez (2007) consideran que los tipos de familia que existen en nuestra sociedad actual han ido cambiando debido a la desinstitucionalización de la familia y a las nuevas formas de vida, éstas han generado un alto índice de personas divorciadas y sin hijos. Otra causa es que las nuevas generaciones se resisten a contraer matrimonio y a establecer una pareja estable, así como la incorporación de la mujer al mercado laboral y la existencia de un deseo de satisfacción personal tanto del hombre como de la mujer, la cual no buscan solo en el matrimonio y la familia sino en el éxito laboral y social produciéndose una individualización importante. Dicho lo anterior los tipos de familia que podemos encontrar son:

*Familias nucleares sin hijos*: el descenso de la natalidad, la concentración urbana, los nuevos valores sociales imperantes en algunas comunidades respecto al trabajo de la mujer y el papel y el coste económico de los hijos han hecho que parezca esta modalidad de familia. (pág. 23)

Para continuar, consideramos la importancia de revisar la clasificación de las familias con motivo de apoyar el análisis de la familia y a su vez tener una mejor comprensión de los cambios que se pueden presentar en la dinámica familiar.

### 3.2 Ciclo vital de la familia

La familia como es un sistema dinámico, es decir, que está en constante cambio, en donde todos y cada uno de los miembros va creciendo, desarrollándose y envejeciendo (Neil y Silverberg, citado por Henderson, 2006), es por ello que para análisis de la familia es importante conocer las diversas etapas por las que atraviesa, así como identificar en qué etapa del ciclo vital se encuentra, ya que los cambios en la dinámica familiar va a depender en gran medida del momento que esté viviendo la familia.

Lauro Estrada (2006) hace la siguiente clasificación:

*El desprendimiento:* La familia tiene su inicio en la constitución de la pareja, la cual se da en el noviazgo. En esta fase se desarrolla el desprendimiento de ambos miembros de la pareja respecto de la familia de origen. Este proceso será fácil o difícil de acuerdo al apego familiar que hayan desarrollado durante su juventud.

*El encuentro:* Después del proceso de desprendimiento del sostén emocional y socioeconómico de la familia de origen, los adultos jóvenes se encuentran en posición de formalizar una relación de noviazgo para contraer matrimonio. Una vez que formalmente la pareja ha decidido compartir su vida, se da necesariamente un proceso de adaptación.

*Los hijos:* La llegada de un niño requiere de espacio físico y emocional. La pareja debe adquirir un nuevo anclaje de relación emocional con el niño, y entre ellos, la capacidad de ayudar al compañero para que lo haga. Tener un niño favorece la intimidad de la pareja, estimulando la diferenciación y elaboración de diversas facetas de la personalidad de cada uno.

*La adolescencia:* La adolescencia es una época de crisis y de cambios, de experimentación y de definición, tanto para los hijos adolescentes como para los padres; comprende entre los 12 y los 17 años de edad. En ésta fase se combinan varios factores: ya que se presentan con mayor frecuencia problemas emocionales. Los hijos se van separan de la familia y es necesario

*Renovar el contrato matrimonial:* Cuándo los hijos se van la pareja adquiere otra dimensión en el área social y tiene que aprender a adaptarse a ella.

*El reencuentro:* Conocida como la etapa del «nido vacío», es una de las etapas más demandantes para el sistema familiar, en la cual la pareja enfrenta los problemas de una biología que decrece pues se pasa de la edad madura a la vejez, la aceptación de los nietos y del papel de abuelos, la muerte de algunos familiares de generaciones

anteriores, la jubilación, las diferencias con las nuevas generaciones (brecha generacional), etc.

*La vejez:* Es una de las etapas más difíciles de la pareja, ya que en ésta las personas deben adaptarse a la pérdida y retos que la edad presenta: la búsqueda de una nueva identidad, de una compañía que produzca placer, así como de una experiencia significativa y genuina. Esta etapa, como todas, presenta obstáculos algunos de ellos son los siguientes: la tristeza que genera el sentir el rechazo de los demás y por eso en ocasiones se da el aislamiento.

Lo escrito hasta aquí tuvo como propósito, dar conceptos que sirvan para esclarecer la interrelación existente de los elementos, dicho de otro modo, conocer el tipo de familia y el ciclo vital resultan ser dos elementos fundamentales para tener una aproximación para lograr entender los cambios surgidos en las familias de pacientes con quemaduras.

Sin embargo, aunque la reflexión en esta tesis se trate de comprender los cambios producidos en la dinámica familiar por las lesiones por quemaduras, cabe señalar que aunque no sea el objetivo principal el ahondar en la estructura familiar, si se abarca este punto, esto con el fin de analizar si los cambios en la dinámica familiar tras la quemadura trajeron consigo alguna clase de variación en la estructura de la familia sea negativa o positiva. Es por ello que a continuación abordaremos los siguientes temas: la familia como sistema, teoría que nos permite comprobar, que si uno de los miembros de la familia se encuentra mal en este caso el paciente quemado afectará de alguna forma a los demás integrantes.

### **3.3 La Familia como Sistema**

La familia es entendida como una forma de organización social necesaria que ha ido evolucionando como la sociedad. “No puede considerarse al individuo, a la familia, a la estructura social como sistemas cerrados o como entidades separadas e independientes, sino que son partes interrelacionadas e interactuantes de un todo que cambian y se transforman a lo largo del tiempo” (Estrada Inda, 2006), es por eso que se le puede considerar un sistema que posee un carácter holístico, al observarse en ella la interrelación del individuo-familia-sociedad, donde los procesos familiares socioculturales están conectados de manera independiente y multicausal influyéndose permanentemente, su unidad como sistema se verá afectada por cada miembro del sistema, de manera que si un individuo tiene problemas la totalidad del sistema familiar se verá afectado y a la inversa, si el sistema familiar no está funcionando adecuadamente, puede afectar o verse reflejado en los demás integrantes.

La familia como sistema vive en el tiempo mediante oscilaciones periódicas, pasando de estados de estabilidad a estados de crisis. Las normas y reglas a la vez que su estructura son quebrantadas por todo el sistema, aparecen nuevas formas estructurales más flexibles e idóneas para adaptarse a los cambios. Todo esto permite al sistema crecer y desarrollarse en el tiempo. Si por el contrario la familia impide las crisis y cierra sus puertas al exterior para defenderse de lo nuevo, manteniendo su forma inicial de relación y de reglas, el sistema familiar y sus miembros están en peligro (Vargas, 2012, pág. 24).

Para complementar la idea anterior se hace una diferenciación entre un sistema abierto en comparación con un sistema cerrado. Un sistema de familia cerrado es aquel que se caracteriza por presentar reglas rígidas de funcionamiento, está dominado por el poder y fomenta la dependencia y la obediencia por medio del temor, el rechazo, la humillación, el castigo, la culpa, lo cual resulta en que los miembros presenten restricción en la libertad de demostrar sentimientos, tienden a una reacción agresiva o sumisión ante situaciones de estrés. Por el contrario, un sistema de familia abierto presenta reglas flexibles de funcionamiento, promueve la igualdad, la autonomía, la confianza en uno mismo y en los demás, la aceptación de las diferencias, de este modo lograr más fácilmente afrontar la adversidad porque lo aceptan como algo natural que forma parte del crecimiento personal y familiar (Henderson, 2006). Claro está que el ideal es ser un sistema familiar abierto, pero de acuerdo a las características personales no siempre es posible lograrlo.

Como bien lo expresa Estrada (2006), lo anterior se resume en “que en todo momento el individuo es el depositario de una experiencia de grupo. Su identidad es al mismo tiempo individual y social, es una imagen en un espejo, un microcosmos de su grupo familiar”. Se puede entender a un individuo cuando se relaciona su funcionamiento con las pautas en relación de su grupo primario.

Para analizar los cambios en la dinámica familiar de los jefes de familia atendidos por quemaduras en el CENIAQ, en un primer momento, se tiene que identificar el tipo de familia, el ciclo vital que atraviesa la familia, así como aspectos que conforman la dinámica familiar, esto nos permitirá obtener un panorama amplio que facilitará la comprensión de dichos cambios.

### **3.4 Dinámica Familiar**

A lo largo de este capítulo se ha hecho referencia al tema dinámica familiar; sin embargo, aún no se ha conceptualizado, es por ello que a continuación se da un concepto para ser entendida.

La dinámica familiar es el “conjunto de pautas transaccionales que establecen de qué manera, y con quien se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo al ciclo vital por el que está atravesando la familia (Espejel, 2008).

Tejido de relaciones y vínculos atravesados por la colaboración, intercambio, poder, conflicto, que se genera entre los miembros de la familia al interior de ésta, de acuerdo a la distribución de responsabilidades en el hogar, la participación y toma de decisiones (Gallego, s/f).

En esta investigación nos interesa analizar los cambios en la dinámica familiar, es decir, como han cambiado a raíz de la lesión por quemadura las interacciones entre los miembros de la familia. En las definiciones ya mencionadas se han enlistado algunos elementos que comprende la dinámica de la familia. En complemento se ha partido de un modelo que logra fraccionar dichas interacciones en 6 dimensiones, el modelo es presentado a continuación.

#### **3.4 Modelo de Funcionamiento Familiar de Mc Master**

El modelo Mc Master elaborado por Epstein, Bishop y Levin en 1978 en la universidad de Mc Master en Hamilton, se ha desarrollado por más de 25 años. A lo largo de su aplicación el modelo ha ido retomando ideas útiles de la literatura de terapia familiar, la clínica, la enseñanza y la investigación, el cual ha sido refinado y reformulado continuamente. El resultado es un modelo pragmático, que contiene ideas puestas en práctica y que han funcionado. A sido base de varias investigaciones y proyectos, tal es el caso del Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF) (Velasco & Luna, 2006, págs. 5,6).

El modelo está compuesto de 6 dimensiones que revelan el funcionamiento de la dinámica familiar, así mismo estudia las cambiantes circunstancias en la configuración familiar y social, apoya a anticipar las problemáticas y dificultades en los individuos y/o familias.

Cabe resaltar que en esta investigación no se pretende medir el funcionamiento familiar de las familias de los pacientes con quemaduras; si bien este modelo nos brinda elementos importantes para partir, los cuales facilitarían la comprensión de los cambios en la dinámica familiar.

Para Velasco & Luna (2006), las dimensiones consideradas son:

- Resolución de problemas
- Comunicación
- Roles
- Involucramiento afectivo
- Respuestas afectivas
- Control de conducta

#### 3.4.1 Resolución de problemas

Se refiere a la habilidad de la familia para lograr la resolución de sus problemas en una forma que salvaguarde el funcionamiento familiar de una manera efectiva.

Tipología de los problemas familiares.

- Problemas instrumentales: se refiere a aspectos mecánicos de la vida diaria (sustento económico, alimento, ropa, casa, etc.)
- Problemas afectivos: se relaciona con aspectos emotivos (coraje, depresión, amor, etc.).

La resolución de problemas consta de 7 pasos para la identificación de los problemas.

1. Identificación del problema: Requiere de la capacidad que posea la familia para ubicar adecuadamente el problema.
2. Comunicación del problema a la persona adecuada: La destreza de comunicarse con la persona adecuada para resolver el conflicto.
3. Implementar alternativas de acción: Apela a la capacidad de plantearse diversas posibilidades de solución pues según sea el caso los planes pueden variar en apego o requerimientos del momento.
4. Elegir una alternativa: Demanda la habilidad de escoger la opción más adecuada para resolver los conflictos.

5. Llevar a cabo la acción: Requiere de la decisión de la familia para que se lleve a cabo la alternativa de solución determinada, las posibilidades son: que haga lo que decidió, que lo lleve a cabo parcialmente o que no realice ninguna acción.
6. Verificar que la acción se cumpla: Este paso se refiere al hecho de que la familia verifique si la acción fue realizada.
7. Evaluación del éxito: Este paso radica en llevar a cabo un ejercicio para que la familia valore el logro obtenido en la resolución del problema y determine si llevo a cabo un aprendizaje de la situación y están aptos para aceptar errores.

#### 3.4.2 Comunicación.

Se refiere al intercambio de información en la familia. También se clasifica en áreas instrumentales y afectivas.

Para evaluar dos vertientes de la comunicación, es necesario identificar:

1. La precisión con que el contenido de la información es intercambiado. Se presenta como una comunicación clara o confusa.
2. Si el mensaje es emitido a las personas adecuadas o si se desvía hacia otra, se plantea como una comunicación directa versus indirecta.

El modelo se centra en la comunicación verbal, pero se exhorta a estar atento de la comunicación no verbal, sobre todo cuando ésta se contradice con la verbal. La comunicación verbal favorece el encubrimiento de la información y genera una comunicación indirecta.

#### 3.4.3 Roles.

Esta dimensión analiza los patrones de conducta a través de los cuales la familia designa las funciones familiares a cada uno de sus integrantes, dichas funciones se clasifican en dos áreas: instrumentales y emocionales, cada una de ellas se subdivide en necesarias y no necesarias.

Se han identificado cinco funciones familiares necesarias:

1. **Manutención económica:** contempla las tareas y funciones referidas a los recursos económicos (alimento, ropa, etc.).
2. **Afectividad y apoyo:** se refiere específicamente a un rol afectivo, radica en suministrar cuidados, afecto, confianza y comodidad a la familia.
3. **Gratificación sexual adulta:** la pareja debe lograr satisfacer y satisfacerse sexualmente, con y al otro cónyuge.
4. **Desarrollo personal:** involucra el apoyo a todos los miembros de la familia, buscando el despliegue de las habilidades para su logro personal.
5. **Crecimiento y satisfacción personal de cada uno de los miembros:** comprende tareas vinculadas con el desarrollo físico, emocional, educativo y social de los hijos y, también, con los intereses y desarrollo social y profesional de los adultos.

El sistema de manutención y administración incluye varias funciones:

- a) **Toma de decisiones:** implica liderazgo, el cual debe ser manejado a nivel parental en el núcleo familiar.
- b) **Límites:** incluyen funciones y tareas concernientes a la familia extensa, amigos, vecinos, instituciones, escuelas, etc.
- c) **Control de conducta:** incluye la disciplina de los niños y dictar reglas, incluso para los adultos de la familia.
- d) **Economía doméstica:** manejo de cuentas, asuntos bancarios, financieros, impuestos etc.
- e) **Funciones relacionadas con la salud mental y física.**

Se toman en cuenta otros dos aspectos del funcionamiento familiar: a quien se le asignan estas tareas o roles y se verifica que sean cumplidas o no.

**La asignación de roles:** ¿es clara y explícita la asignación? Si se le asigna un rol a alguien, ¿tiene la habilidad de cumplirlo?, ¿son dadas fácilmente las asignaciones?

**La revisión de roles:** ¿se cumplen las funciones?, ¿es capaz la familia de llegar a mecanismos correctivos y de reajuste?

Se postula que, en el extremo más saludable de la dimensión de roles, deben cumplirse todas las funciones necesarias para la familia, la asignación de roles debe ser razonable y no sobrecargar a ningún miembro y la evaluación y revisión de roles debe hacerse de manera clara.

Las familias pueden desarrollar funciones, que no son necesarias como:

- Funciones adaptativas instrumentales: estas funciones están relacionadas con las contribuciones al gasto familiar para costear los estudios de algunos de los miembros, el ahorro familiar, inversión para vacaciones.
- Funciones adaptativas emocionales disfuncionales: funciones que requieren que un miembro se convierta en un receptor activo de aspectos o atributos negativos de la familia. “El chivo expiatorio” es un ejemplo ya que atrae la atención hacia sí mismo de las tensiones familiares, por medio de conductas inadecuadas.

#### 3.4.4 Involucramiento afectivo.

Valora tanto en cantidad como en calidad, el interés que muestra la familia, como un todo y en forma individual, en las actividades e intereses de cada miembro de la misma. Existen 6 tipos de involucramiento:

- Ausencia de involucramiento: no se demuestra ningún interés en las actividades e intereses o bienestar de los demás.
- Involucramiento desprovisto de afecto: en este tipo de involucramiento el interés se vincula específicamente con el aspecto intelectual, no se relaciona con los sentimientos, que solo se presentan cuando hay demandas.
- Involucramiento narcisista: en este caso se demuestra interés en el otro solo si esto favorece a sí mismo y es fundamentalmente egocéntrico.
- Empatía: en esta situación si se manifiesta un interés autentico en las actividades específicas del otro, aun cuando estas sean diferentes al interés propio. Este nivel se considera como lo óptimo.
- Sobre involucramiento: en este tipo, se demuestra un exagerado interés de uno hacia otro, e involucra sobre protección e intrusión.
- Simbiosis: en este caso se evidencia un interés patológico en el otro; la relación es tan intensa que resulta difícil establecer límites que diferencien una persona de la otra, esta situación se ve solo en relaciones perturbadas seriamente.

### 3.4.5 Respuestas afectivas.

Esta dimensión se refiere a la habilidad de la familia para responder con sentimientos adecuados a un estímulo, tanto en calidad (comprende una amplia gama de emociones) como en cantidad (está vinculada con el grado de respuesta afectiva y describe un continuo, desde la ausencia de respuestas hacia una respuesta exagerada).

Esta dimensión enfatiza las características individuales, así se proponen dos categorías de afecto, estos son:

- Los sentimientos de bienestar, como el afecto, la ternura, el amor, el consuelo, la felicidad, etc.
- Los sentimientos de crisis, el coraje, el miedo, la depresión, la tristeza, etc.

### 3.4.6 Control de Conducta.

Se refiere a los patrones que adopta una familia para manejar el comportamiento de sus integrantes durante tres situaciones específicas.

- Situaciones que involucran peligro físico.
- Situaciones que exigen afrontar y expresar necesidades psicológicas, biológicas e instintivas.
- Situaciones que requieren sociabilización (intrafamiliar) entre los miembros de la familia y con la gente fuera del sistema familiar (extra familiar).

Las familias pueden desarrollar cuatro patrones de control para la conducta:

- Control de conducta rígido: los patrones o normas son estrechos específicos para esa cultura y existe poca negociación o variación de las situaciones.
- Control de conducta flexible: los patrones de control son razonables y existen la negociación y el cambio, dependiendo del contexto, se considera que este estilo es el más efectivo.
- Control de conducta Laissez-faire (dejar hacer): en este tipo existe total lasitud en los patrones de control, a pesar del contexto.
- Control de conducta caótico: en este patrón se presenta un funcionamiento impredecible y los miembros de la familia no saben que normas aplicar en ningún

momento, no consideran la negociación ni hasta donde llegar, este tipo es el menos efectivo.

Aunque no haya una definición de normalidad familiar universalmente aceptada es útil tener presente la opinión de Chagoya:

“Una dinámica familiar normal es una mezcla de sentimientos y comportamientos y expectativas, entre cada miembro de la familia que permita a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le dé el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás” (citado por Muñoz & Oyarzún , 2015,pág. 6).

Una vez enlistados los elementos que componen a la dinámica familiar y los conceptos retomados, hay que repensar el hecho que no existe la familia sin problemas, o un patrón a seguir para lograr la funcionalidad y estar dentro de los parámetros “normales” de una dinámica familiar, cada familia es diferente, ninguna familia es mejor o peor que otra, cada una posee características distintas que la hacen única y reaccionará de una u otra manera al estar sometida a un estrés como lo es una enfermedad.

### 3.5 Economía Familiar

Es importante para entender la dinámica familiar retomar el aspecto económico en la familia ya que en esta investigación se plantea que los costos del tratamiento de quemaduras son costosos, por lo cual se generan las preguntas ¿cómo influyen dichos costos en la economía familiar? y ¿cómo repercute en la dinámica familiar? Ya que como lo afirma Cuevas “la forma económica de proceder en las familias representa una de las dificultades más relevantes a la hora de pensar en cada uno de los componentes de la dinámica familiar”. Citado por (Vergara & Viveros , 2014, pág. 5)

Varias son las dificultades que se presentarán en la familia del paciente quemado debido a estos cambios en la economía familiar; según Cuevas es frecuente encontrar en las realidades sociales, donde se han abordado problemáticas de orden familiar, que el empleo y la distribución del ingreso económico influyan directamente en la vida familiar (Citado por Vergara & Viveros , 2014).

De acuerdo a estas afirmaciones se puede concluir en un primer momento que efectivamente se tiene que comprender como influye el costo del tratamiento en la dinámica de la familiar, en un segundo momento, la lesión por quemadura en el hombre jefe de familia genera una discapacidad física temporal o permanente, lo que lo

imposibilitara para trabajar e indudablemente repercutirá en el ingreso económico. Ya que como lo refiere Razeto (citado por Vergara & Viveros 2014, pág. 6) “El aspecto económico es el soporte material para conservar o mejorar la calidad de vida de la sociedad y la familia”. Ahora bien, ¿en qué medida se conservará o mejorará la calidad de vida de estos pacientes y su familia si su soporte material se ha afectado? Es por ello que en esta investigación es importante analizar el impacto que tiene los costos del tratamiento en la familia.

### **3.6 Impacto de la enfermedad en la dinámica de la familia.**

El siguiente apartado no se centra específicamente en el impacto en la dinámica familiar de pacientes con quemaduras; pero si explica los cambios que se dan de manera general en familias con pacientes enfermos, en este sentido se considera la lesión por quemadura como una enfermedad, ya que así se especifica en la CIE-10 en la cual dentro de su clasificación de enfermedades se encuentran las quemaduras como T-20, es por eso que se retoman varios elementos que darán pauta para entender parte de los cambios en la dinámica de la familia.

Para Fernández (2004)

“La enfermedad que tiende a la cronicidad o que incluso se convierte en terminal, propicia a que al enfermo se le etiquete como diferente, ya sea por el tipo de expectativas que posee, por las nuevas necesidades de cuidados y alimentación, por su aspecto físico, por su autoestima, por su capacidad de trabajo, etc. que afectan el tipo de relación interpersonal con los miembros de la familia y con sus conocidos. Esta relación puede evolucionar lentamente hasta el deterioro irreversible” (pág. 251).

La enfermedad o en este caso la lesión por quemaduras por accidente en alguno de los miembros de la familia pueden generar un serio problema en las relaciones así como en su composición. El cual pone a la familia en crisis, impactando en cada uno de sus miembros y propiciando la desorganización.

Los cambios que se producen en las familias en relación con el enfermo no siguen un patrón específico, más bien están dados por las propias características familiares, tales, como: su etapa del ciclo vital, el grado de solidez de la familia, el nivel socioeconómico, el grado de discapacidad física y emocional que dejó la enfermedad (Fernández, 2004). Los factores mencionados anteriormente van a influir en los pacientes con quemaduras, pero se debe tomar en cuenta otro factor para esta población que determinará las

diferencias en los cambios en la dinámica familiar entre pacientes, las cuales es el tiempo de recuperación y adaptación transcurrido desde que se dio de alta, por ejemplo, se percibirán cambios diferentes en pacientes con un mes de haber salido del hospital a pacientes con un año de haber salido y con una recuperación más avanzada.

El proceso de recuperación, impacta en la familia generando cambios en la manera de convivir y funcionar entre sus miembros.

Dentro de las respuestas adaptativas que genera la familia, se pueden observar las de orden afectivo que incluyen aspectos como negación, ira, tristeza o depresión, la negociación de roles, flexibilización de límites, etc. También se observan los ajustes de tipo económico, en los cuales resulta indispensable considerar la pérdida de capacidad económica de la familia por concepto de consultas, medicamentos y hospitalización, además de la disminución del ingreso económico por la incapacidad del enfermo para trabajar. Para el caso de esta investigación nuestro objeto de estudio es el paciente hombre y en todos los casos son los proveedores económicos.

Fernández (2004) ha considerado que “las respuestas adaptativas de la familia para enfrentar la enfermedad; no solo puede afectar de manera positiva sino también de manera negativa, es ésta quien de forma directa afecta cada uno de los ámbitos: afectivo, físico, económico y social de la familia, produciendo un círculo vicioso que hace más difícil superar la crisis”. (Pág.252)

### 3.6.1 Factores que condicionan el impacto de la enfermedad en la dinámica familiar

Para Fernández (2004) los factores que condicionaran el impacto en la dinámica familiar son los siguientes:

*Etapas del ciclo vital.* El ciclo vital que atraviesa la familia es importante ya que de esto va a depender el impacto de la enfermedad en la dinámica familiar, los cambios se verán reflejados de forma diferente dependiendo de la etapa de vida que este atravesando la familia y al miembro al que le ocurra; de tal forma que no es lo mismo que el esposo económicamente activo con hijos en edad adolescente se quemara, a que la esposa ama de casa con hijos en edad de la niñez sufra una quemadura.

*Flexibilidad o rigidez de roles familiares.* La enfermedad crónica, y más aún la terminal, supone una profunda crisis familiar a la que las familias podrán responder mejor cuando son flexibles. En el momento que aparece la enfermedad puede suceder que afecte la distribución de roles, pues se tendrán que redistribuir y compartir nuevos roles. En el

caso del rol que desempeñaba el proveedor que pudiera haber realizado el padre enfermo genera un gran conflicto, ya que en la mayoría de los casos la madre o los hijos mayores tienen que asumir este rol. El rol de cuidador que generalmente se asigna a una mujer en nuestra cultura (madre, hermana mayor) genera conflicto porque implica el descuido de sus otras funciones, tales como el cuidado de los hijos, o el estudio. De esta manera se puede esperar que las familias con mayor rigidez presenten mayores dificultades para responder a la crisis por enfermedad ya que no se pueden adaptar a las nuevas condiciones de la dinámica familiar.

*Cultura familiar.* Es necesario considerar un aspecto tan fundamental como es la cultura familiar. Este conjunto de valores, costumbres y creencias que comparten los miembros e intervienen en la evolución y desenlace de una enfermedad. Debemos buscar cuál es la interpretación que la familia hace de este proceso, ya que eso permite no sólo obtener la confianza del grupo, sino además considerar sus costumbres y creencias para abordar la enfermedad de la manera más apropiada; en el momento que el paciente y su familia perciban que no se toma en serio la interpretación que hacen de la situación podrían dejar de colaborar.

*Nivel socioeconómico.* La crisis familiar será variable entre familias dependiendo el nivel socioeconómico que presente, será diferente en una familia con pocos recursos a una con estabilidad económica. La crisis familiar en la primera va a ser mayor, ya que la desorganización provocada por el accidente se va a percibir en todos los ámbitos. La familia requerirá mayor cantidad de recursos económicos por concepto de medicamentos, curaciones, consultas, transporte, alimentación especial, acondicionamiento físico de la vivienda, etc. Si el paciente enfermo es el proveedor, será necesaria la reorganización de roles en el caso de que el accidente haya dejado discapacidad severa y esté imposibilitado para trabajar, de tal forma que algún otro miembro deberá cumplir con la función dejando atrás su rol habitual de estudiante o ama de casa (si ese fuera el caso).

*Tipo de respuesta familiar.* El tipo de respuesta que presentan las familias como efecto de la enfermedad, hace referencia a los cambios que se generan en las interacciones de cada uno de los miembros en función del enfermo. Esencialmente se puede mencionar que existen dos patrones de respuesta opuestos, que en la realidad se escalonan a lo largo de un continuo de respuestas posibles:

1. La tendencia concentrada se expresa a través de una fuerte cohesión interna de los integrantes de la familia. Todas y cada una de las actividades que éstos realizan giran en torno al enfermo, es como si todos giraran alrededor de él, convirtiéndolo en el centro de las interacciones y absorbiendo gran parte de los recursos afectivos y económicos de la familia.

2. La tendencia centrífuga se puede percibir en las familias cuyos comportamientos en general no están relacionados con la situación de enfermedad. En estos casos el cuidado del enfermo es delegado a una sola persona, que en general corresponde al sexo femenino y que comúnmente puede ser la madre, esposa o hermana mayor, la cual absorbe el papel de controlar la evolución de la enfermedad. La falta de colaboración en estas familias, y la enorme carga emocional que suele traer consigo el cuidado del paciente enfermo puede tener consecuencias graves para el miembro cuidador, tales como: depresión, soledad, estrés crónico, descuido, exacerbación de problemas de salud, etc. (síndrome del cuidador).

*Capacidad del grupo familiar para la resolución de conflictos.* La capacidad de respuesta familiar a los conflictos es un indicador pronóstico del impacto que tendrá la enfermedad en el grupo. No es lo mismo que suceda una quemadura por accidente en una familia que ha sufrido grandes conflictos, donde ha podido reorganizarse rápidamente en función de la flexibilidad de roles e independencia de cada uno de sus miembros, a otra familia que no ha enfrentado crisis familiares y que no ha puesto a prueba su capacidad para resolver conflictos.

### 3.6.2 Principales síntomas familiares de desajuste por enfermedad.

De la misma manera que una enfermedad produce determinada sintomatología en el individuo que la padece, también puede ocasionarla en la familia de éste, debido a los cambios y alteraciones que introduce en el funcionamiento del conjunto familiar. Es por ello que resulta imprescindible comentar los principales signos y síntomas que con mayor frecuencia pueden encontrarse en una familia que vive con la presencia de una enfermedad en alguno de sus miembros:

*Aislamiento y abandono.* Durante el proceso de enfermedad, la familia busca aislarse para poder manejarla de la mejor manera posible, por lo que limita sus relaciones sociales al cuidado del enfermo. Por otra parte, la reorganización disfuncional de la familia para atender al paciente genera que el cuidado y atención que generalmente se daba al resto de los miembros (hijos, pareja) se vea afectado, favoreciendo la aparición

de nuevos signos y síntomas tales como el mal rendimiento escolar, irritabilidad, soledad, depresión, etcétera.

*Conflicto de roles y límites.* Cuando la familia no negocia adecuadamente los nuevos roles que deberán asumirse durante esta nueva etapa en la vida familiar, existen dificultades de rigidez, o simplemente no existen límites bien establecidos en los diferentes subsistemas; se presentarán serios problemas de adaptación en el manejo de la crisis familiar, lo que podrá hacerse visible a través de las luchas internas por el poder en los diferentes subsistemas, falta de respeto, culpa, chantaje, pérdida de la jerarquía, alianzas entre los miembros, coaliciones, etcétera.

*Conflictos de pareja.* En algunas familias ocurre que el paciente, la enfermedad y el tratamiento son utilizados por los padres para agredirse mutuamente y que el resultado sea la dificultad e ineficiencia para tomar decisiones y llevar a cabo las acciones necesarias para el tratamiento. Esto ocurre con mucha frecuencia cuando el enfermo es uno de los hijos y generalmente coincide con la existencia de conflictos anteriores.

*Problemas económicos.* Como se ha mencionado, las familias con un enfermo crónico o enfermedad grave entran en una situación de desgaste económico cada vez más serio aunque al principio de la enfermedad pareciera no ser tan intenso, ya que a pesar de los pocos recursos con los que la familia cuente, no escatima esfuerzos en conseguirlos. Sin embargo al paso del tiempo, tienen cada vez más dificultad para mantener los gastos ocasionados por la enfermedad; incluso es motivo en muchos de los casos de abandono de tratamiento. Aunque se ha visto que en las familias de pacientes con quemaduras la mayoría queda en una profunda crisis económica por los altos costos de hospitalización.

*Negación, cólera y miedo.* La Dra. Kübler-Ross, tanatóloga suiza, menciona que durante el proceso de la enfermedad terminal tanto el paciente como la familia atraviesan por diferentes etapas que son: la negación, ira, negociación, depresión y aceptación, sin que necesariamente éste sea el orden de aparición de cada uno de los estados mencionados, y sin que cada uno de éstos sean, ya que hay familias que quedan atrapadas en alguna de estas etapas. Pese a esta descripción que hace la Dra. Kübler, los síntomas familiares que se observan con mayor frecuencia en el paciente y su familia (además de la depresión que ya se ha comentado) son la negación, la ira y el miedo. La negación es un síntoma que aparece desde el inicio de la enfermedad a partir del diagnóstico. Tanto la familia como el enfermo dudan que eso le haya podido pasar a él.

La ira se ve representada en diferentes formas, tanto por parte del paciente hacia la familia como a la inversa. La familia en esta etapa culpa al enfermo por lo que hizo o dejó de hacer, tornándose hostil, incluso con el personal médico y favoreciendo situaciones de tipo legal. Por lo que resulta una trampa responder a las agresiones de la familia en esta etapa que puede ser pasajera y que será resuelta en muchos de los casos de manera natural citado por (Fernández Ortega , 2004, págs. 3-5).

*Síndrome del cuidador.* Este síndrome se caracteriza por problemas osteoarticulares y dolor mecánico crónico, alteraciones del ritmo del sueño, cefalea y astenia. En la esfera psíquica destacan la ansiedad y la depresión, producidas como si se tratara de una verdadera transferencia depresiva por parte del enfermo. A las alteraciones psicofísicas se añaden problemas como el aislamiento social, los problemas familiares desatados a partir de que el cuidador sólo se ocupa del enfermo (cambio de roles, abandono de otros miembros) e incluso los económicos que ya se han comentado. Por otra parte el cuidador comienza a dejar de preocuparse por su arreglo personal, que pudiera estar ligado con un sentimiento de culpa si acaso llegara a pensar en él mismo antes que en el enfermo.

Dentro de la adaptación que se espera que tengan las personas que atraviesan una situación crítica es por medio de que cuenten con los medios de apoyo para poder enfrentar la realidad que están viviendo, es por ello que se ha incluido en el siguiente apartado el término resiliencia ya que es importante identificar que pacientes han desarrollado esta capacidad resiliente y conocer si se logró una recuperación y cómo se sobrepusieron a la adversidad y a los estragos que ocasiono la quemadura por accidente.

### 3.6.2.1 Carga del cuidador primario

Este tipo de cuidador también es llamado cuidador informal o principal, es la atención prestada por un miembro de la familia o de la comunidad a un enfermo con discapacidad o dependencia, en este caso de la investigación, dependencia temporal, durante el tiempo que se encontró en hospitalización y posteriormente en recuperación en casa. A continuación se muestran algunos aspectos generales que menciona Ramos del Rio (2008) acerca del cuidador primario.

### Características del cuidador primario:

- Cuidar de un paciente en el hogar
- No reciben ninguna remuneración económica por el cuidado y asistencia que ofrecen
- A menudo existe una relación emocional y familiar con el paciente.
- Con gran frecuencia son mujeres (hija, esposa, o nuera).
- Mayores de 50 años
- De escolaridad media baja
- Con actividades de cuidado que implican una presencia y dedicación casi de tiempo completo
- Con gran frecuencia reciben escaso apoyo social por parte del resto de la familia
- La salud del receptor del cuidado es primero, antes que nada.
- Ser cuidador es una decisión que comúnmente llega a ser impuestas por las circunstancias (entre ellas la propia familia) y no por una decisión consciente y voluntaria
- El cuidador informal de un enfermo, no goza de reconocimiento, beneficios, apoyo técnico o retribuciones equivalentes por parte de la sociedad y en muchos casos ni de la propia familia.

### Su función generalmente incluye:

- Atención personal (aseo, alimentación, movilización, ejercicio) medica (curaciones, monitoreos o mediciones, medicación).
- Atención domestica (cocinar, limpiar, comprar).
- Atención administrativa (trámites legales, administración financiera).
- Cuidados sanitarios: contacto directo en la atención física de la persona dependiente. Consiste en ayudar al paciente en tareas tales como vestirse, comer, asearse, control del esfínteres.
- Cuidado instrumental: limpiar, planchar, comprar, uso de electrodomésticos, realizar reparaciones, manejar el dinero y los bienes, controlar la toma de medicamentos, manipular materiales, objetos, utensilios.
- Acompañamiento y vigilancia: son apoyos que proporciona el cuidador al acompañar a la persona dependiente para salir fuera del hogar, realizar visitas, acudir a reuniones, llevarlo a las citas médicas, etc.
- Apoyo emocional y social: es aquel apoyo en el cual el paciente puede encontrar en el cuidador comprensión, escucha, afecto, tolerancia.

De acuerdo la encuesta de Salud del Cuidador Primario Informal (ESCPI):

- Edad promedio del cuidador 49.37 años
- 80% del sexo femenino, las mujeres perciben mayor estrés que los hombres al enfrentarse a demandas de cuidado).
- 49% amas de casa
- 57% de nivel de escolaridad básica.
- 53% reportó que las actividades que ocupan la mayor parte de su tiempo son cuidar del enfermo y las labores del hogar
- 38.3% Ingreso mensual asciende entre 1000 y 3000 pesos mensuales, el 28% a menos de 1000 pesos
- 76% reporta vivir en la misma casa del paciente, la cual en un 73% es propiedad del cuidador
- 28% de los cuidadores mencionó que el tiempo que ha dedicado al cuidado del enfermo es de 1 a 3 años, seguido en un 25% de 4 a 6 años,
- 94% no recibe remuneración económica por el cuidado que otorga al paciente
- 39% el parentesco del cuidador es la hija del paciente y el 30% cónyuges.
- 37% dedica al cuidado del paciente entre 12 y 24 horas diarias y 30% entre 1 y 5 horas. (las mujeres destinan más horas de cuidado)
- 62% reportó no haber recibido capacitación o entrenamiento del equipo de salud acerca de la enfermedad del paciente
- 35% de los cuidadores se perciben un poco estresados ante su situación como cuidadores
- 55% de los cuidadores reportaron preocupación por su salud e identificaron la presencia de diversos síntomas que podrían estar relacionados con el estrés tales como:
  - o 52% irritabilidad/enojo
  - o 61% tristeza/depresión
  - o 58% preocupación, miedo, ansiedad
  - o 75% tensión muscular
  - o 42% dificultad para concentrarse
  - o 50% problemas de memoria
  - o 51% dificultad para dormir y descansar
  - o 58% cansancio

## Indicadores de agotamiento en el cuidador

Pueden ubicarse en tres etapas, de acuerdo Sherman (1994):

Etapa 1. *Frustración*: decepción continúa con el deterioro del estado de la persona a quien cuida o con su falta de progreso. Al cuidador se le dificulta aceptar que la calidad del cuidado y los esfuerzos no tienen nada que ver con el deterioro de salud o del humor de la persona a quien cuida.

Etapa 2. *Aislamiento*: es posible que el cuidador sienta soledad, falta de agradecimiento, falta de confianza o crítica de parte de otros miembros de la familia o de la persona a quien cuida. El cuidador no quiere, no puede o duda en pedir ayuda de otras personas.

Etapa 3. *Desesperación*: el cuidador se siente desamparado, desorientado, no puede concentrarse y pierde su eficacia como cuidador; ya no le anima el progreso de la persona a quien cuida, o su reacción al cuidado de calidad. El cuidador descuida su propia atención personal y bienestar, pierde interés en la comunidad, contactos sociales y las actividades de descanso u otras actividades estimulantes; así como también el deterioro de la situación de salud de la persona a quien cuida.

Repercusiones en el cuidador primario:

- Interrupción de actividades por parte del cuidador por el alto involucramiento para realizar sus tareas de cuidado
- Ya no cumple sus propias necesidades
- Restricción de la vida social disminuyendo las posibilidades de salir y relacionarse con otras personas
- Dificultades en el ámbito personal, familiar, laboral, etc

En un estudio realizado en Estados Unidos se encontró:

- cuidadores mayores de 65 años experimentan sobrecarga y muestran un riesgo de mortalidad del 63% mayor que los no cuidadores
- los cuidadores presentan más estrés, agotamiento, problemas de salud, distanciamiento, irritabilidad, enojo, ansiedad, frustración, depresión y tienen niveles muy bajos de bienestar, salud física y auto eficacia, que los no cuidadores
- Puede surgir el síndrome de agotamiento producto del cuidado, también llamado Síndrome de Burnout, el cual se caracteriza por sensaciones de irritabilidad y pérdida de energía física, sentimientos de baja autoestima y de no eficacia, sentirse indefenso ante la situación de cuidado

Si bien, el ser cuidador primario trae efectos positivos como la satisfacción de prestar ayuda a alguien que la necesita, en su mayoría acarrea consecuencias negativas (mencionadas anteriormente), las cuales deberían ser atendidas con proyectos y programas destinadas a estas personas, brindándoles apoyo económico, psicológico e institucional.

### **3.7 Resiliencia como estrategia de apoyo**

Hoy en día el término resiliencia ha cobrado importancia al hablar de problemáticas difíciles de atravesar en la vida cotidiana dentro del trabajo, vida personal, familiar y social. Entre las adversidades experimentadas dentro del ámbito familiar se encuentran la muerte de uno de los padres, el divorcio, la separación, personas que pierden sus trabajos o sus fuentes de ingreso, alguna mudanza, enfermedad en alguno de los miembros de la familia, experimentar maltrato, abuso, abandono, un accidente que deja secuelas en el individuo y su familia (Henderson Grotberg, 2006).

La resiliencia ayuda en situaciones de recuperación, readaptación e inclusive en la transformación de aquellos que experimentaron la tragedia de ser víctimas de un accidente que cambia sustancialmente sus vidas” (Henderson, 2006, pág. 358)

En los casos de esta investigación, jefes de familia que sufrieron una quemadura por un accidente, la resiliencia es una fuente para anteponerse a todas las situaciones estresantes que atravesaron durante y después de su hospitalización y a decir de Ketner y Walker (citados por Henderson, 2006) en muchos casos el presentar un problema de salud es el agente desencadenante de la resiliencia, esto se debe en gran medida al sentir cercana la discapacidad o incluso a la muerte.

Para mayor comprensión se retoman los siguientes conceptos:

Walsh (2004) indica que es “la capacidad de una persona para recobrase de la adversidad fortalecida y dueña de mayores recursos” (pág.26).

Henderson (2006) entiende por resiliencia a “la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, aprender de ellas, superarlas, inclusive ser transformados por estas” (pág. 18).

Calvo (2009) por su parte la ubica como “la habilidad para surgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva” (Calvo, 2009, pág. 38).

Se llega a tener la idea de que la resiliencia es una capacidad muy particular de algunas personas; en contraposición, Henderson (2006) considera que la resiliencia es una capacidad humana que todas las personas pueden poseer; sin embargo, sólo alrededor de un tercio de las personas de diferentes partes del mundo demuestran ser resiliente. Ahora bien, ¿por qué no todos podemos desarrollar la resiliencia? Henderson (2006) parte del supuesto donde lo único que se requiere para conseguirlo es lograr identificar, organizar y desarrollar las capacidades que cada uno tiene, utilizándolas en todos los ámbitos de la vida y los momentos de adversidades, ya que la resiliencia no sólo significa apoyo, fortaleza y capacidades, sino también, acciones para afrontar las dificultades que la vida nos presenta. La resiliencia se forja cuando el individuo se abre a nuevas experiencias y actúa de forma interdependiente con los demás (Walsh , 2004).

Los autores anteriormente citados coinciden en que la resiliencia es lo que permite poder afrontar las situaciones adversas, recuperarnos y continuar con la vida; empero, no todas las personas que sobreviven a una crisis o una tragedia son resilientes, debido a que quedan atrapados en el pasado, en condiciones de víctimas, imposibilitados de crecer por la ira, la culpa u otras. El hecho de que existan personas que no se vuelvan resilientes genera repercusiones propias en el individuo y en su entorno.

“es una tragedia, no encuentran fin a su sufrimiento, se deprimen, se rinden, se tornan agresivas, se convierten en enfermos crónicos, le temen a la vida o simplemente se sienten aplastados por esta, tienden a crear niños que parecen tan abatidos como ellos mismos, a menos que los pequeños encuentren un adulto que se hace modelo de resiliencia” (Henderson, 2006, pág. 15).

Si bien, para algunas personas las adversidades sirven como un llamado de atención para cambiar de alguna manera positiva y adaptarse al medio con ayuda de sus factores de protección; sin embargo, para otros esa situación adversa puede convertirse en un factor de riesgo, es decir que se aumenten las probabilidades de agravar la situación. Es probable que la falta de factores resilientes sea la causa de la dificultad de hacer frente a una discapacidad más que la condición en sí (Henderson, 2006).

Uno de los modos de promover la resiliencia en otras personas consiste en identificar los factores resilientes con los que ya cuentan para trabajar sobre ellos y fortalecerlos así como promover aquellos factores que no han puesto en práctica o apenas están utilizando. Un profesional debe tomarse el tiempo de explorar la visión que tiene la persona de su vida y la manera en que ha hecho frente a las situaciones prestando

especial atención a sus necesidades, a través de estas exploraciones se podrá reconocer las fortalezas y atributos que pueden utilizarse para ayudar apoyar sus desafíos.

Para esclarecer lo anterior se recurre a los factores de protección mencionados por Henderson (2006) los cuales promueven la existencia de la resiliencia:

- Fuerza interior personal (yo soy)
- Apoyos externos formales e informales (yo tengo)
- Factores interpersonales (yo puedo)

A fin de comprender mejor los factores, se organizan de la siguiente manera:

#### Yo soy

1. Una persona que agrada a los demás.
2. Generalmente tranquilo y bien predisposto.
3. Alguien que logra aquello que se propone y planea para el futuro
4. Una persona que se respeta a sí mismo y a los demás
5. Alguien que siente empatía por los demás y su producto por ellos
6. Responsable de mis propias acciones, efectos y consecuencias
7. Seguro de mí mismo, optimista, confiado y tengo muchas esperanzas

#### Yo tengo

1. Una o más personas dentro de mi grupo familiar en las que puedo confiar y que me aman sin condicionamientos
2. Una o más personas fuera de mi entorno familiar en las que puedo confiar plenamente
3. Límites en mi comportamiento
4. Personas que me alientan a ser independiente.
5. Buenos modelos a imitar (internos o externos)
6. Acceso a la salud a la educación y a servicios de seguridad social que necesito.
7. Una familia y entorno social estable

Yo puedo

1. Generar nuevas ideas o nuevos caminos para hacer las cosas
2. Realizar una tarea hasta finalizarla
3. Encontrar el humor en la vida y utilizarlo para reducir tensiones
4. Expresar mis pensamientos y sentimientos en mi comunicación con los demás
5. Resolver conflictos en diferentes ámbitos: académico laboral personal social
6. Controlar mi comportamiento: mis sentimientos impulsos, el demostrar lo que siento
7. Pedir ayuda cuando la necesito

Todos y cada uno de los factores resilientes pueden desarrollarse ya que “la resiliencia se activa cuando experimentamos una adversidad que necesita ser enfrentada y superada” (Henderson, 2006, pág. 43).

En palabras de Hernderson (2006)

“Todos tenemos factores resilientes pero muchos no tienen los suficientes o no saben cómo utilizar los que poseen para hacer frente a las adversidades, además no adoptamos actitudes resilientes todo el tiempo pero las capacidades se encuentran ahí, si utilizamos las experiencias pasadas propias o ajenas como modelos, entonces la resiliencia nos permitirá enfrentar nuestras adversidades” (pág. 350).

Diversos estudios muestran que el factor resiliente primordial es la confianza, que surge comúnmente por contar con relaciones de afecto y apoyo dentro y fuera de la familia, estas relaciones crean amor y ofrecen incentivo y seguridad para fomentar la resiliencia en una persona (Henderson, 2006). Al ser la familia el lugar donde se desarrollan los seres humanos y donde se brinda o no las herramientas para crecer e incorporarse a la sociedad, es precioso ampliar este concepto desde la familia, la cual promoverá o impedirá la existencia de la resiliencia.

### 3.7.1 Resiliencia en la familia

Las familias resilientes funcionan como un sistema familiar abierto, se adaptan ante los cambios inevitables, son positivas, en donde es una constante el ser optimista y basan sus interacciones a la cooperación y la ayuda como un modo eficaz de vivir en este mundo, no temen pedir ayuda cuando la necesitan, tienen clara la posibilidad del

rechazo cuando no puedan brindarle la ayuda, teniendo la idea de que éste no es un asunto personal, por lo que seguirá intentando hasta encontrar una respuesta positiva. De ese modo se cumplirá con las expectativas de que hay un mundo con personas que estén dispuestas a ayudarnos. Estas familias son aquellas en las que la unidad familiar crea formas activas saludables y sensibles de satisfacer las necesidades de todos los miembros que la integran, contribuyendo de diversas maneras al bienestar familiar y a los ajustes especiales ante situaciones nuevas (Henderson, 2006).

Por su parte, las familias que no promueven la resiliencia funcionan como un sistema familiar cerrado, suelen ser pesimistas, perciben el mundo exterior como un lugar riesgoso, basan sus interacciones en la competencia y la desconfianza. Siguiendo el ejemplo anterior, cuando un miembro de una familia se acerca a otra persona para pedirle ayuda lo hace con la preocupación ante la eventualidad de ser rechazado, si fracasa en el primer intento lo interpretará como un rechazo personal, confirmando su idea familiar que sostiene que no se puede confiar en las personas. Después del primer rechazo este miembro del grupo estará más propenso a rendirse y actuará de forma defensiva para futuras experiencias, esperando siempre una respuesta negativa por lo que demorará más tiempo en recurrir a pedir ayuda.

De acuerdo con Calvo (2009) “si se establecen vínculos saludables y de cuidado se logra desarrollar la capacidad resiliente” (pág.41), por el contrario, “si gana la desesperación y la culpa, no dándole oportunidad al desarrollar acciones positivas se puede llevar a la ruptura familiar” (Landesman, DeLuca y Echols citado por Henderson, 2006, pág. 157).

Es por ello que la familia y su dinámica así como los apoyos que ésta brinda son de gran ayuda al momento de sobreponerse a una crisis y adaptarse a los cambios que ésta puede generar a corto o largo plazo.

### 3.7.2 Estrategias para desarrollar la resiliencia.

1. Hacer buenas relaciones y aceptar la ayuda y el apoyo de aquellos que realmente se interesan por usted.
2. No ver las crisis como problemas insuperables.
3. Acepte que los cambios son parte de la vida y acepte las circunstancias que no puede modificar, ayudarán a focalizar nuevas circunstancias que sí podrá cambiar.
4. Trabajé sobre objetivos realistas en lugar de centrar su atención en aquello que no puede lograr.

5. Actúe contra las situaciones adversas tanto como pueda, en lugar de despegarse completamente de los problemas que le causan estrés y sólo quiere desaparecer.
6. Busque la oportunidad para descubrirse a sí mismo, de algún modo a crecido como consecuencias de su lucha, muchas personas sienten una espiritualidad más fuerte y una mayor apreciación por la vida.
7. Alimente una visión positiva sobre usted.
8. Mantenga una perspectiva a largo plazo, evite agrandar el problema.
9. Mantenga una misión esperanzadora, optimista y traté de visualizar aquello que usted desea en lugar de preocuparse por eso que lo atemoriza.
10. Cuídese, preste atención a sus propias necesidades y sentimientos, realice actividades que dice que lo ayuden a relajarte

Hay que subrayar que el desarrollo de la resiliencia es un proceso personal de las personas, entonces, no todos reaccionan del mismo modo ante situaciones de estrés o acontecimientos traumáticos, una estrategia para incentivar la resiliencia puede funcionar para una persona pero para otros no. Cada persona aplicará el recurso que mejor le ha funcionado.

Cada individuo posee cierta cantidad de factores resilientes y pueden variar dependiendo de la persona, por ejemplo ante una situación de enfermedad: la fortaleza del amor familiar, el cambio en los valores de vida, la fuerte fe, las creencias religiosas son algunos indicadores y factores de protección en cuanto a la resiliencia personal y familiar (Henderson, 2006).

### 3.7.3 Resiliencia en personas con problemas de salud

Dentro de las enfermedades u otras condiciones desfavorables, el papel de La fe y las creencias religiosas tienen una poderosa influencia en cuanto a las características yo tengo, ya que la religión ofrece una de las maneras más trascendentes de dar significado al dolor y el sufrimiento, no todos utilizan la fe para apoyarse pero para aquellos que sí lo hacen se convierte en la fuerza predominante o superior, que favorece a la modificación de sus valores anteriores y les dan un nuevo significado. En algunos casos perciben que “las desgracias que han sufrido son una secreta bendición (...) donde el sufrimiento deja enseñanzas sobre la vida y las personas” (Goffman, 2006, pág. 22). Entonces, ante una situación adversa las personas pueden darle un giro positivo, que les brinda una segunda oportunidad en la vida y la posibilidad de descubrir capacidades que desconocían que existían, de encontrar la fortaleza con la que no sabían que contaban y les permite hacer frente a la adversidad que están atravesando.

Otra manera que tienen algunas personas para sobreponerse y darle otro sentido a una situación desfavorable o de estigma se encuentra en brindar su apoyo o compartir su experiencia a más sujetos que atraviesan algo similar, por ejemplo por medio de pláticas, conferencias, publicaciones de escritos. Esto beneficia para generar relaciones sociales (Goffman, 2006).

Este apartado muestra que existen estrategias para un afrontamiento exitoso; sin embargo los pacientes con quemaduras tienen un aspecto importante a considerar y para ello se retoma a Henderson (2006) quien menciona que un factor sustancial del sentimiento de las personas sobre los problemas de salud, está en el hecho de que la enfermedad o lesión sea fácilmente identificable por la gente, como es caso del sujeto que experimentó quemaduras graves que dejaron secuelas visibles, en estos casos puede existir la presencia de los estigmas, siendo el sujeto el primero en considerarse diferente por las deformaciones físicas/estéticas, a lo que Erving Goffman (2006) denomina estigma “desacreditado”, es decir, cuando la condición de diferente es conocida o resulta evidente para los demás, por otro lado, cuando la diferencia no es conocida ni inmediatamente perceptible lo denomina estigma “desacreditable” donde el estigmatizado trata de manejar las situaciones a modo de que su condición siga siendo desconocida. Goffman parte desde el punto que un estigma es un atributo profundamente desacreditador, donde quien lo posee es colocado en desventaja con respecto a los demás. Para este autor existen 3 tipos de estigmas:

1. Las abominaciones del cuerpo: engloba todas aquellas deformaciones físicas.
2. Defectos de carácter: como falta de voluntad, pasiones tiránicas o antinaturales, creencias rígidas y falsas, deshonestidad, perturbaciones mentales, reclusiones, adicción a drogas, homosexualidad.
3. Estigmas tribales: con relación a la raza, nacionalidad, religión, todos supuestamente transmisibles por herencia y contaminar por igual a todos los miembros de la familia.

Los estigmas a su vez generan acciones discriminatorias que generan que el individuo estigmatizado limite su participación social (Goffman, 2006), adicionalmente las secuelas, los cambios en la vida cotidiana, combinados con la preocupación y supervisión de los cuidadores y médicos podrían generar una situación en la cual el afectado puede fácilmente volverse temeroso y frágil, esta última cuestión aún no se ha comprobado en adultos pero sí en niños y adolescentes que tienen problemas relacionados con la salud (Henderson Grotberg, 2006).

Si bien, un acontecimiento adverso ocasiona cambios en el sujeto y su familia que paulatinamente van afrontando con relación a eso Pan (2011) refiere que “la mayoría de las personas retoman su nivel normal de comportamiento a los seis meses de ocurrido el hecho traumático” (citado por Henderson, 2006, pág. 320). Cuestión que se pudo en cierta medida apreciar en los resultados de esta investigación.

Para finalizar este apartado de resiliencia se retoma la siguiente cita de Henderson (2006)

“Hacer frente es aceptar la situación, la aceptamos porque sucedió y no podemos modificarlo, la resiliencia es la recuperación, resurgir, implica fortaleza. El ser resiliente no implica el no experimentar emociones negativas o grandes preocupaciones ante situaciones difíciles, sino irse adaptando al cambio y aprender de ello (...) con el paso del tiempo las personas se adaptan bien a las situaciones que les modificaron la vida” (Henderson, 2006).

### 3.8 Redes de apoyo

Como ya se mencionó anteriormente la resiliencia tomará su fuerza de los apoyos externos (yo tengo), por ello es importante identificar las principales redes de apoyo con las que cuenta el jefe de familia que se atendió en el CENIAQ.

Entendamos "red social" o red de apoyo social a la “práctica simbólica-cultural que incluye al conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y así evitar el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando enfrenta dificultades, crisis o conflictos” (Montes de Oca, 2003, pág. 273).

De acuerdo con Calvo (2009) una red a manera de metáfora es:

“una hebra de un tejido para referirnos al ser humano como parte integrante de su red y a su vez tomamos en cuenta, con un concepto de totalidades y desde una concepción holística, a esa red relacionada con un sistema mayor. Aparecen conceptos relativos a la interrelación, el entramado, los nexos, los modos de vincularse, los lazos que se crean entre cada persona, por ejemplo en una familia”. (Calvo, 2009, pág. 70).

En otras palabras, la red de apoyo del sujeto son todas aquellas personas que van a ser el pilar del sujeto y lo ayudarán en momentos de crisis a recuperarse y continuar con su vida. Esta red puede estar conformada en mayor o menor medida por miembros de la

familia, parientes, amigos, vecinos, compañeros de estudio u/o trabajo, grupos e instituciones que le dan sostén a la persona.

La existencia de estas redes de apoyo son fundamentales para el desarrollo integral de las personas que atraviesan por una crisis después de haber sufrido un acontecimiento tan severo como es una quemadura. Las personas requieren de una gran estabilidad y apoyo por parte de sus seres cercanos que les faciliten la integración social y de este modo se les facilita sus procesos de adaptación a los cambios físicos, estéticos o emocionales, además de brindarles seguridad e independencia y no ser tomados como sujetos pasivos y desvalidos, por el contrario, hacerles ver que pueden ser agentes activos que pueden lograr mejorar su estado de salud, bienestar y calidad de vida.

### 3.8.1 Tipos de redes de apoyo.

Los niveles de redes de apoyo según Montes de Oca (2003) son dos:

- Redes de apoyo personal (fuente informal) la cual está constituida por las redes personales y por las redes comunitarias no estructuradas.
- Redes de apoyo comunitarias (redes de apoyo formal) estas poseen una organización burocrática, un objetivo específico en ciertas áreas determinadas y utilizan profesionales o voluntarios para garantizar sus metas.

A continuación se muestran los componentes de cada una de ellas

#### *Redes de apoyo personal:*

##### Familiares.

- Relación vertical: Esposa, esposo, padre, madre, abuela, abuelo, hijo, hija, nietos, nietas, suegra, suegro, etc.
- Relación horizontal: Hermanas, hermanos, cuñadas, cuñados.
- Relación transversal: Tíos, tías, sobrinos, sobrinas.

##### No familiares.

- Semi-familiares: Compadrazgo.
- Amistades comprometidas: amigos (as) íntimos(as).
- Otras amistades.
- Otras personas.

*Redes de apoyo comunitarias:*

- Organizaciones del nivel comunitario no públicas con actividades propias (privadas, ONG, voluntariado, religiosas, etc.).
- Instituciones públicas o adscritas al sector público del nivel comunitario (ligadas a proyectos y actividades comunitarias).
- Organizaciones e Instituciones públicas de gran alcance, ligadas con políticas nacionales.

Se distingue dos elementos de análisis de las redes de apoyo social: las características estructurales y los tipos de apoyo

- Características estructurales: se refiere al “tamaño de la red (cantidad de personas que conforman la red), densidad (grado de interrelación entre los miembros), distribución (ubicación de las relaciones en el mapa de red), dispersión (distancia espacial entre los miembros) y homogeneidad/heterogeneidad (similitud o diferencia de características sociales, culturales y demográficas entre los miembros de una red)” (Salinas, 2008, pag.164).

Tipos de apoyo: Montes de Oca (2003) menciona que las redes sociales pueden proporcionar diversos tipos o transferencias de apoyo, los cuales se presentan como un flujo de recursos, acciones e información que se intercambian y circulan. Se consideran 4 categorías de apoyo los cuales son:

- Apoyos materiales: implican un flujo de recursos monetarios (dinero efectivo de forma regular o no, remesas, regalos, etc.) y no monetarios bajo la forma de otras formas de apoyo material (comidas, ropa, pago de servicios, etc.)
- Apoyos instrumentales: pueden ser el transporte, la ayuda en labores del hogar y el cuidado y acompañamiento.
- Apoyos emocionales: se expresan por la vía del cariño, la confianza, la empatía, los sentimientos asociados a la familia, la preocupación por el otro, etc. Pueden tomar distintas formas que van desde visitas periódicas, transmisión física de afectos, etc.
- Apoyos cognitivos se refieren al intercambio de experiencias, a la transmisión de información (significado), al dar consejos que permiten entender una situación, etc.

Hasta este punto se han establecido los conceptos y definiciones teóricas, que serán la base de la comprensión del objetivo central de esta investigación el cual es analizar los cambios en la dinámica familiar de hombres jefes de familia que sufrieron una lesión por quemaduras, daremos ahora paso a la justificación, así como a los lineamientos metodológicos que guían la presente investigación.

## Capítulo 4 Metodología

### 4.1 Justificación

A lo largo de nuestra vida cotidiana constantemente estamos expuestos a sufrir algún tipo de accidente ya sea por falta de prevención o simplemente algún hecho inesperado que este fuera de nuestro alcance, siendo éstos en el hogar, trabajo, escuela y/o ámbito social. Ninguna persona está exenta a sufrir un trágico accidente que puede desembocar en la muerte o dejar serias secuelas como la discapacidad física y/o mental que generará grandes cambios a corto, mediano o largo plazo en el sujeto y la familia.

Datos del INEGI (2015) reportan que en el 2015 había 119 millones 530 mil 753 habitantes a nivel nacional, de los cuales 125 221 el 0.1% de la población nacional sufrió quemaduras que requirieron atención y hospitalización médica. Este dato aparentemente no representa una cifra significativa de personas que sufren quemaduras por accidentes; sin embargo, es un problema alarmante debido al impacto que éstas generan en todos los ámbitos de la persona afectada.

Actualmente las quemaduras se han convertido en un problema de salud pública, en donde el 90 % de los casos se producen por la exposición repetitiva a actividades de riesgo, teniendo mayor incidencia en países de ingresos económicos bajos, producidos en mayor medida en el ámbito doméstico y laboral. La Secretaria de Salud refiere que el 56% de los adultos de entre 20 a 50 años sufren quemaduras dentro del ámbito laboral mientras que el 32% de quemaduras en menores de 19 años se ocasionan en el hogar, ambos casos debido a falta de una cultura de prevención de accidentes, falta de normatividad legal y pobreza entre las principales causas, citado por la (OMS, 2014).

La Organización Mundial de la Salud reporta que las quemaduras provocan alrededor de 265,000 muertes al año (OMS, 2014). A nivel nacional la Secretaria de Salud reportó que en 2015; 125,221 personas sufrieron una quemadura que recibió atención médica en alguno de los sectores de salud, siendo la Ciudad de México la entidad con mayor número de personas con quemaduras, presentando 13,088 casos, de las cuales fueron 6,617 hombres y 6,471 mujeres. La población con más incidencia según las estadísticas de la Secretaria de Salud es la población masculina en edades de 25 a 44 años con 43,891 casos a nivel nacional, este rango de edad se ve 6 veces más afectados que en niños, adolescentes y adultos mayores (Secretaria de Salud, 2015).

De acuerdo a cifras del Centro Nacional de Investigación y Atención a Quemados (CENIAQ) de enero del 2015 a diciembre del 2016 estuvieron hospitalizados 435 pacientes de los cuales 293 fueron hombres (todas las edades).

Cabe mencionar que durante el tiempo que se realizó Servicio Social dentro del CENIAQ en el año 2016, se logró distinguir la prevalencia de población hombre jefes de familia en edades productivas que ingresaban a este Centro tras haber sufrido un accidente mientras laboraban, de ahí surge el interés por realizar una investigación con población masculina y en edad productiva, sumado a que es una población que hasta la fecha ha sido poco abordada desde la óptica de trabajo social; ya que en la revisión de la literatura se encontraron en su mayoría investigaciones con pacientes pediátricos, de corte médico o psicológico.

La realización de esta investigación se concentró con pacientes hombres jefes de familia entre 20 y 50 años de edad que radican en Ciudad de México que se encuentran casados o en unión libre, atendidos en el Centro Nacional de Investigación y Atención a Quemados (CENIAQ) con el objetivo de identificar y analizar los cambios que hay en la dinámica familiar después de que el proveedor económico sufre quemaduras, ya que se observó que el Centro en cuestión donde fueron atendidos, no realiza un seguimiento desde Trabajo Social post hospitalario. Surgiendo el interés y preocupación de qué sucede con esta población y a que se enfrenta después de este trágico suceso.

Para lograr el objetivo se contó el apoyo institucional, brindando las facilidades para el acceso a datos estadísticos y socioeconómicos convenientes para la investigación y selección de pacientes de acuerdo a los criterios de inclusión.

Esta investigación pretende abrir un primer acercamiento para conocer y comprender los cambios que surgen en la familia del paciente hombre egresado, así como en su vida cotidiana. A su vez busca generar una mayor participación en la intervención de trabajo social, logrando un tratamiento integral, en donde a partir de los hallazgos obtenidos se podrá advertir al paciente y a sus familiares las posibles secuelas y modificaciones que pueden ocurrir una vez que egresen del CENIAQ.

Finalmente la investigación podría servir como una base a las generaciones futuras de trabajadores sociales, para próximos estudios de mayor profundidad, así como para implementar programas y proyectos dirigidos a la población hombre en edad productiva que atraviesa por un proceso de modificaciones en su vida familiar.

## 4.2 Lineamientos metodológicos

### 4.2.1 Planteamiento del problema

Se ha observado en los pacientes hombres en edad productiva que sufrieron una lesión por quemadura atendidos en el Centro Nacional de Investigación y Atención a Quemados, que el mayor número de casos pertenece a los que trabajan en los oficios, tales como: albañil, electricista, herrero, entre otros; cuyas características son el trabajo informal y la alta eventualidad, salario bajo e inestable, falta de medidas de seguridad, expuestos constantemente a accidentes y que no cuentan con seguridad social, además el lugar de residencia de estos pacientes se encuentra ubicado en colonias de alta a muy alta marginación y en viviendas prestadas o rentadas.

Aunado a lo anterior y ante el episodio de una quemadura por accidente como consecuencia del alto riesgo en su oficio y que fue atendido en un Centro especializado (CENIAQ) donde le brindaron una atención considerada de alta especialidad y una vez que la persona es dada de alta y por políticas de la institución le es aplicada una cuota de recuperación por prestación de servicios médicos, que tiene que liquidar. Dicha cuota depende de los días de hospitalización y tratamiento otorgado; sin embargo por sus condiciones socioeconómicas no puede de manera inmediata realizar dicho pago, por lo que recurre a solicitar préstamos e incluso llega a disponer de su patrimonio para poder solventar la cuota, sumado a esto el paciente quien es el principal proveedor económico queda imposibilitado para reincorporarse de inmediato al trabajo por la discapacidad ya sea temporal o permanente que provocaron las secuelas de las quemaduras.

La problemática que se observa es que dada las condiciones de informalidad en los empleos, como la de los oficios y las condiciones de pobreza en las que se encuentra el paciente; al sufrir una lesión por quemadura y debido a los altos costos del tratamiento, se agudiza su situación de pobreza, además que impactan en la dinámica familiar del paciente.

Si bien, la pobreza es un problema estructural, este tiene un impacto severo en quienes se ocupan en empleos informales y que por falta de seguridad social y laboral se accidentan y sufren una lesión por quemadura. A partir de ese episodio se detona una problemática que sin duda tiene efectos en la familia. Por tal motivo esta situación brinda elementos importantes para su investigación ya que no existe como tal un estudio en México que deleve dichas cuestiones en este tipo de población.

#### **4.2.2 Preguntas de investigación**

¿Cuáles fueron los cambios en la dinámica familiar de pacientes hombres jefes de familia de 20 a 50 años de edad que presentaron quemaduras de 2do. y 3er. grado por electricidad, fuego y escaldadura que se atendieron en el Centro Nacional de Investigación y Atención a quemados (CENIAQ) en el periodo de enero 2015 a diciembre 2016?

1. ¿Cuál es el perfil social de las familias de pacientes hombres jefes de familia que se atendieron en el CENIAQ?
2. ¿De qué forma los cambios en la economía familiar provocados por los costos del tratamiento de quemaduras de 2do. y 3er. grado de pacientes hombres jefes de familia que se atendieron en el CENIAQ influyen en la dinámica de la familia?
3. ¿Qué secuelas dejó la quemadura de 2do. y 3er. grado por electricidad, fuego y escaldadura en los pacientes hombres jefes de familia que se atendieron en el CENIAQ?
4. ¿Cuáles fueron los cambios en la dinámica familiar de los pacientes hombres jefes de familia que se atendieron en el CENIAQ?

### **4.2.3 Objetivos**

#### Objetivo General

Analizar los cambios en la dinámica familiar de pacientes hombres jefes de familia de 20 a 50 años de edad que presentaron quemaduras de 2do. y 3er. grado por electricidad, fuego y escaldadura atendidos en el Centro Nacional de Investigación y Atención a Quemados (CENIAQ) en el periodo de enero 2015 a diciembre 2016, con el fin de identificar los factores de riesgo y vulnerabilidad que afectan al paciente y su familia.

#### Objetivos específicos

1. Identificar el perfil social de las familias de pacientes hombres jefes de familia que se atendieron en el CENIAQ.
2. Examinar los cambios en la economía familiar provocados por los costos del tratamiento de quemaduras de 2do. y 3er. grado de pacientes hombres jefes de familia que se atendieron en el CENIAQ los cuales influyen en la dinámica de la familia.
3. Describir las secuelas que dejó la quemadura de 2do. y 3er. grado por electricidad, fuego y escaldadura en los pacientes hombres jefes de familia que se atendieron en el CENIAQ.
4. Identificar los cambios en la dinámica familiar de pacientes hombres jefes de familia que se atendieron en el CENIAQ.

#### 4.2.4 Método

Se decidió utilizar el método de investigación científica estudio de caso ya que se consideró la metodología como la más apropiada para el tipo de población a estudiar, y el nivel de la investigación. En consideración con Yin (1989, pág. 23) “el método de estudio de caso es apropiado para temas que se consideran prácticamente nuevos” (citado por Martínez, 2006, pág. 174), pues en su opinión esta investigación científica tiene los siguientes rasgos distintivos:

- Examina o indaga sobre un fenómeno contemporáneo en su entorno real.
- Las fronteras entre el fenómeno y su contexto no son claramente evidentes.
- Se utilizan múltiples fuentes de datos.
- Puede estudiarse tanto un caso único como múltiples casos.

En cuanto al procedimiento metodológico de la investigación científica estudio de caso, se siguieron las siguientes fases (Martínez, 2006):

- Planteamiento del problema, preguntas de investigación y objetivos.
- Revisión de la literatura.
- Obtención de los datos: realización de entrevistas y encuestas, obtención de catálogos y datos financieros, entre otras. Para el caso de esta investigación se realizaron entrevistas a profundidad al paciente y a la persona que acompañó al paciente durante su proceso de recuperación, así también se retomaron expedientes socio-médicos de los pacientes.
- Transcripción de los datos: transcripción de entrevistas.
- Análisis global: constante comparación de la literatura con los datos obtenidos para la codificación de los mismos.
- Análisis profundo: comparación sustantiva de los resultados con los conceptos de la literatura.
- Conclusiones generales e implicaciones de la investigación.

Cabe mencionar que en el método de investigación de estudios de casos con un modelo de análisis de la información cualitativo, los conceptos organizadores pueden cambiar de algún modo a medida que avanza el estudio flexible y algunos lo llaman *estudio progresivo* (Stake, 2010).

La selección de casos:

La investigación de estudios de caso no es una investigación de muestras, ya que el objetivo primordial de este método es comprender el caso particular, no se buscan las generalizaciones.

Hay unas consideraciones a tomar en cuenta al momento de seleccionar a los casos de estudio. Stake (2010) indica los siguientes:

- El primer paso para la selección es tener establecidos los objetivos para saber qué casos pueden llevarnos a la comprensión de la situación. Características de interés
- Es importante considerar el tiempo con el que disponemos para el trabajo de campo
- La posibilidad de acceso al campo, ya que en muchos casos suele ser limitado
- Seleccionar casos que sean fáciles de abordar
- Aquellos en los que se puede identificar un posible informador dispuestos a dar su opinión y que sea alguien que sepa mucho sobre el caso.

Retomando a Stake (2010) “el caso es algo que se va estudiar, tiene una vida única, es algo que no entendemos lo suficiente, que queremos comprender y por consiguiente hacemos el estudio de caso” (pág. 114). El objetivo de estos estudios es lograr una mayor comprensión y apreciación de la singularidad y complejidad del caso, su inserción e interrelación en sus contextos (Stake, 2010).

En esta investigación existe la necesidad de conseguir una comprensión general de en cuanto al tema “*cambios en la dinámica familiar de pacientes jefes de familia que presentaron quemaduras de 2do. y 3er. grado atendidos en el CENIAQ*”, esto se logró mediante el estudio de 7 casos particulares, para finalmente tener respuesta a la pregunta temática, a este tipo de estudio Stake (2010, pág. 16) denomina “estudio instrumental de casos”.

En el estudio instrumental de casos es relevante elegir varios casos como objeto de estudio, en donde cada estudio de caso sea un instrumento para lograr el objetivo de comprender un determinado tema. A este tipo de trabajo en donde se seleccionan varios casos el autor anterior lo nombra “estudio colectivo de casos” (pág. 17).

En los estudios colectivos de casos “una dedicación temprana a los asuntos comunes facilita el posterior análisis transversal” (Stake, 2010, pág. 32). Así entonces, se realizó un análisis del contexto socioeconómico de los 25 pacientes hombres jefes de familia

atendidos en CENIAQ durante los años 2015 y 2016 que cubrieron los criterios de inclusión, esto mediante una revisión de expedientes socio médicos, con el objetivo de describir las características generales de esta población y obtener una comprensión general del tema de investigación. De este modo se logró problematizar el tema y posteriormente sirvió de guía para el análisis de los 7 casos que accedieron a participar en el estudio a profundidad.

Para contar con mayores elementos de comprensión y análisis es valiosa la información obtenida durante la visita domiciliaria, ya que como plantea Stake (2010) el contexto físico, es de gran importancia cuando los temas y casos son sobre una persona, familia o el hogar, por ello la relevancia de la visita domiciliaria en los estudios de casos.

A la par y a partir de las entrevistas a profundidad y de la observación se realizaron descripciones detalladas de las situaciones contextuales y la experiencia subjetiva del paciente, triangulando la información con los datos proporcionados por la informante/cuidadora primara (esposa o concubina), ésta proporciona observaciones que el paciente o los investigadores no pueden hacer por uno mismo. Estas estrategias de triangulación facilitaron entender los cambios en el paciente y la dinámica familiar. A su vez se logró comprender las emociones, los puntos de vista, las diferentes perspectivas, vivencias del paciente y su familia respecto al proceso de hospitalización, recuperación y la readaptación del paciente a su vida, a raíz de la lesión por quemadura.

Un aspecto controversial en cuanto al estudio de casos y de la investigación con modelo de análisis de la información cualitativo en general es la validez en las interpretaciones y conclusiones. Así como en el análisis de información cuantitativo que posee estrategias que le dan validez a los resultados, paralelamente los estudios de casos también buscan “evitar al máximo falsas percepciones y el error de nuestras conclusiones” (Stake, 2010, pág. 115) y asegurar la validez de la información que se va a mostrar en los resultados.

Debido a que en los estudios de casos se ocupan temas complejos en donde no existe un consenso sobre lo que existe realmente, queda la obligación de reducir al mínimo las falsas representaciones o interpretaciones. Para lo cual se necesitan estrategias y procedimientos, que van más allá de una simple repetición de los datos que se recogieron, a este procedimiento lo denominan triangulación (Stake, 2010).

El objetivo de la triangulación es dar mayor validez a las afirmaciones descriptivas o interpretativas, con la intención de aclarar una historia, ofrecer una comprensión del caso y diferenciar significados opuestos. Para lo cual se puede recurrir a cualquiera de las estrategias de triangulación que identificó Denzin (1984) (citado por Stake 2010, págs. 98,99)

### Estrategias de triangulación

- Triangulación de las fuentes de datos: es ver si aquello que observamos y de lo que informamos contiene el mismo significado cuando lo encontramos en otras circunstancias. Se observa si el fenómeno o caso sigue siendo el mismo en otros momentos, en otros espacios, o cuando las personas interactúan de forma diferente.
- Triangulación del investigador: cuando se pide que otros investigadores observen la misma escena o el mismo fenómeno. En ocasiones servirá de ayuda contar con un compañero, un segundo miembro del equipo para que observe.
- Triangulación de la teoría: cuando varios investigadores comparan sus datos. En la medida en que describen el fenómeno con un detalle similar, la descripción esta triangulada; en la medida que están de acuerdo sobre su significado, la interpretación esta triangulada.
- Triangulación metodológica: en los estudios de casos sobresale la observación, la entrevista y la revisión de documentos. Se puede recurrir a los tres para asegurar la confianza de la interpretación.

Las estrategias de la triangulación no sirven para confirmar o refutar la interpretación original, sino para tener interpretaciones alternativas y aportar datos adicionales para el estudio de casos (Denzin, 1984; Flick, 1992 citados por Stake 2010).

Siguiendo las estrategias de Denzin (1984) y acorde a esta investigación, se emplearon las siguientes estrategias de triangulación:

- Triangulación del investigador: la investigación al ser realizada en pareja, se tenían dos percepciones diferentes de lo observado, lo cual brindó una interpretación más completa.
- Triangulación metodológica: la investigación comenzó con una revisión documental, revisión de expedientes sociomédicos, entrevistas a profundidad al paciente y a su cuidadora primaria (esposa o concubina) en función de lo que pudiera aportar para conseguir una comprensión óptima del caso y la observación (del entorno físico y de las actitudes de los entrevistados y su familia).

Para el análisis de los 7 casos se utilizaron dos estrategias: una *interpretación directa* de cada caso y posterior una *suma categórica*, es decir, la suma de los casos, de este modo poder formular un análisis sobre ellos en conjunto y obtener significados relevantes para el tema (Stake, 2010).

Dentro de los resultados o informe final el investigador cualitativo emplea los relatos para ofrecer al lector la mejor oportunidad de alcanzar una comprensión del caso, partiendo desde el conocimiento que el cada uno de los casos son únicos, así entonces los lectores son dirigidos hacia ese sentido a medida que leen los relatos y las explicaciones de las experiencias para así lograr la comprensión de cada caso en particular

En virtud de lo anterior, Stake (2010) considera que para el informe final “se debe encontrar aquella mejor historia que describa la situación de la investigación concreta, en beneficio del lector, en beneficio del caso (...) solo se cuenta lo necesario y deja el resto para el lector” (pág. 105), solo se presentan unos pocos esbozos para ilustrar lo que ocurre.

Agrega el autor anterior que la intención del método de estudios de casos no es generalizar, por el contrario, tiene como objetivo principal la particularización, se toma un caso (s) y se llega a conocer bien; no obstante en ocasiones es válido constituir generalizaciones menores que surgen de todo el proceso del estudio de casos, en donde esos casos particulares a la vez pueden ser comunes entre sí. “No es raro que los investigadores en estudios de casos hagan asertos sobre unos datos relativamente escasos, invocando el privilegio y la responsabilidad de la interpretación” (pág. 23), ya que las conclusiones surgen a partir de trabajo de campo, observaciones, juicios subjetivos, analizando y resumiendo.

En esta investigación se realizó un estudio instrumental de casos, mediante un estudio colectivo, donde se analizó cada caso en particular y posteriormente un análisis en conjunto.

Concluiremos citando a Stake (2010) quien dice:  
“El estudio de casos es la oportunidad de ver lo que otros no han visto aun” (pág. 116).

#### **4.2.4.1 Población de estudio**

En cuanto a la selección de casos y de acuerdo a Eisenhardt (1989, pág. 545) quien afirma “mientras no existe un número ideal de casos, con un rango entre cuatro y diez casos se trabaja bien. Con menos de cuatro casos, es difícil generar teoría con mucha complejidad” (citado por Martínez, 2006, pág. 174).

La población total que se hospitalizó debido a lesiones por quemaduras en el CENIAQ en los años 2015 y 2016 fue de 435 pacientes contando hombres y mujeres de todas las edades, de esta población 293 fueron hombres (todas las edades), cumpliendo únicamente 25 pacientes con los siguientes criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- Paciente atendido en el CENIAQ de enero del 2015 a diciembre del 2016
- Hombre
- Jefe de familia
- 20 a 50 años de edad
- Residentes de la Ciudad de México
- Casado, unión libre
- Quemaduras de 2do. y 3er grado
- Quemaduras por electricidad, fuego y escaldadura
- Que la persona acceda a participar en la investigación

Adicionalmente se realizaron entrevistas a la persona que acompañó al paciente la mayor parte del tiempo durante su proceso de hospitalización, rehabilitación y recuperación en casa. Con el motivo de profundizar en los cambios en la dinámica familiar, los costos del tratamiento y las secuelas. Obteniendo así otra percepción de la vivencia de este proceso, ya que como se plantea en la metodología del estudio de caso se puede comprender el fenómeno utilizando diferentes fuentes de información, siendo así la cuidadora primaria una informante clave.

Se realizaron 7 visitas domiciliarias; sin embargo, solo seis pacientes accedieron a la entrevista, en un caso solo accedió la esposa, ésta refirió que el paciente se sentía mal por lo que no podría participar. Obteniendo así un total de 7 entrevistas a las esposas/concubinas y 6 entrevistas a los pacientes.

No. Caso	Entrevista Paciente	Entrevista Cuidadora
Caso 1	Paciente	Concubina
Caso 2	Paciente	Esposa
Caso 3	Paciente	Tía
Caso 4	Paciente	Concubina
Caso 5	Paciente	Concubina
Caso 6	<b>No accedió</b>	Concubina
Caso 7	Paciente	Esposa
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

#### 4.2.4.2 Procedimiento

##### Fase 1

- Se solicitó al CENIAQ autorización para la realización de la investigación y apoyo en cuanto al acceso a archivos, revisión de expedientes de los pacientes y permiso para realizar entrevistas.
- Revisión de literatura.

##### Fase 2

- De la base de datos proporcionada por el área de Trabajo social y Admisión Hospitalaria del CENIAQ, se encontró del año 2015 y 2016 un total de **435 pacientes** que ingresaron a hospitalización debido a lesiones por quemaduras.
- Para la selección de los casos se re realizó una depuración para localizar únicamente a la población hombre en edades de 20 a 50 años de edad, casados o en unión libre, con quemaduras de 2do. y 3er. grado, residentes en la Ciudad de México.
  - Primeramente se localizó a la población hombre en edades de los 20 a 50 años, quedando una cifra de 171 hombres en este rango de edad.

- Posteriormente se revisó de forma individual los expedientes de los 171 pacientes, con el objetivo de obtener los datos en cuanto a su residencia y estado civil. Resultando 45 pacientes residentes de la Ciudad de México, de los cuales únicamente 25 son casados o en unión libre.
- Nuevamente se realizó una revisión de los expedientes de los 25 pacientes seleccionados, con más profundidad. Se recolectaron datos sociales, económicos y médicos, con el objetivo de construir el perfil social y obtener un panorama general.
  - Los datos que se obtuvieron fueron: edad, escolaridad, ocupación, ingreso mensual, estado civil, tipo de familia, número de integrantes por familia, ingreso mensual, nivel socioeconómico asignado, relato de como ocurrió la quemadura, tipo de quemadura y días de hospitalización. Así como datos personales como número telefónico y domicilio, estos últimos con el fin de localizar a los pacientes.
- La información recuperada de los expedientes y del estudio socioeconómico fue concentrada en una tabla, posteriormente se graficó.
- Se hizo el análisis de información recolectada y concentrada para la construcción del perfil social, que ayudó a comprender mejor la situación socio familiar de los pacientes y posteriormente complementó la información obtenida a partir de las entrevistas, para analizar los cambios en la dinámica familiar.

### Fase 3

- Elaboración del instrumento
- Se fijó un objetivo de número de casos a los que se les aplicaría la entrevista a profundidad, concluyendo que se abordaría a diez pacientes (de los 25 hombres que cubrieron los criterios de inclusión) y a sus cuidadoras primarias, con el propósito de obtener información cualitativa sobre los cambios en la dinámica familiar.
- Se elaboraron dos guías de entrevistas a profundidad, una para el paciente y otra para su cuidadora primaria, con base a las dimensiones del modelo de funcionamiento familiar de Mc Master y complementada con las siguientes categorías: cuota de recuperación por prestación de servicios médicos, secuelas que dejó la lesión por quemadura, cambios económicos en la familia debido a costos de hospitalización y tratamiento, redes sociales de apoyo, cambio en su vida cotidiana; ya que estas categorías proporcionarían a los investigadores una visión integral para comprender los cambios en la dinámica familiar.

- Se aplicó una prueba piloto, la cual sirvió para el ajuste y complementación de la guía de entrevista.

Para fines de esta investigación se consideraron únicamente 4 dimensiones omitiendo las dos siguientes: involucramiento afectivo y control de conducta evitando así invadir la privacidad del paciente.

La guía de entrevista a profundidad consta de 42 preguntas, divididas en 4 apartados:

1. Datos personales
2. Cambios económicos en la familia debido a costos de hospitalización y tratamiento.
3. Secuelas (físicas, estéticas, emocionales y sociales).
4. Cambios en la dinámica familiar
  - A) Comunicación
  - B) Roles
  - C) Resolución de problemas
  - D) Respuestas afectivas

#### Fase 5

- Se contactó vía telefónica a los pacientes para invitarles a participar en la investigación. Los números telefónicos se obtuvieron de los datos generales del expediente, manejándolos con completa confidencialidad únicamente para fines de la investigación.
- Cabe resaltar que se intentó contactar a los 25 pacientes; sin embargo solo se logró localizar a diez pacientes, de los cuales solo siete accedieron a participar en el estudio.
- Se acordó fecha y hora de la visita domiciliaria de los 7 pacientes que aceptaron participar.

## Fase 6

- Se realizaron las visitas domiciliarias para obtener información cualitativa sobre los cambios en la dinámica familiar y las secuelas que generó el accidente, así como para observar el entorno donde habitan los sujetos. Dos entrevistas se realizaron a petición del paciente dentro de las instalaciones del CENIAQ, siendo la entrevista el mismo día que el paciente tuvo cita de revisión de heridas. Las entrevistas se realizaron en cinco casos por separado, en un caso fue únicamente con la cuidadora y en otra fue al paciente y cuidadora juntos.

Cabe mencionar que se consideró la participación de la esposa o concubina debido a que fue ella quien acompañó al paciente, por eso la importancia de destacar la participación y apoyo de la pareja durante todo el proceso, así como su colaboración en la realización de la entrevista para complementar, profundizar y conseguir una comprensión óptima del caso.

## Fase 7

- La información obtenida de las entrevistas fue analizada mediante:
  1. Grabación de la entrevista, previa autorización del entrevistado
  2. Transcripción de la entrevista
  3. Concentración de las transcripciones de las entrevistas en una matriz dividida en categorías (véase en anexo 4).
  4. Análisis de la matriz
- Análisis de la información  
Los cambios en la dinámica familiar fueron analizados e interrelacionados entre sí para una mayor comprensión del tema:
  - Gastos económicos por pago de cuota de recuperación por prestación de servicios médicos
  - Gastos en tratamiento en casa
  - Cambios en la economía familiar
  - Redes de apoyo social
  - Secuelas post quemaduras
  - Tiempo que tardó para reincorporarse al trabajo

Todos en conjunto tienen una relación directa con la dinámica familiar, la cual fue analizada con base en las cuatro dimensiones retomadas del Modelo de Funcionamiento Familiar de Mc Master: roles, resolución de problemas, comunicación, respuestas

afectivas e involucramiento afectivo. En esta investigación se realizó un análisis de cada caso en particular y posteriormente un análisis en conjunto.

Cabe señalar que el análisis se realizó a partir de las respuestas obtenidas de las entrevistas, fue complementado con las observaciones de los investigadores durante la visita domiciliar y con la literatura que durante todo el proceso de campo fue detallada y complementada.

#### 4.2.4.3 Categorías para la construcción del Instrumento de recolección de la información

Indicador	Definición conceptual	Definición operacional	Instrumentos	Preguntas
Familia	<p>La familia es el grupo de personas unidas por vínculos de parentesco ya sea consanguíneo o no, por matrimonio o adopción que viven juntos por un período indefinido de tiempo, se le llama familia la misma que establece la unidad básica de la sociedad; en este núcleo familiar se satisfacen las necesidades más elementales de las personas como: dormir, alimentarse, vestido, salud, entre otras, además se imparte amor, cariño, protección y se prepara a los hijos para la vida adulta proporcionando las herramientas necesarias para la integración a la sociedad.</p>	<p><b>Dinámica Familiar</b></p> <p>La dinámica familiar es el “conjunto de pautas transaccionales que establecen de qué manera, y con quien se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo al ciclo vital por el que está atravesando la familia”</p> <p>La dinámica familiar puede ser analizada con el modelo de funcionamiento familiar de Mac master a través de una guía de preguntas que comprende 6 dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Resolución de problemas</li> <li>-Comunicación</li> <li>-Roles</li> <li>-Respuestas afectivas</li> <li>-Involucramiento afectivo</li> <li>-Control de conducta</li> </ul> <p>Se elaborara la guía de entrevista elaborando una serie de preguntas enfocadas a detectar los cambios en cada dimensión.</p>	<p>Guía de entrevistas a profundidad</p>	<p>¿Quiénes estuvieron con usted mientras se encontraba hospitalizado?          ¿Sintió el apoyo de sus familiares? SI – NO ¿Por qué?          Antes          Durante los primeros 6 meses En la actualidad          Comunicación          ¿A raíz del accidente ha notado cambios en la forma de relacionarse con su esposa?          ¿A raíz del accidente ha notado Cambios en la forma de relacionarse con sus hijos?          ¿Ha mantenido la comunicación con su familia o ha cambiado a causa del accidente?          Resolución de problema          ¿Se presentaron problemas escolares a raíz del accidente?          ¿Han tenido conflictos familiares a partir del accidente?          Roles          ¿Nos podría contar cuales son las actividades que hace cada miembro de la familia?          ¿Cambiaron las actividades que hacían los integrantes de la familia?          ¿Su esposa tuvo que salir a trabajar mientras usted se encontraba en recuperación?          Respuestas afectivas          ¿Qué sentimientos ha experimentado a raíz de esta situación?          ¿A partir del accidente se ha acercado más a su familia?          ¿A raíz del accidente ha cambiado la visión que tenía de la vida?</p>
		<p>Estructura de la familia                  Tipo de familia</p>	<p>Cuadro de estructura familiar</p>	<p>Número de integrantes de la familia que viven bajo el mismo techo.                  Edad, Ocupación, Sexo.</p>

		<p>Ciclo vital</p> <p>Proceso de desarrollo el que consiste en atravesar una serie de etapas que implican cambios y adaptaciones.</p>	Cuadro de estructura familiar	Número de integrantes de la familia que viven bajo el mismo techo. Edad, Ocupación, Sexo.
Secuelas de las quemaduras	Las secuelas son lesiones o afecciones que surgen como consecuencia de la quemadura.	<p>Físicas: limitación a la función de un órgano bien sea por daño directo o por la retracción que produce la cicatriz en los tejidos lesionados.</p> <p>Estéticas: cicatrices, muchas veces generan limitación de movimientos y contractura de articulaciones.</p> <p>Sociales: pueden provocar aislamiento en el sujeto que las sufre.</p> <p>Psicológicas: las cicatrices que deja una quemadura, especialmente en el rostro, puede alterar la autoestima y la imagen corporal.</p>	Guía de entrevista a profundidad	<p><u>A) Físicas</u></p> <p>¿El accidente le generó algún cambio en su movilidad en alguna parte de su cuerpo? ¿Cuánto tiempo tardó en recuperar la movilidad?</p> <p>¿Ha presentado molestias en las zonas afectadas?</p> <p>¿La secuela que le dejó el accidente es temporal o permanente? (preguntar únicamente si el paciente no está amputado).</p> <p>¿Cuál es el pronóstico que le dio el médico para recuperarse?</p> <p><u>B) Sociales</u></p> <p>¿Qué hacía en sus ratos libres?</p> <p>¿Cambiaron las actividades que hacía en sus ratos libres?</p> <p>¿El accidente cambió la forma de relacionarse con familiares, amigos y otras personas?</p> <p>¿Cómo fueron estos cambios?</p> <p><u>C) Estéticas</u></p> <p>¿En qué partes del cuerpo le dejó cicatriz?</p>
Costos de hospitalización y tratamiento de quemaduras	El costo aproximado para la atención del paciente con quemaduras con más del 50% de superficie corporal quemada de su cuerpo y con un tiempo de estancia en estos hospitales que varía de 10 días hasta meses, es entre 500 mil y un millón de dólares, es decir, 15 mil dólares diarios.	<p>Los costos de hospitalización y tratamiento, como ya se definió son costosos, y guardan relación con los cambios en el gasto familiar del paciente, los cuales influirán en la dinámica familiar.</p> <p>Y pueden ser medidos obteniendo:</p> <p>Costo de hospitalización</p> <p>Costo de tratamiento.</p> <p>Ingreso mensual del paciente antes del accidente.</p> <p>Ingreso mensual después del accidente.</p> <p>Venta de bienes y préstamos económicos.</p> <p>Apoyos económicos para cubrir los costos.</p> <p>Dificultades económicas para cubrir costos de hospitalización y tratamiento.</p>	Guía de entrevista	<p>¿Nos podría contar que tratamiento tuvo mientras estaba hospitalizado? ¿Y cuánto costo?</p> <p>¿Quién absorbió el costo de la hospitalización? ¿Con cuánto apoyo?</p> <p>¿Durante su estancia quien sostuvo a su familia económicamente? ¿Cómo los apoyaron?</p> <p>¿Tuvieron que recurrir a algún apoyo para solventar los gastos? Ejemplo, préstamos, venta de bienes.</p> <p>¿Lo que se gastó en hospitalización influyó en el gasto familiar? Despensa, Salidas recreativas, pago de servicios: Luz, Agua, Teléfono, Internet.</p> <p>Tratamiento</p> <p>¿Cuánto cuesta?</p> <p>¿Cuánto le dura?</p> <p>¿Por cuánto tiempo se la mandaron?</p> <p>Recomendaciones</p> <p>¿De qué tipo?</p> <p>¿Por cuánto tiempo?</p> <p>¿Ha incrementado el gasto familiar?</p> <p>¿Cuál será la duración de su tratamiento?</p>

				<p>¿Aproximadamente cuanto se está gastando mensualmente en el tratamiento?</p> <p>¿Tuvo dificultades económicas para llevar a cabo su tratamiento? ¿Cuáles?</p> <p>¿Algún otro miembro de la familia apoya en cuanto a gastos para el tratamiento? En caso de que si haya ¿Con cuanto apoya mensualmente?</p> <p>¿Algún miembro de la familia dejo de hacer actividades como ir a la escuela u otras en apoyo de costos del tratamiento?</p> <p>¿Lo que se ha gastado en tratamiento ha influido en el gasto familiar? Despensa, Salidas recreativas, pago de servicios: Luz, Agua, Teléfono, Internet.</p> <p>C) Rehabilitación</p> <p>¿Tuvo que acudir a rehabilitación?</p> <p>¿Cuál fue el costo, incluyendo gastos en transporte?</p> <p>¿De qué tipo?</p> <p>¿Cuánto tiempo?</p> <p>¿Quién lo lleva?</p> <p>¿Lo que se ha gastado en rehabilitación ha influido en el gasto familiar? Despensa, Salidas recreativas, pago de servicios: Luz, Agua, Teléfono, Internet.</p>
Actividad laboral	Actividad económica realizada por una persona de 15 y más años de edad, durante al menos una hora en la semana de referencia, independientemente si recibió pago alguno. Incluye a quien por alguna razón no trabajó, pero sí tenía un trabajo.	La actividad laboral se considera ya que en esta investigación todos los sujetos de estudio son proveedores económicos. Y durante el proceso de hospitalización y recuperación el paciente no podrá trabajar por lo cual no percibirá ingresos.	Guía de entrevista	<p>¿Actualmente quién es el proveedor económico? Y ¿Quién era antes?</p> <p>En caso de ser el accidentado ¿Cuánto tiempo transcurrió desde que lo dieron de alta para reincorporarse a su trabajo?</p> <p>¿Debido al accidente tuvo que cambiar de Trabajo? Si – No</p> <p>¿Por qué?</p> <p>¿Y ya estaba totalmente recuperado?</p> <p>¿Cuál fue el motivo por el que regreso?</p> <p>¿Cuánto recibe mensualmente de salario?</p>

#### 4.2.4.4 Construcción de la matriz de análisis

En el siguiente cuadro se muestra la base con la que fue construida la matriz de análisis de las entrevistas; esta ordenada conforme a lo que se quiere responder en la pregunta y objetivos de investigación, la matriz de concentración de las entrevistas se puede apreciar en el anexo 4.

Tema	Pregunta de investigación	Objetivos específicos	Categorías	Indicadores
Cambios en la dinámica familiar de pacientes con quemaduras	1. ¿Cuál es el perfil social de las familias de pacientes hombres jefes de familia que se atendieron en el CENIAQ?	1. Identificar el perfil social de la familia de pacientes hombres jefes de familia que se atendieron en el CENIAQ.	<b>Datos sociodemográficos</b>	Edad Escolaridad Ocupación Estado civil Residencia Tipo de familia Número de integrantes Ciclo vital de la familia Proveedor económico Ingreso mensual Gastos en tratamiento Nivel socioeconómico
			<b>Diagnóstico médico</b>	Tipo de quemadura Profundidad Grado SCQ%  Días de hospitalización
	2. ¿De qué manera influyen los costos del tratamiento de quemaduras de 2do. y 3er. grado de pacientes hombres jefes de familia en la economía familiar?	2. Examinar de qué manera influyen los costos del tratamiento de quemaduras de 2do. y 3er. grado de pacientes hombres jefes de familia en la economía familiar	Tratamiento en hospitalización	Costo de hospitalización
			Dificultades económicas  Recursos para solventar gastos  Cambios en la distribución del gasto	Préstamos Venta de bienes Cambios en la economía personal Cambios en el gasto familiar
			Redes de apoyo para cubrir el costo	Sostén económico de la familia Cuidadores primarios Cuidadores de los hijos
			Tratamiento post hospitalario	Recomendaciones específicas del médico Costo mensual del tratamiento (tratamiento médico y rehabilitación) Duración del tratamiento Pronóstico médico de recuperación

3. ¿Qué secuelas dejó la quemadura de 2º y 3er. grado por electricidad, fuego y escaldadura en los pacientes hombres jefes de familia que se atendieron en el CENIAQ?	3. Describir las secuelas que dejó la quemadura de 2º y 3er. grado por electricidad, fuego y escaldadura en los pacientes hombres jefes de familia que se atendieron el CENIAQ.	Secuelas Temporales: Físicas Sociales Emocionales Estéticas	Discapacidad Relaciones familiares, amigos y otras personas. Sentimientos y emociones Cicatrices
		Secuelas Permanentes: Físicas Sociales Emocionales Estéticas	Discapacidad Relaciones familiares, amigos y otras personas. Sentimientos y Emociones Cicatrices
4. ¿Cuáles fueron los cambios en la dinámica familiar de los pacientes hombres jefes de familia que se atendieron en el CENIAQ?	4. Identificar los cambios en la dinámica familiar de pacientes hombres jefes de familia que se atendieron el CENIAQ.	Tiempo para recobrar la movilidad de las partes afectadas  Tiempo para regresar a actividades laborales.	Meses
		Redes de apoyo post hospitalización	Apoyo económico Consultas médicas o de rehabilitación  Apoyo para hacer actividades y/o curaciones  Percepción sobre el apoyo brindado de familiares.
		Cambios en la dinámica familiar	Roles  Resolución de problemas  Comunicación  Respuestas afectivas  Actividades en ratos libres Vivienda Alimentación Perspectiva de la vida Día común en la familia

## Capítulo 5. Resultados

### 5.1 Perfil social de los 25 pacientes con quemaduras

Para la elaboración del perfil social se utilizó un universo de 25 pacientes que cubrieron los siguientes criterios de inclusión: hombres jefes de familia, casados o en unión libre, de 20 a 50 años de edad, que fueron hospitalizados en el CENIAQ y sufrieron quemaduras de 2do. Y 3er. grado, por electricidad, fuego y escaldadura, en el periodo de enero del 2015 a diciembre del 2016.

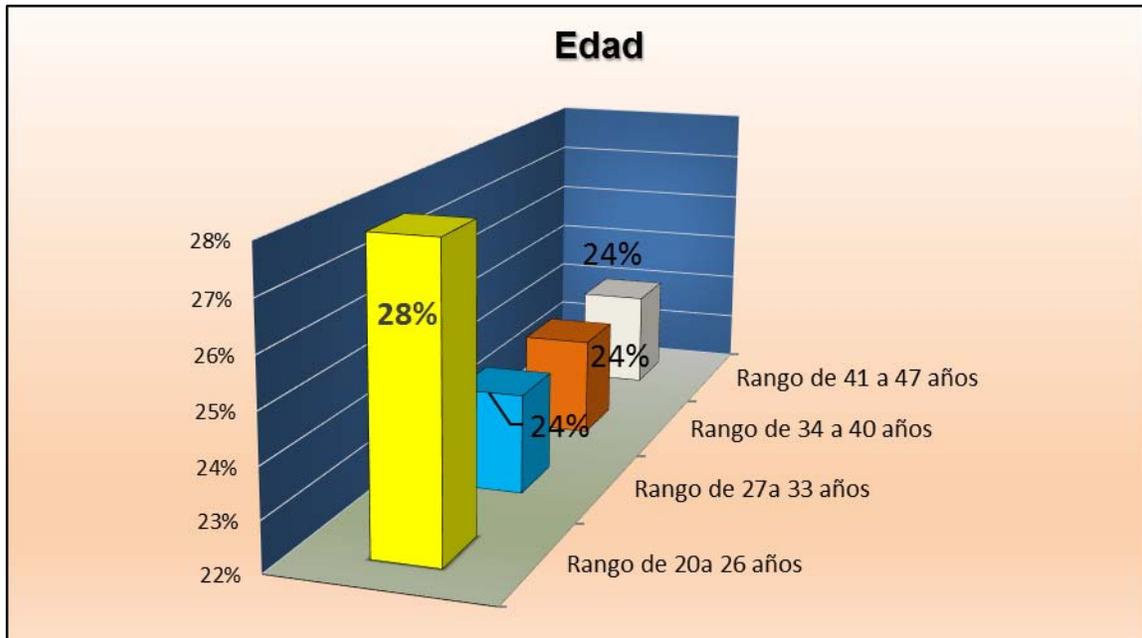
Para ello se consultaron las bases de datos de los ingresos y egresos y fueron seleccionados los sujetos que cubrieron con el criterio de rango de edad. Posteriormente se examinaron los expedientes de los 158 pacientes que se ubicaron en el rango de edad establecido. Consecutivamente se revisó el lugar de residencia, lo cual redujo el universo de estudio a 45 pacientes residentes en Ciudad de México. Continuando con la depuración se dio pie a verificar el estado civil, resultando un total de 25 pacientes que cubrieron todos los criterios de inclusión. A partir de ahí se comenzó por indagar a profundidad el expediente médico y social de cada uno de los sujetos de estudio.

De la búsqueda en el expediente de trabajo social se obtuvo información sociodemográfica como: edad, lugar de residencia, estado civil, escolaridad, tipo de familia, número de integrantes, tenencia de la vivienda, ocupación, ingresos económicos antes del accidente, seguridad social y el nivel socioeconómico. En cuanto al expediente médico se obtuvo información en relación al accidente y la quemadura como: el agente que causó la quemadura, la superficie corporal quemada, la profundidad de la quemadura, zonas del cuerpo lesionadas, lugar del accidente, una breve descripción de como ocurrió el accidente, la clasificación del servicio al que fue ingresado dividido en agudos y subagudos, los días de estancia hospitalaria.

Los datos anteriormente mencionados fueron concentrados en una tabla, para después ser graficados y analizados.

### 5.1.1 Graficas del perfil social de los 25 pacientes

Gráfica 1

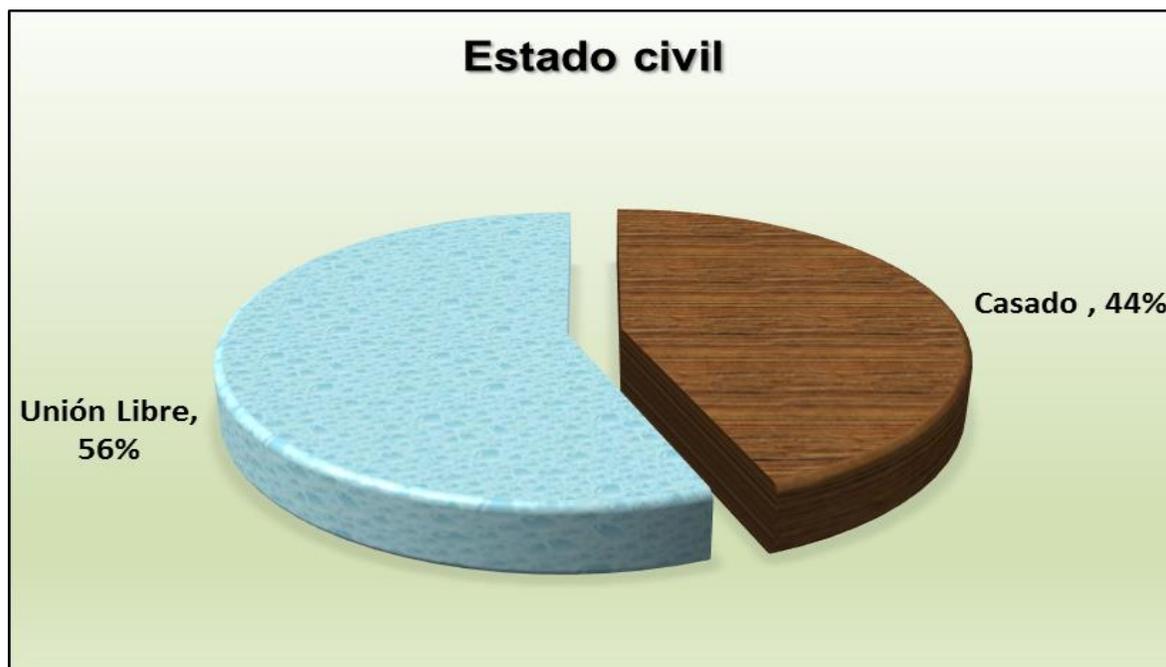


*Fuente. Elaboración propia con datos extraídos de los expedientes del Centro Nacional de Investigación y Atención Quemados, 2016.*

El gráfico anterior refleja los rangos de edades de los pacientes, en mayor porcentaje se encuentran las edades de 20 a 26 años con un porcentaje de 28%. En porcentajes iguales; edades de 27 a 33, 34 a 40 y 41 a 47 años con el 24%.

De acuerdo a los datos obtenidos el 100% de pacientes hombres que sufrieron quemaduras se encuentran en las edades que van de los 20 a los 47 años, y de acuerdo al Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2010), el rango de edad productiva es de los 15 a los 64 años. Lo que ubica a nuestro universo de estudio dentro de ese rango.

Gráfica 2



*Fuente. Elaboración propia con datos extraídos de los expedientes del Centro Nacional de Investigación y Atención Quemados, 2016.*

El gráfico anterior muestra el estado civil de los pacientes, donde predomina la unión libre con un 56% y en un porcentaje del 44% son casados.

Cuadro 1. Edad y Estado Civil					
Edad/Estado Civil	Unión Libre	Casado	Unión libre %	Casado %	Jefes de familia %
Juventud 15 a 29 años 1/	7	3	28%	12%	40%
Adulthood 30 a 60 años 2/	7	8	28%	32%	60%
Total	14	11	56%	44%	100%

*Fuente. Elaboración propia con datos extraídos de los expedientes del Centro Nacional de Investigación y Atención Quemados, 2016*

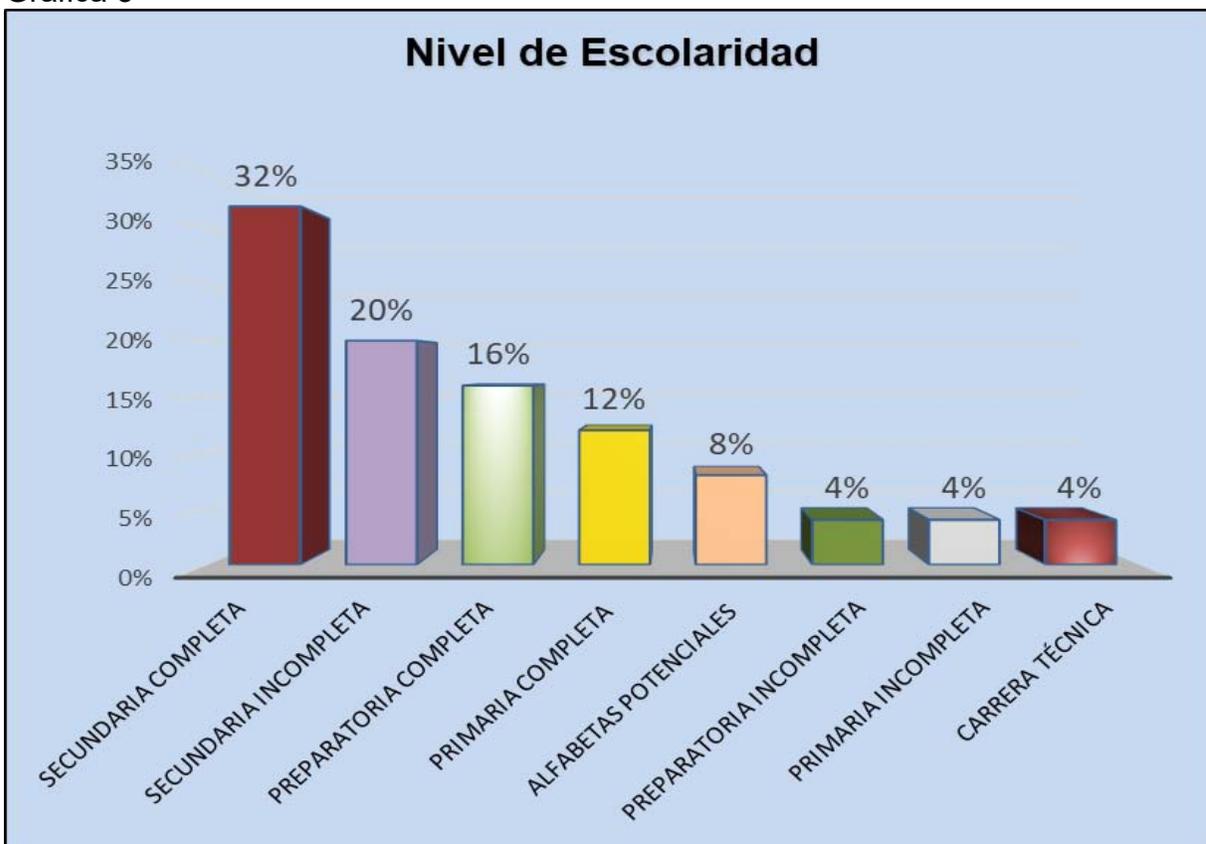
Como se puede observar en el cuadro el cual compara la edad con el estado civil, el 40% de los sujetos se encuentra en el rango considerado como de juventud, y llama la atención que su estado civil es con un 28% el de unión libre y 12% se encuentra casado, por otra parte los sujetos que se encuentran en la edad considerada como de la adultez es del 60% y un 28% se encuentra en unión libre, en tanto el mayor porcentaje del 32% se encuentra casado.

Cabe señalar que se encontró que el 40% de los sujetos de estudio son jefes de familia y aún se encuentran en la etapa de la juventud.

*1/ la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Iberoamericana de la Juventud, manejan un rango de edad de entre 15 a 29 años, siendo este último considerado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) para mantener una comparabilidad con diversos proyectos estadísticos a nivel internacional para la población de estudio.*

*2/ La adultez generalmente se establece en la edad comprendida entre los 25 y los 60 años.*

Gráfica 3



*Fuente. Elaboración propia con datos extraídos de los expedientes del Centro Nacional de Investigación y Atención Quemados, 2016.*

El nivel de estudio que predomina es de secundaria completa con un porcentaje del 32%, seguido del 20% con secundaria incompleta, un 8% de alfabetas potenciales que no fueron a la escuela pero saben leer y escribir.

Cuadro 2

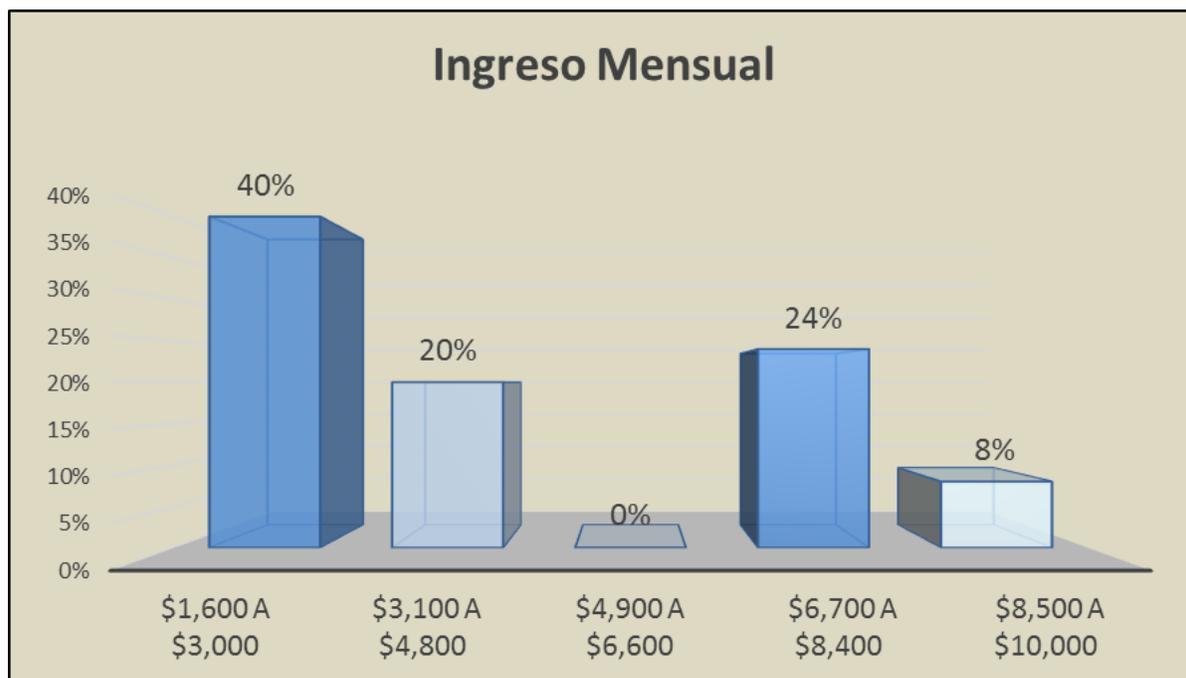
Ocupación antes del accidente	Número de sujetos
Ayudante de albañil	3
Desempleado	2
Chofer particular	2
Taxista a cuenta	1
Carnicero por su cuenta	1
Vigilante INR	1
Albañil	1
Comerciante vende ropa en tianguis	1
Comerciante de liconsa por comisión	1
Comerciante de joyería de fantasía	1
Varios oficios	1
Técnico eléctrico (por su cuenta)	1
Despachador en gasolinera	1
Ayudante de Herrero	1
Mecánico automotor	1
Ayudante de pirotecnia	1
Pintor	1
Obrero	1
Electricista	1
Mensajero en laboratorios	1
Campesino	1

*Fuente. Elaboración propia con datos extraídos de los expedientes del Centro Nacional de Investigación y Atención Quemados, 2016.*

Como se puede observar en la tabla, varios de los casos se ocupan en oficios de alto riesgo, ya que se encuentran expuestos a sufrir constantemente accidentes. Se destaca que algunos de estos oficios son: ayudante de albañil, ayudante de pirotecnia, ayudante de herrero, despachador en gasolinera, electricista. Todos los mencionados son de alto riesgo para sufrir quemaduras por accidente.

En general las ocupaciones que desempeñaban los sujetos de estudio antes del accidente, son ocupaciones en el Sector Informal, algunas unidades económicas formalmente establecidas pero con condiciones de informalidad. Debido a que la informalidad no se establecen contratos y tampoco se asumen obligaciones, no pueden hacer efectivos ciertos derechos laborales como lo más básico que es la seguridad social para la atención médica. Situación que los coloca en una situación de vulnerabilidad para hacer valer las garantías laborales elementales (INEGI, 2014).

Gráfica 4

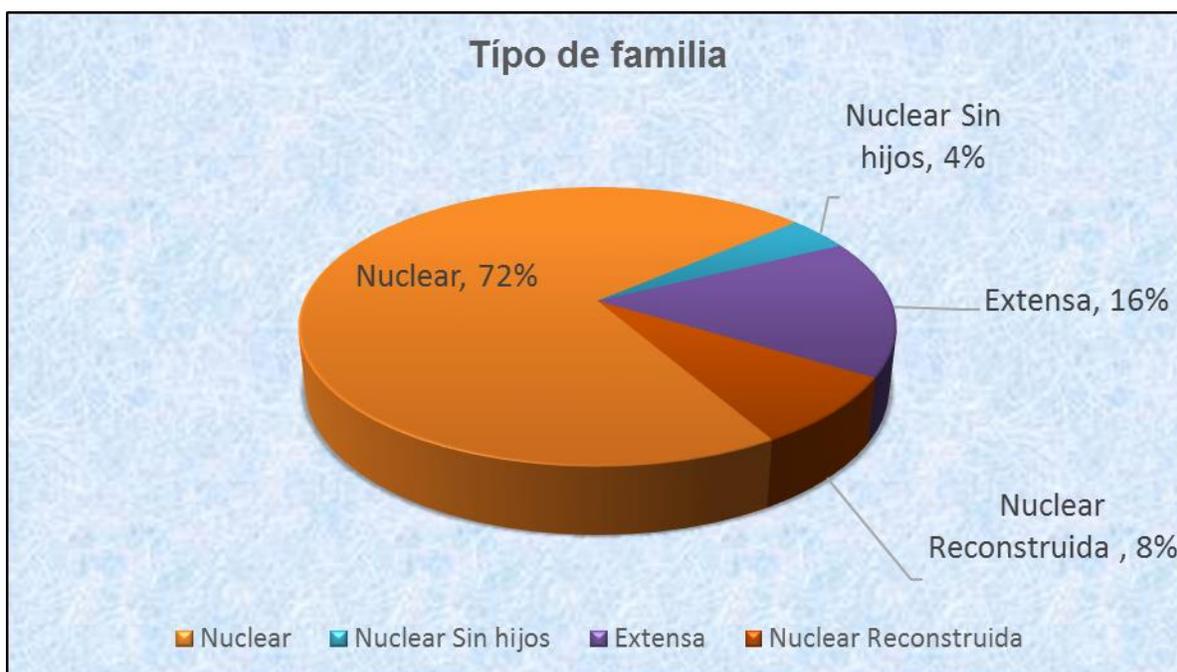


*Fuente. Elaboración propia con datos extraídos de los expedientes del Centro Nacional de Investigación y Atención Quemados, 2016.*

Como se observa en el gráfico anterior un porcentaje de más del 40% se encuentra percibiendo un salario de los \$1,600 a los \$3,000 pesos mensuales, un 20% de \$3,100 a los \$4,800 pesos mensuales, un 32% recibe de \$6,700 a los \$10,000 pesos mensuales, un 8% no cuenta con ningún ingreso.

Lo anterior refleja que un 60% se encuentra percibiendo el salario mínimo, y sumado el que la mayoría no cuenta con vivienda propia, más el accidente por quemadura, esto pone a los sujetos en una situación de vulnerabilidad, generando complicaciones para cubrir los costos de hospitalización y tratamiento, ya que como se ha mencionado los costos de hospitalización y de tratamiento para quemaduras es elevado.

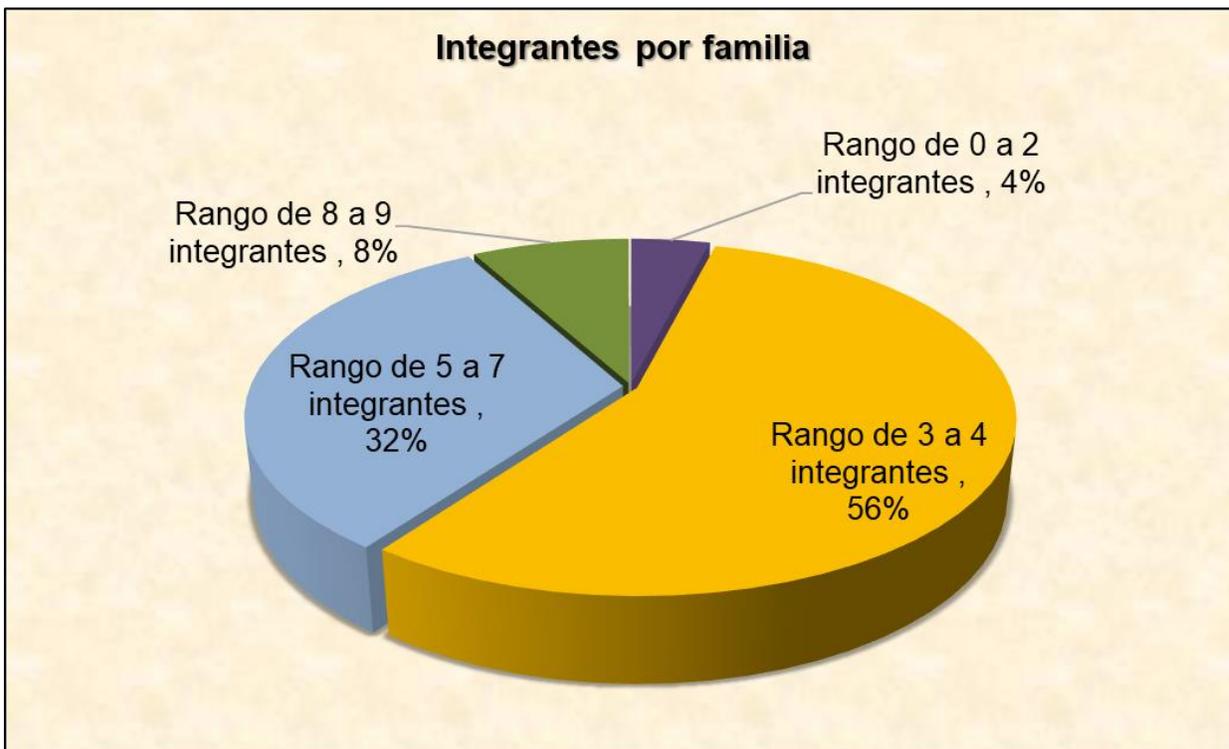
Gráfica 5



Fuente. Elaboración propia con datos extraídos de los expedientes del Centro Nacional de Investigación y Atención Quemados, 2016.

El tipo de familia con mayor porcentaje es la nuclear con un 72%, si retomamos la literatura sobre familias en México se habla que la familia nuclear predomina en la sociedad mexicana, situación que se corrobora con datos aquí obtenidos, aunque también se encontraron familias extensas con un porcentaje del 16%, familias nucleares reconstruidas con un 8% y nuclear sin hijos con un 4%.

Gráfica 6



Fuente. Elaboración propia con datos extraídos de los expedientes del Centro Nacional de Investigación y Atención Quemados, 2016.

El gráfico muestra que el 56% de las familias están conformadas de 3 a 4 integrantes y con baja prevalencia en familias de más de 8 integrantes y menos de 3.

Se observó que en un 56% las familias están conformadas de 3 a 4 integrantes y en un 32% de 5 a 7 integrantes.

Gráfica 7



*Fuente. Elaboración propia con datos extraídos de los expedientes del Centro Nacional de Investigación y Atención Quemados, 2016*

El gráfico anterior refleja a un 84% de los sujetos que no cuenta con una vivienda propia, en donde el 56% cuenta con una vivienda prestada y un 28% renta un inmueble, únicamente el 16 % tienen casa propia. Llama la atención que el 84%(prestada y rentada) no cuente con casa propia, lo cual tiene relación con su ocupación y salario que percibe.

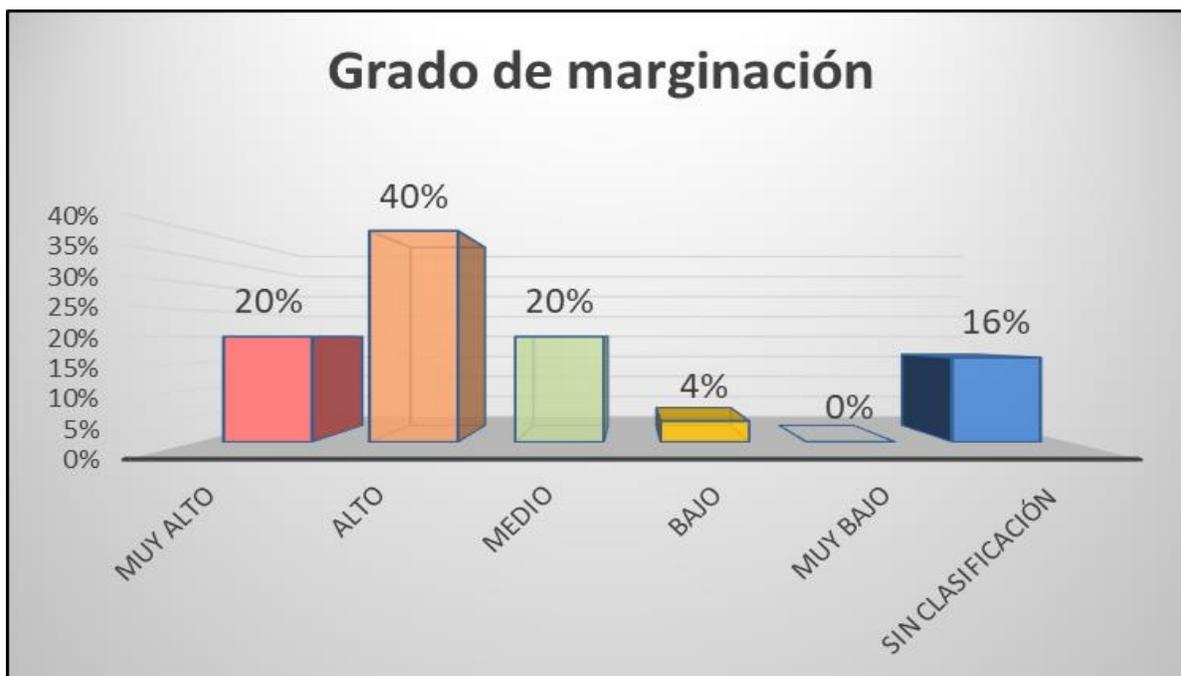
Gráfica 8



Fuente. Elaboración propia con datos extraídos de los expedientes del Centro Nacional de Investigación y Atención Quemados, 2016.

En el gráfico anterior se muestran las delegaciones de donde provienen los pacientes, en un porcentaje mayor con el 28% se encuentra los que provienen de la delegación Tlalpan, seguida por los que provienen de la delegación Xochimilco con un porcentaje del 16%. Cabe señalar que Tlalpan y Xochimilco guardan mayor cercanía con el CENIAQ. En tanto el 46% restante provienen de las delegaciones Coyoacán 12%, Iztapalapa 12%, Álvaro Obregón 8%, Magdalena Contreras 8%, Iztacalco y Tláhuac con el 4% cada una.

Gráfica 9

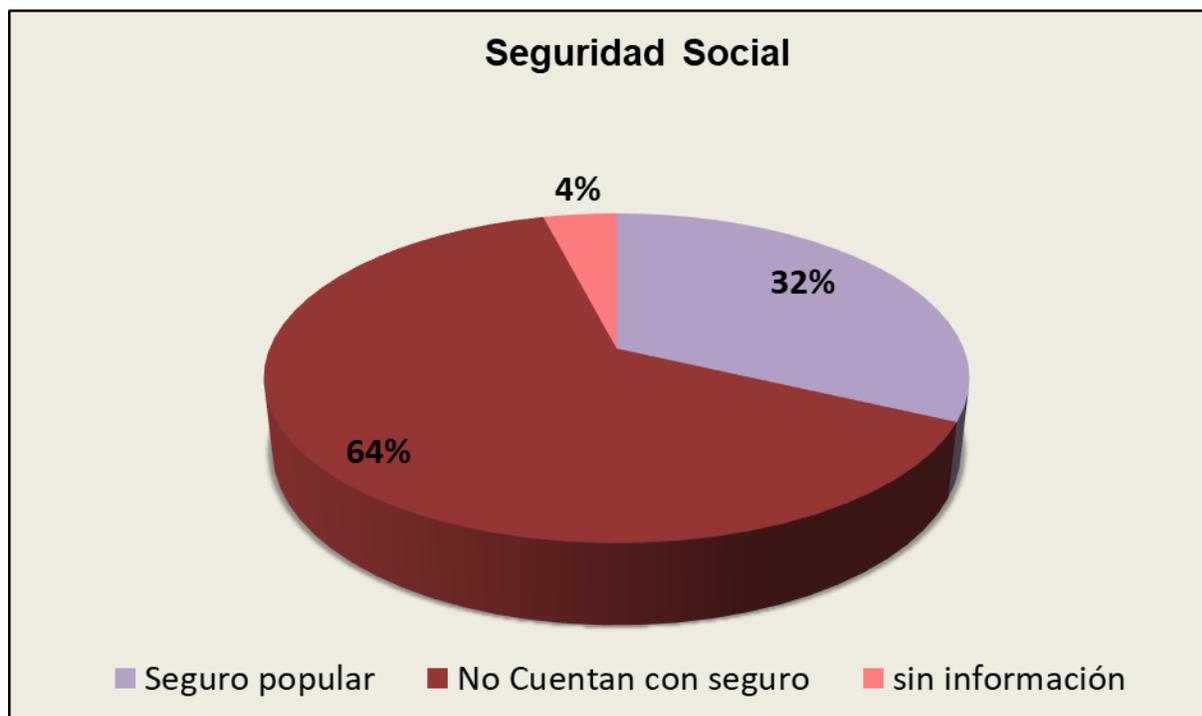


*Fuente. Elaboración propia con datos extraídos de los expedientes del Centro Nacional De Investigación y Atención Quemados, 2016. Complementado con apoyo de datos del Sistema de Información del Desarrollo Social (SIDESO) 2017.*

El gráfico muestra que los domicilios de los sujetos de estudio se encuentran en un 40% en zonas de alta marginación, solo el porcentaje del 4% habita en una zona de baja marginación.

Hay que destacar que el 60% de los sujetos de estudio habitan en zonas de muy alta y alta marginación, dato importante a considerar en relación al nivel de estudio, ocupación, ingreso económico, que sumado al costo hospitalario y post hospitalario, les generará cambios en su economía familiar.

Gráfica 10

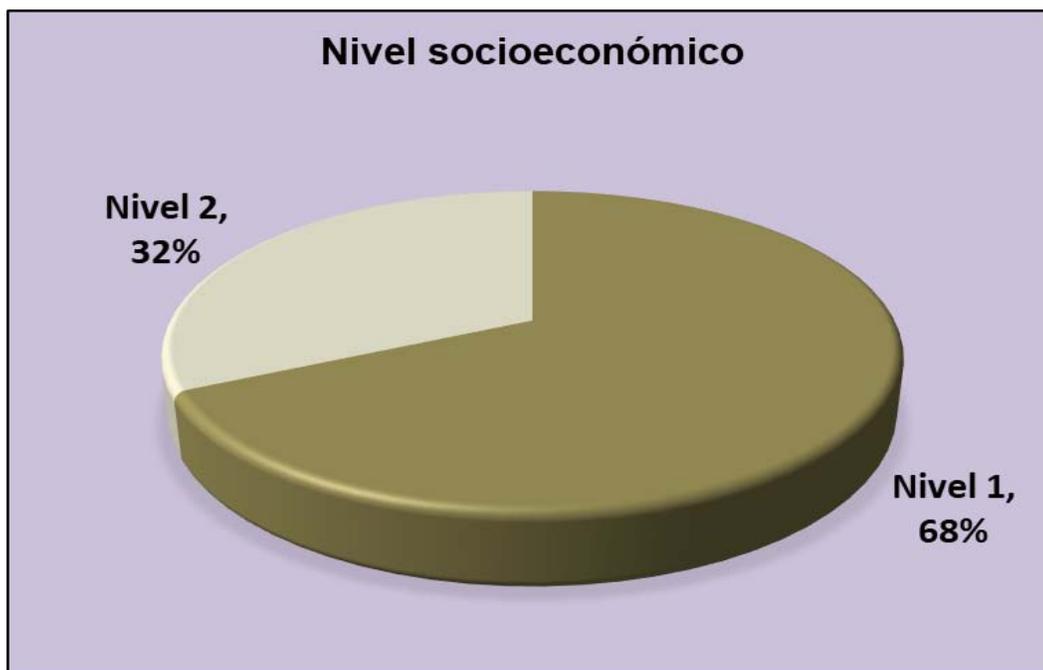


*Fuente. Elaboración propia con datos extraídos de los expedientes del Centro Nacional de Investigación y Atención Quemados, 2016.*

El gráfico muestra la prevalencia de la falta de seguridad social, donde más de la mitad de los sujetos de estudio con el 64% no cuenta con este servicio, mientras que un 32% cuenta con seguro popular, sin embargo la atención especializada que ofrece el CENIAQ no entra en convenio con el seguro popular.

Tal y como se ha mencionado anteriormente los sujetos por las características de la ocupación en su mayoría no cuentan con seguridad social, lo cual agrava la situación en caso de sufrir algún accidente que requiera atención médica.

Gráfica 11



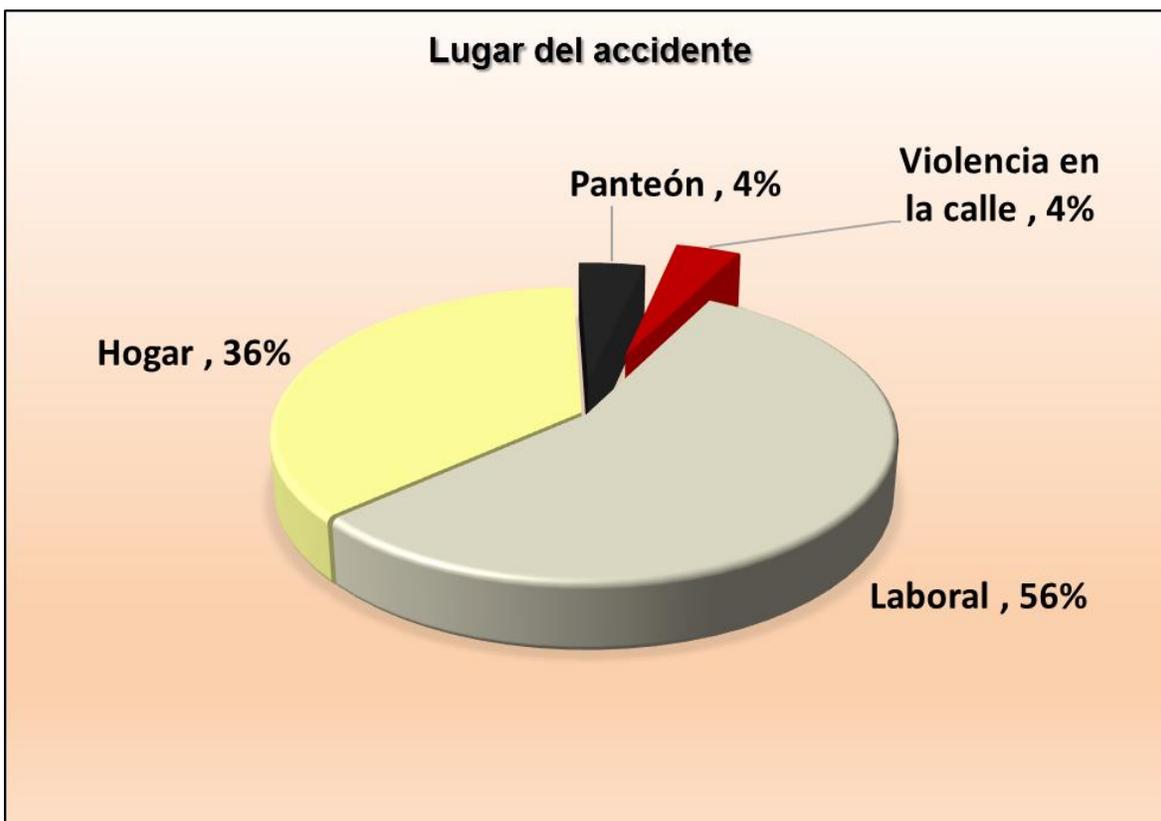
*Fuente. Elaboración propia con datos extraídos de los expedientes del Centro Nacional de Investigación y Atención Quemados, 2016.*

Un 68% de los sujetos de investigación se les asignó nivel 1 como nivel socioeconómico, mientras que un 32% les fue asignado e nivel 2.

Del nivel 3 al 6 son las cuotas de recuperación más altas, es importante mencionar que ninguno de los sujetos de estudio tuvo estos niveles.

Cabe considerar que el nivel 1 es el más bajo, por lo tanto le corresponde la cuota de recuperación más baja, ésta se encuentra fundamentada en la clasificación socioeconómica, el cual es un proceso de evaluación sobre las condiciones del paciente y su familia, con base a ello se le asigna un nivel socioeconómico que indica la posición social y económica en que se encuentra la familia del paciente, éste determina el porcentaje de subsidio diferenciado para cada Nivel Socioeconómico y reflejado en el tabulador de costos autorizado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (Diario Oficial de la Federación, 2013).

Gráfica 12



Fuente. Elaboración propia con datos extraídos de los expedientes del Centro Nacional de Investigación y Atención Quemados, 2016.

Se logra percibir que las quemaduras por accidente tienen mayor frecuencia en los espacios donde los sujetos realizaban sus actividades laborales, esta prevalencia se observa en más de la mitad de la población del estudio con un 56%, esto podría tener estrecha relación con la ocupación del jefe de familia en donde suelen ser empleos de alto riesgo. En cuanto a los accidentes ocasionados en el hogar tienen una prevalencia del 36%. Se puede resaltar que en ambos casos el desconocimiento y falta de prevención son factores clave para que éstos ocurran.

Cuadro 3

Lugar del accidente	Causa del accidente
Laboral	Al tocar caja de luz en domicilio particular
Laboral	Al encender un cigarro mientras realizaba reparación de microbús con uso de solventes
Laboral	Al explotar pólvora con la que fabricaba pirotecnia, tras un corto eléctrico ocasionado por un relámpago
Laboral	Sin información
laboral	Por arco voltaico al tener extensión de rodillo de pintar cerca de cables de alta tensión
Laboral	Con plástico caliente, al explotar máquina de plástico
Laboral	Cables de alta tensión
Laboral	Al desconectar mal la manguera del radiador de automóvil en gasolinera
Laboral	Por contacto con cales de alta tensión, al instalar aluminio
Laboral	Al estar cerca de cables de alta tensión mientras pintaba en casa particular
Laboral	Al tocar accidentalmente cables de alta tensión
Laboral	Por fuga de gas que suministraba acaso para freír chicharrón
Laboral	Por arco voltaico al instalar conexiones en centro comercial
Laboral	Al caerle alimentos líquidos calientes, tras haberlos calentado en el horno de microondas del INR
Hogar	Al soldar puerta de su vivienda, brinco una chispa e incendio su ropa
Hogar	Al caerle y resbalar en manteca caliente en su domicilio
Hogar	Al querer preparar churros en su domicilio y explotar aceite al contacto con el agua.
Hogar	Tras haber ingerido solventes y encender un cigarro, ocasionando el fuego
Hogar	Al soltar manguera del radiador de su automóvil
Hogar	Al trasladar agua hirviendo
Hogar	Al explotar tanque gas
Hogar	Al explotar calentador de agua
Hogar	Al chocar varillas con cables de electricidad
Violencia	Agresión por terceros. Un grupo de personas detuvieron el camión de carga, salió huyendo y rociaron gasolina, posterior le prendieron fuego
Panteón	Al caer alcohol en una fogata, mientras visitaba la tumba de su madre

*Fuente. Elaboración propia con datos extraídos de los expedientes del Centro Nacional de Investigación y Atención Quemado, 2016.*

Como se puede observar en la tabla, el motivo del accidente es variado, no obstante se lograron considerar ciertas similitudes entre cada uno. El 28% de los sujetos de estudio se lesionó por haber tenido contacto directo o indirecto (arco voltaico) con cables de alta tensión mientras realizaba sus actividades laborales sin las medidas de seguridad necesarias, el 16% coincidió al sufrir su quemadura al estar manipulando líquidos calientes como manteca, agua y alimentos recién calentados. Finalmente un 32% se divide en motivos diversos pero que al igual de los anteriores, se ocasionan por falta de medidas preventivas. Haya que resaltar que un caso fue intencional por actos de violencia.

Gráfica 13

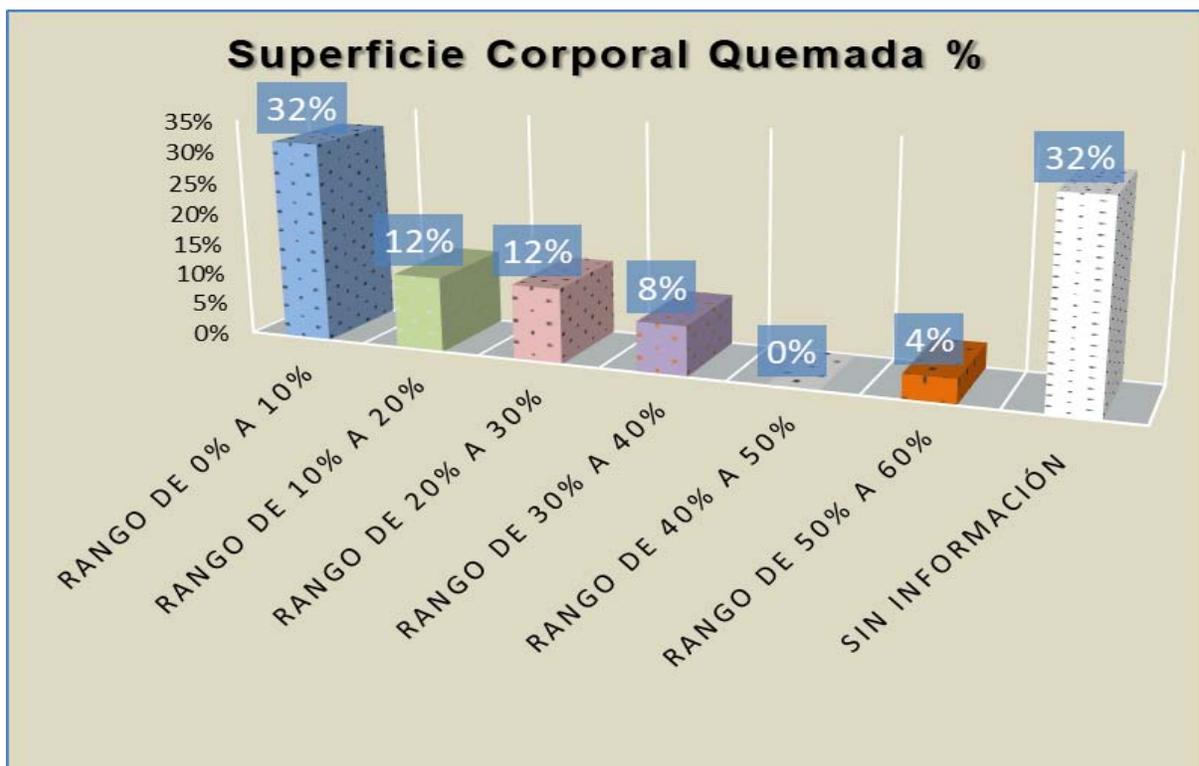


*Fuente. Elaboración propia con datos extraídos de los expedientes del Centro Nacional de Investigación y Atención Quemados, 2016.*

El tipo de quemadura que predomina es la causada por fuego con un 48%, el resto se divide entre las quemaduras causadas por electricidad con el 28% y las escaldaduras con el 24%.

Cabe señalar que la mayoría de las causadas con electricidad fueron por accidentes laborales.

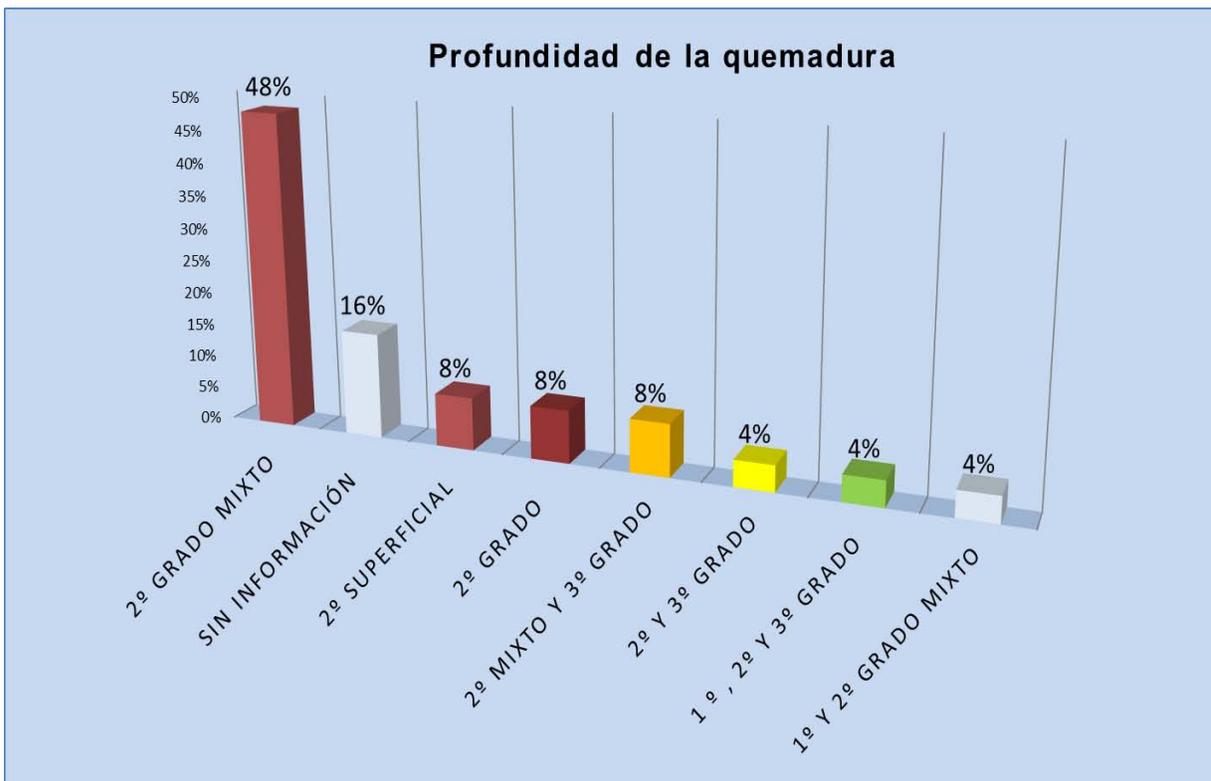
Gráfica 14



Fuente. Elaboración propia con datos extraídos de los expedientes del Centro Nacional de Investigación y Atención Quemados, 2016.

El 56% de los sujetos de estudio presentaron quemaduras del 1% al 30% en cuanto a la superficie corporal, con predominio las que tuvieron una extensión igual o menor al 10% de SCQ, un porcentaje mínimo pero significativo sobrepaso del 50% de SCQ, lo que implica mayor tiempo de días de hospitalización, incremento de costo de hospitalización y tratamiento y probablemente mayores secuelas temporales y/o permanentes.

Gráfica 15



Fuente. Elaboración propia con datos extraídos de los expedientes del Centro Nacional de Investigación y Atención Quemados, 2016.

La profundidad de quemadura predominante en los sujetos de estudio es la de 2do grado mixto (superficial y profundo) lo cual probablemente podría generar secuelas de tipo estético como cambios en la pigmentación de la piel y/o secuelas como la formación de cicatrices e influir en la funcionalidad de alguna parte del cuerpo.

Gráfica 16



Fuente. Elaboración propia con datos extraídos de los expedientes del Centro Nacional de Investigación y Atención Quemados, 2016.

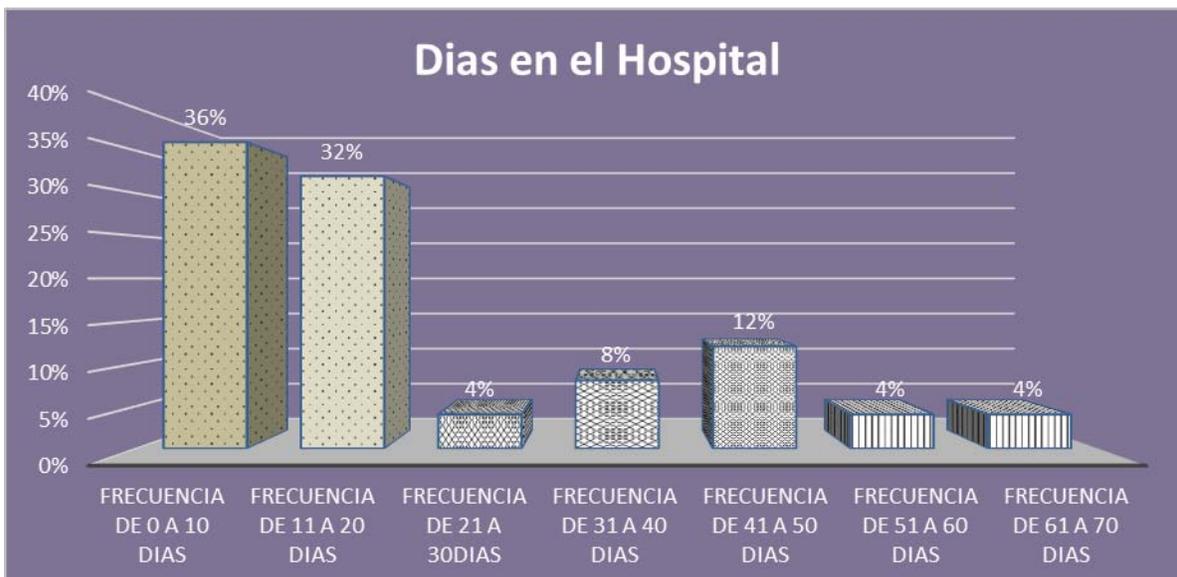
La mayoría de los sujetos de estudio con el 92% fueron ingresados al servicio de subagudos, servicio donde se localizan los pacientes que se encuentran delicados pero estables, mientras un porcentaje del 8% ingresó al servicio de agudos/terapia intensiva, servicio donde se ubican los pacientes en estado crítico.

Cabe mencionar que la cuota de estancia hospitalaria aumenta significativamente en los casos de los pacientes que permanecieron en el servicio de agudos, lo que genera un impacto económico distinto.

Servicio de agudos: pacientes con quemaduras y además presentan fallas orgánicas.

Servicio de subagudos: pacientes con quemaduras pero sin fallas orgánicas.

Gráfica 17



*Fuente. Elaboración propia con datos extraídos de los expedientes del Centro Nacional de Investigación y Atención Quemados, 2016.*

Como se observa en el gráfico el 68% de los jefes de familia ingresados a CENIAQ permaneció durante un periodo de 1 a 20 días en hospitalización, un 12% permaneció de 41 a 50 días y porcentaje de 8% estuvo de 51 a 70 días.

Cabe aclarar que los dos casos con más días de hospitalización correspondieron a un paciente del servicio de Agudos y otro de Subagudos, ambos presentaron secuelas tras su periodo de recuperación en casa por lo que requirieron ser hospitalizados nuevamente.

### 5.1.2 Análisis del perfil social de los 25 pacientes que sufrieron quemaduras

Con la información proporcionada por el CENIAQ la cual fue procesada y analizada se dio respuesta al objetivo 1 *“Identificar el perfil social de las familias de pacientes hombres jefes de familia que se atendieron en el CENIAQ”* Con base a la información obtenida, se construyó el perfil social de los pacientes que sufrieron quemaduras en el periodo de enero del 2015 a junio de 2016, cuyas características son las siguientes: hombres jefes de familia, casados o en unión libre, de 20 a 50 años de edad, que fueron hospitalizados en el CENIAQ y sufrieron quemaduras de 2do. y 3er. grado, por electricidad, fuego y escaldadura.

De la población masculina, 25 pacientes presentaron los criterios de inclusión los cuales representan el universo de estudio y análisis en esta investigación, a continuación se describe el perfil social.

#### 1. Rango de edad y Estado civil

Se registró que el total de la población que ingresó a CENIAQ en enero del 2015 a junio del 2016 fue de 435 pacientes, incluidas todas las edades, de los cuales 293 fueron hombres y 142 mujeres. De esta totalidad el 49% se ubica dentro del rango que va de los 20 a 50 años.

De los 293 hombres el **53%** se ubica en edades que van de los 20 a 50 años; lo anterior indica que los porcentajes más altos corresponden a la población de hombres en edad productiva, donde además el sujeto funge como jefe de familia y sostén económico, por lo que al sufrir un accidente por quemadura, inevitablemente generará algún tipo de cambio en la dinámica familiar habitual, durante y después de la hospitalización.

De los 25 sujetos de estudio que cubrieron los criterios de inclusión tienen de 30 a 50 años de edad en un **60%** y un 40 % de 15 a 29 de años de edad. De acuerdo con la clasificación que brinda el INEGI, este rango de edad lo considera como la etapa de la juventud.

Llama la atención, que del 40% de los que se ubican en la etapa de la juventud, el **28%** su estado civil es el de unión libre y el 12% son casados. Mientras que los sujetos de 30 a 50 años, un 28% se encuentra en unión libre y un **32%** casados.

## 2. Escolaridad

De los sujetos de estudio impera el bajo nivel de escolaridad, ya que el **68%** cuenta con educación básica (primaria y secundaria), con un predominio de secundaria completa 32% y el 20% secundaria incompleta, este bajo nivel de escolaridad influye para que tengan menos oportunidades de empleo y menores ingresos, reflejándose en los sujetos de estudio al impactar en su actividad laboral que corresponde en su mayoría a los oficios o ayudante de oficio.

Analizando cifras anteriores se puede decir que el **40%** son jóvenes que decidieron formar una familia a edades tempranas y abandonaron sus estudios para poder tener ingresos económicos, sin embargo pueden existir diferentes cuestiones que determinaron este suceso.

## 3. Ocupación

Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT) considera como de “los oficios más peligrosos” a la agricultura, la construcción, la minería o el desguace de buques, a los trabajos en los que las relaciones o condiciones laborales conllevan riesgos específicos (exposición a agentes peligrosos, como las sustancias químicas o la radiación) así como también a los trabajos de la economía informal.

En relación a lo anterior los sujetos de estudio se encuentran en su mayoría en dichas circunstancias, donde solo logran emplearse en ocupaciones de alto riesgo como albañil, herrero y electricista.

Como se describió en el cuadro 7 de las ocupaciones y el cuadro 15.1 motivo del accidente, son trabajos en los que se está expuesto constantemente al riesgo de sufrir un accidente, ya que en esos espacios laborales no contaron con las medidas de seguridad adecuadas, a si también por las características de los empleos no les brindan seguridad social y atención médica para casos de accidente, reflejado en el porcentaje de sujetos de estudio que el 64% no cuenta con seguro y el 32% cuenta con Seguro Popular, el cual se brinda independientemente de que se tenga empleo, el único requisito es que las personas no cuenten con ningún tipo de seguridad social. “El Seguro Popular de Salud (SPS) ofrece una opción de aseguramiento público en materia de salud a los ciudadanos que por su condición laboral o socioeconómica no pueden acceder a las instituciones de seguridad social. Este protegerá a las familias contra gastos catastróficos por motivos de salud y ampliará el acceso a servicios integrales de salud” (Secretaría de Salud, 2002, pág. 176). Sin embargo en cuestiones de lesiones por quemaduras que

requieran de atención de alta especialidad dentro del CENIAQ, el seguro popular no cubre dichos costos.

#### **4. Salario**

El **40%** de los sujetos de estudio percibe un salario que va de los \$1,200 a los \$3,000 pesos mensuales; de \$3,100 a \$4,800 pesos mensuales el 20%; de \$6,700 a \$8,400 el 24% y un 8% percibe \$8,500 pesos mensuales.

Cabe señalar que el 8% restante es de 2 sujetos que se encontraban desempleados antes de la quemadura.

El ingreso que tienen los sujetos de estudio guarda relación con el nivel de escolaridad y el tipo de empleo ya que los sujetos en su mayoría tienen bajo nivel de escolaridad, empleos en su mayoría oficios y ayudante de oficios, así mismo también explica el por qué el **84%** de los sujetos de estudio no cuenta con casa propia y solo tienen accesos a viviendas prestadas y rentadas.

#### **5. Tipo de familia**

Los sujetos de estudio pertenecen en un **72%** a familias nucleares, si retomamos la literatura sobre familias en México se habla que la familia nuclear predomina en la sociedad mexicana, situación que se corrobora con datos aquí obtenidos, aunque también encontramos familias extensas con un porcentaje del 16%, nuclear sin hijos y familias nucleares reconstruidas con un 8%. Se observó que en un **56%** las familias están conformadas de 3 a 4 integrantes y en un 32% de 5 a 7 integrantes.

#### **6. Lugar de residencia**

El lugar de residencia de los sujetos de estudio, el **44%** proviene de las delegaciones Tlalpan y Xochimilco, delegaciones que guardan mayor cercanía con el Centro Nacional de Investigación y Atención a Quemados, los demás se distribuyen entre Coyoacán, Iztapalapa, Milpa Alta, Álvaro Obregón, Magdalena Contreras, Tláhuac e Iztacalco. De acuerdo a la clasificación del Sistema de Información del Desarrollo Social (SIDESO) por lugar de residencia el 60% de los sujetos de estudio habitan en zonas de muy alta y alta marginación.

## **7. Nivel socioeconómico**

Hasta este punto se ha percibido que los sujetos se encuentran en una situación de vulnerabilidad por lo cual se establece una relación entre las condiciones sociales de los sujetos y el nivel socioeconómico asignado, ya que a un **68%** se les asignó nivel socioeconómico 1, siendo ésta la cuota más baja de pago, mientras que un 32% les fue asignado el nivel 2, en el cual se incrementa el costo. Del nivel 3 al 6 las cuotas de recuperación son más altas, es importante mencionar que ninguno de los sujetos de estudio tuvo estos niveles.

Cabe resaltar que al 100% de los sujetos se les asignó los niveles más bajos de pago con nivel 1 y nivel 2; sin embargo las cuotas de recuperación por la prestación de servicios médicos siguen siendo altas en contraste con los ingresos que perciben. Esto generó dificultades en las familias para pagar la cuota de recuperación por prestación de servicios médicos. Tal es el caso de algunos de los sujetos que fueron entrevistados en el cual en un caso con nivel 1 nos comentaron que su ingreso mensual es de \$3,000 pesos y la cuota de recuperación fue de \$60,000 pesos aproximados, agregó *“que aún se debe la mitad y que se han visto en situaciones difíciles para cubrir los gastos”*.

## **8. Lugar en donde ocurrió el accidente**

En cuanto al lugar donde ocurrió el accidente tienen mayor frecuencia los espacios en donde los sujetos realizaban sus actividades laborales. Esta prevalencia se observa en más de la mitad con un **56%** de la población de estudio, esto podría tener estrecha relación con la ocupación del jefe de familia ya que suelen ser oficios de alto riesgo. Respecto a los accidentes ocasionados en el hogar fue el 36%. Se puede resaltar que en ambos casos el desconocimiento y falta de prevención son factores clave para que estos ocurran. El porcentaje restante lo ocupan dos casos en los cuales uno fue en un panteón al estar haciendo una fogata y verter alcohol sobre el fuego, el otro fue por actos de violencia en el cual el sujeto fue rociado con gasolina por unas personas, las cuales posteriormente le prendieron fuego.

## **9. Motivos del accidente que ocasionaron la quemadura**

Los motivos de los accidentes que ocasionaron las quemaduras son variados, no obstante se lograron considerar ciertas similitudes, el 28% de los sujetos de estudio se lesionó por haber tenido contacto directo o indirecto (arco voltaico) con cables de alta tensión mientras realizaba sus actividades laborales sin las medidas de seguridad necesarias, éstas guardan relación con oficios tales como electricista, ayudante de

electricista, albañil, ayudante de albañil y pintor. El 16% coincidió en el agente causal de la quemadura (escaldadura) al estar manipulando líquidos calientes como manteca, agua y alimentos recién calentados. Finalmente un 32% se divide en motivos diversos pero que al igual que los anteriores, se ocasionan por falta de medidas preventivas. Hay que considerar que del último porcentaje un caso fue intencional por actos de violencia.

## **10. Clasificación de la quemadura**

El diagnóstico médico tiene importancia relevante para conocer el tipo de quemadura, donde un **48%** de los sujetos presentaron quemaduras causadas por fuego, 28% por electricidad, y escaldadura en un 24%. Cabe señalar que la mayoría de las quemaduras causadas con electricidad fueron por accidentes laborales.

En cuanto a la superficie corporal quemada, el **56%** de los sujetos de estudio presentaron quemaduras del 1% al 30% de superficie corporal quemada, con predominio las que tuvieron una extensión igual o menor al 10% de SCQ, un porcentaje mínimo pero significativo sobrepaso del 50% de SCQ, lo que implica mayor tiempo en días de hospitalización, e incremento en el costo de hospitalización y tratamiento, probablemente mayores secuelas temporales y/o permanentes, así como el desgaste físico y emocional del paciente y de las personas que fungen como cuidadoras primarias.

La profundidad de quemadura predominante en los sujetos de estudio es la de 2° mixto (superficial y profundo) lo cual probablemente podría generar secuelas de tipo estético como cambios en la pigmentación de la piel y/o secuelas como la formación de cicatrices. Es importante resaltar que todas las quemaduras dejan cicatrices y éstas tendrán relación con la profundidad y la superficie corporal quemada ya que entre a mayor profundidad mayor será la cicatriz. Aunque cabe aclarar que dependerá de la capacidad de curación de cada paciente.

En un porcentaje del 16% los sujetos de estudio presentaron quemaduras de 2° mixto y 3° grado, 2° y 3° grado, 1°, 2° y 3° grado. Siendo las quemaduras de 3° las más severas ya que llegan a destruir los tendones e incluso el hueso.

## **11. Clasificación del servicio al que fueron ingresados los pacientes**

La mayoría de los sujetos de estudio (**92%**) ingreso al servicio de subagudos, servicio donde se localizan los pacientes delicados pero estables sin fallas orgánicas, mientras un porcentaje mínimo del 8% ingresó al servicio de agudos/terapia intensiva, servicio donde se ubican los pacientes en estado crítico y presentan fallas orgánicas. Cabe mencionar que la cuota de estancia hospitalaria varía en demasía entre ambos servicios, lo que genera un impacto económico, físico y emocional distinto en el paciente y su familia.

## **12. Días de hospitalización**

Respecto a los días de hospitalización, el **68%** de los jefes de familia ingresados a CENIAQ permaneció durante un periodo de 1 a 20 días en hospitalización, el 24% de 21 a 50 días, en un porcentaje bajo de 8% estuvo de 51 a 70 días. Cabe aclarar que los dos casos con más días de hospitalización correspondieron a un paciente del servicio de Agudos y otro de Subagudos, ambos presentaron secuelas tras su periodo de recuperación en casa por lo que requirieron ser hospitalizados nuevamente.

## **13. En conclusión**

Como se ha ido mencionando a lo largo de este análisis, las quemaduras por accidente por sí mismas generan un impacto significativo en la persona que las sufre, sin embargo el impacto es aún mayor en las personas que se encuentran en situaciones vulnerables, como los sujetos de esta investigación que son miembros que fungen como jefes de familia y sostén económico familiar, que habitan en zonas de muy alta y alta marginación, con un bajo nivel de escolaridad, con empleos de riesgo, con un salario insuficiente que solo logra cubrir las necesidades básicas del día a día, por lo que al sufrir una quemadura, va a generar altos gastos por los costos de hospitalización y tratamiento, lo que nos lleva a sugerir que los sujetos de estudio se encuentran frente a una situación de vulnerabilidad y riesgo. De lo cual se hablara en el siguiente capítulo en donde ya se ha hecho un análisis de mayor profundidad con 7 casos seleccionados del universo de los 25 sujetos de estudio.

## 5.2 Cambios en la dinámica familiar de pacientes jefes de familia que presentaron quemaduras de 2do. y 3er. grado atendidos en el CENIAQ.

### Presentación de los casos 7 casos

Para dar inicio con el análisis y la presentación de los resultados se elaboró el siguiente cuadro en la cual se muestran las características familiares de los sujetos de estudio que participaron en esta investigación; tales como: edad del paciente, estado civil, tipo de familia, número de integrantes y ciclo vital de la familia. El cuadro que se muestra a continuación tiene la finalidad de presentar los casos como también de generar un primer panorama de los casos a estudiar.

Tabla 1

Características de la familia					
No. de caso	Edad del paciente	Estado civil	Tipo de familia	Número de integrantes	Ciclo vital
Caso 1	35	Unión libre	Extensa	7	Los hijos y adolescencia
Caso 2	31	Casado	Nuclear	4	Los hijos en edad de la niñez
Caso 3	22	Unión libre	Nuclear	4	Pareja joven con hijos en edad de la niñez
Caso 4	39	Unión libre	Nuclear	5	Los hijos en edad de la niñez
Caso 5	22	Unión libre	Nuclear	3	Pareja joven con hijos en edad de la niñez
Caso 6	38	Unión libre	Nuclear	5	Los hijos y adolescencia
Caso 7	44	Casado	Nuclear	4	Renovar el contrato matrimonial e hijos adultos en el hogar

Elaboración propia, retomando ciclo vital de la familia de Lauro Estrada (2006). Para mayor información de los casos consulte el anexo 3.

Como se puede observar en la tabla los pacientes se encuentran en edades de los 22 a 44 años, el estado civil de cinco pacientes es unión libre y dos son casados, el tipo de familia predominante es nuclear con seis casos y un paciente pertenece a una familia extensa, cabe señalar que 6 pacientes atraviesan el ciclo vital de la familia con hijos en edad de la niñez y la adolescencia, por lo que al haber una interrupción en el rol de jefe de familia genera cambios económicos y en la dinámica familiar.

El siguiente análisis consiste en la comprensión de los objetivos considerados en esta investigación para dar respuesta a los cambios generados en la dinámica familiar en 4 de sus dimensiones: los roles, las respuestas afectivas, la resolución de problemas y la comunicación.

Cabe mencionar que para la comprensión de esta realidad multicausal, en un primer momento se examinaron los cambios en la economía familiar provocados por los costos del tratamiento, ya que dichos cambios tienen una influencia directa en la dinámica de la familia.

En un segundo momento se identificaron las secuelas generadas por la lesión por quemadura, ya que de igual manera éstas tienen una influencia directa en las 4 dimensiones de la dinámica de la familia consideradas en este análisis.

En un tercer momento se dio respuesta al objetivo número tres en cual se identificaron específicamente los cambios en la dinámica familiar.

Finalmente, se analizaron en conjunto los cuatro objetivos aquí desarrollados para generar el análisis general de dichos cambios.

### 5.2.1 En relación al objetivo 2

El segundo objetivo considerado en esta investigación consistió en *“Examinar los cambios en la economía familiar provocados por los costos del tratamiento de quemaduras de 2do. y 3er. grado de pacientes hombres jefes de familia los cuales influyen en la dinámica de la familia”*. A continuación, se presentan los resultados que nos permiten aproximarnos a una comprensión de los cambios económicos que se generan en la familia a raíz de los costos.

Los costos de hospitalización y tratamiento de lesiones por quemaduras se caracterizan por ser elevados. El costo va a depender de la gravedad de la quemadura, ya que como se mencionó en el capítulo 2, refería que aproximadamente un paciente con un 50% de superficie corporal quemada, el costo real de hospitalización sería aproximadamente de 15,000 dólares diarios. Por otro lado en el Centro Nacional de investigación y Atención a Quemados (CENIAQ) los pacientes pagan solo un porcentaje del costo real, es decir una cuota de recuperación por prestación de servicios médicos.

Para el Centro en cuestión las cuotas de recuperación por prestación de servicios médicos van a depender del nivel socioeconómico que se le asigne a cada paciente, siendo el nivel 1 al que le corresponde la cuota de recuperación más baja y el nivel 6 el más alto.

El nivel es determinado por la clasificación socioeconómica que realiza el trabajador social, utilizando como instrumento el cuestionario denominado el Estudio Socioeconómico, con base en las características socioeconómicas de cada paciente. Cabe mencionar que desde el año 2011 a 2016, el 56% de los pacientes obtuvo nivel 1, el 24% nivel 2 y el 10% quedó exento de pagar la cuota. Estas cifras dejan ver que el 66% de la población que ingresó son personas que se encontraban en situaciones socioeconómicas desfavorables, dato corroborado en esta investigación en la elaboración del perfil social de 25 pacientes abordado en el capítulo 5, en donde se concluyó que los pacientes se encontraban en una situación de riesgo y vulnerabilidad.

Los indicadores que van a determinar la cuota de recuperación por hospitalización son los siguientes: la gravedad de la quemadura, la superficie corporal quemada, los días de estancia hospitalaria y el nivel socioeconómico asignado, que para el caso de esta investigación a la mayoría de los pacientes en su momento, les fue asignado el nivel 1 y un caso obtuvo nivel 2. Por lo que en el análisis de nuestros 7 casos se verá esta diferencia al contrastar con los cambios que estos generaron entre costos de hospitalización, así como de los cambios que estos van a generar en la economía familiar.

Para una mayor comprensión de lo mencionado se diseñó la tabla que aparece a continuación.

Tabla 2

Indicadores que influyen en la cuota de recuperación por prestación de servicios médicos						
Nivel socioeconómico	Cuota de recuperación	Ingreso mensual	Tipo de Quemadura	SCQ %	Profundidad	Días de hospitalización
1	\$3,800 pesos	4,800 pesos	Escaldadura	S/D	2° mixto	8
1	\$6,000 pesos	3,000 pesos	Escaldadura	S/D	2° superficial	11
1	\$67,000 pesos	3,000 pesos	Fuego	60%	2° y 3°	40
1	\$14,000 pesos	4,000 pesos	Escaldadura	7%	2° mixto	27
1	\$35,000 pesos	3,400 pesos	Fuego	30%	2° mixto	35
1	\$7,500 pesos	2,000 pesos	Electricidad	22%	2° mixto	12
2	\$77,500 pesos	5,000 pesos	Fuego	40%	2° mixto y 3° grado	41

*Elaboración propia con datos recuperados del expediente del CENIAQ y entrevistas a pacientes, 2017.*  
S/D= sin dato

La cuota de recuperación observada, expone a las familias a un riesgo de empobrecimiento por motivos de salud, que en ocasiones genera la interrupción o cancelación definitiva a los tratamientos de seguimiento y rehabilitación debido a que las familias ya no tienen dinero para pagarlos.

La anterior situación encaja en el concepto de “gastos catastróficos por motivos de salud”. Un hogar con gastos catastróficos por motivos de salud se define como “todo aquel que está destinando más del 30% de su capacidad de pago al financiamiento de la salud de sus miembros” (Secretaría de Salud, 2002). Hay que considerar que en el último trimestre de 2002, el 3.9% de los hogares del país incurrieron en gastos catastróficos por motivos de salud. Esta situación fue más frecuente en los hogares más pobres, los hogares no asegurados y los residentes en áreas rurales (Secretaría de Salud, 2002).

Se considera que un gasto por motivos de salud es catastrófico cuando los padecimientos son de alta especialidad y elevado costo que representan un riesgo financiero para la economía familiar (Secretaría de Salud, 2012)

Actualmente el Sistema de Protección Social en Salud busca otorgar servicios médicos de alta especialidad a las personas que no cuentan con Seguridad Social y que padecen enfermedades de alto costo que pueden poner en riesgo su vida y patrimonio familiar, mediante la gestión de los servicios de salud a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud por medio del Fondo de protección contra gastos catastróficos

El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos proporciona recursos monetarios a través de un fideicomiso, a los prestadores de servicios acreditados y con convenios firmados de las 32 entidades federativas, para atender 59 enfermedades, sin embargo, y a pesar de que las quemaduras implican un tratamiento especializado y de gran desgaste económico, no están incluidas en las 59 enfermedades que cubre el fondo de protección contra gastos catastróficos (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2016), por lo que las familias se ven en la obligación de pagar la cuota de recuperación por prestación de servicios médicos establecida con base a su nivel socioeconómico.

#### **5.2.1.1 Cuota de recuperación e ingreso mensual familiar**

Las cuotas de recuperación por prestación de servicios médicos, al ser comparados con el ingreso mensual de los pacientes y de acuerdo a las respuestas que nos proporcionaron, se encontró en mayor medida que los pacientes presentaron dificultades para cubrir dichos costos, refiriendo lo siguiente:

*Caso 1: "Si tuvimos dificultades para cubrir el costo, pero la familia nos ayudó con el gasto"*

*Caso 3: "No teníamos dinero y teníamos que malbaratarlas, porque lo principal era tener dinero para apoyarlo. Estuvimos como se dice embarcados con deudas, entonces sí ha sido muy pesado".*

*Caso 5: "El gasto primero cayó de golpe porque dice mi mamá -pues yo conseguí todo de un jalón o sea pagar todo de un jalón, poco a poquito lo hemos ido pagando, o sea apartábamos, bueno apartaban ellas (mamá y esposa), parte pa comida y para pagar prácticamente el abono pá pagar"*

*Caso 6: "Teníamos un ahorrito pues de ahí lo agarramos, aparte pues ya lo demás, lo conseguimos."*

*Caso 7: "Pues si ahora sí que dificultades pero lo resolvimos, Pues consiguiendo más prestamos"*

A continuación observaremos como todas estas dificultades que presentaron las familias influyeron en el gasto familiar:

### 5.2.1.2 Cambios en el gasto familiar

Los cambios en el gasto familiar más relevantes fueron: acotar los gastos a las necesidades fundamentales como comida y pago de renta, limitar gastos en salidas recreativas, compra de alguna cosa material para los hijos, pérdida del ahorro familiar, adquisición de deudas para solventar costos de hospitalización y tratamiento, así como la pérdida de bienes materiales. Así se manifestó con lo siguiente:

*Caso 2 “cambió un poco ahora sí que en la economía de uno”.*

*Caso 3: “Vendimos una tele y otras cosas, tuvimos que malbaratarlas”*

*Caso 4: “Cambió cuando se junta la renta y luego hay que dar gasto, luego la escuela”. “Pues si económicamente de que me piden cositas que les compraba yo o su caprichito de que quiero unos tenis pues salía del bicitaxi (...) ya horita ya no lo hago”.*

*Caso 5: “Apartábamos parte para comida y parte para pagar” “Nos teníamos que achicar un poquito, tenías que limitarte, o sea tanto dinero es para esto y te tiene que alcanzar”.*

*Caso 7: “si nos afecta todo” “pero pues es que, me siento bien, pero le digo pues si no venimos, es peor” “un terreno vendí, pues para ahora sí que para lo de aquí.*

En un caso la economía del hogar se afectó significativamente, ya que el jefe de familia recurrió a la venta de su herramienta de trabajo, viéndose obligado a vender su moto taxi para solventar la deuda de hospitalización, otro caso su camión de carga fue quemado por personas el día que sufrió el accidente, quedando sin el único medio que le aportaba ingresos para la mantención de su hogar y familia.

*Caso 4 “yo vendí mi moto, y cuando no tenía fines de semana yo tenía que salir, ve que hay mucho bici taxi aquí, pues de ahí sale algo para las tortillas pero sale”*

*Caso 7 “se bajaron con unos anforitas como de litro, y ya me echaron a mí y le echaron al camión, y prendieron al camión y luego a mí”.*

### 5.2.1.3 Influencia de los costos de hospitalización y tratamiento en la dinámica familiar

Uno de los cambios más significativos en la dinámica familiar se ve reflejado en los roles, ya en algunos casos la esposa tuvo que salir a trabajar, para apoyar con los gastos de tratamiento, hospitalización y manutención del hogar, lo que influyó en que disminuyera la atención hacia los hijos. Este hecho a generando una carga excesiva de trabajo en la esposa ya que asumió el rol de cuidadora primaria. Cabe resaltar que este hecho pudo ser develado gracias a las entrevistas que se realizaron a las parejas y esposas de los pacientes.

*Caso 5 (Pareja) “Si haga de cuenta que todos los domingo vamos al campo para distraernos y ya de ahí entonces yo empecé a vender, gelatinas tortas, congeladas, y pues dije de aquí tengo que sacar algo”.  
“bueno si tuve que empezar a buscar la manera de tener más dinero”*

*Caso 7(Esposa) “Este, pues sí, ya los últimos días ya aquí como que si me sentía mal, por la presión, no comer bien y todo eso, ya cuando salió el del hospital me enferme, de una gripa que, como la que nunca me había dado”.*

Es importante aclarar que independiente del costo de hospitalización y tratamiento, el hecho de que la lesión por quemadura la sufriera el jefe de familia agudizó el problema de la economía en el hogar, debido a los días que el jefe de familia estuvo en el hospital y el tiempo que tardó en recuperarse para volver a sus actividades laborales, este segundo punto guarda relación con las secuelas que deja la quemadura.

Lo anterior implica que el jefe de familia dejó de trabajar por estos periodos de recuperación y por consecuencia dejó percibir ingresos. Cabe resaltar que en todos los casos aquí analizados el único proveedor económico fue el paciente, lo que propició dificultades económicas así como cambios en el gasto familiar y en la dinámica familiar.

*Caso 4 “yo nada más soy el sustento de la familia”*

*Caso 6 “ya me quiero ir a trabajar, o que caiga es bueno ahorita, bien que lo necesito”*

A continuación observaremos la respuesta de la familia para enfrentar dichos cambios y dificultades económicas.

#### **5.2.1.4 Redes de apoyo durante el proceso de hospitalización y recuperación en casa que aminoran el impacto de los costos del tratamiento.**

Las redes de apoyo durante el proceso de hospitalización y recuperación en casa son fundamentales para la completa rehabilitación del paciente disminuyendo las secuelas y el impacto que este proceso puede generar en la familia, situación que podría ser más complicada en el caso de que no contaran con redes de apoyo. En esta investigación se encontraron redes de apoyo que favorecieron para la recuperación del paciente que influyeron en el apoyo económico y su dinámica. Las redes de apoyo que destacan son las de nivel informal o también llamadas red de apoyo personal, dentro de las cuales prevalecieron las redes familiares, como la esposa, madre del paciente, hermanos; en otros casos también estuvieron presentes las redes no familiares como amigos, vecinos y patrón del paciente. Los apoyos brindados por estas redes fueron de tipo material, económico y emocional.

Dentro de las redes de apoyo que se encontraron para cubrir las cuotas de recuperación; a si lo refirieron los pacientes:

*Caso 1 “Mi familia apoyó con los gastos, ellos cubrieron el costo de la hospitalización, se cooperaron entre todos”.*

*Caso 2 “Mi jefe directo pago todo.*

*Caso 3 “Mi familia cubrió la cuota”.*

*Caso 4 “Eso lo pagó el patrón, lo bueno que no se echó para atrás, (...) **mi temor donde me deje solo el patrón ¿qué hago? mejor me salgo del hospital y así ya que me componga sigo pagando**”.*

*Caso 5 “Pedimos prestado”.*

*Caso 5 (esposa) “Cuando salió sus amigos del futbol lo apoyaron”. “el patrón, amigos, familiares cercanos a mí, mi mamá, mi papá, mi suegro, mi suegra ayudaron”.*

Cabe resaltar que tres de los pacientes mencionaron no haber tenido dificultades, para cubrir los costos de hospitalización y tratamiento, ya que contaban con el apoyo de sus empleadores y familiares, quienes se hicieron cargo de cubrir los costos. Aunque al profundizar, dos entrevistados refirieron que su empleador retiró el apoyo antes de recuperarse por completo, poniendo en dificultades a la familia, y obligando a los sujetos a trabajar.

*Caso 2 “cuando estuve hospitalizado apoyaban a mi esposa le daban algo, entonces yo salgo y como al mes ya no me dieron nada, que hasta ahí - tú ya estás bien- y yo me quedaba así de - ¿yo no puedo ni caminar y ya estoy bien?”*

Sin embargo, en dos casos no se tuvo el apoyo de sus empleadores y el apoyo de sus familiares fue limitado, causando que los costos de hospitalización generaran un desequilibrio en la familia, poniendo como ejemplo un caso en el cual la familia actualmente no ha cubierto la totalidad de la cuota de recuperación por la prestación de servicios médicos en el CENIAQ, generando una situación de estrés constante en los integrantes de la familia, debido a que no saben cómo cubrir la cuota de recuperación faltante, sumadas las deudas que ya tienen. Refirieron lo siguiente:

*Caso 3 “estuvo muchos días en terapia intensiva, y pues nada más diario son nueve mil pesos de terapia intensiva por día y pues ya era un dineral (...)de hecho me siguen marcando del CENIAQ (...) le hemos estado diciendo que vamos al día al día, es bien difícil”.*

En otro caso el entrevistado tuvo que vender su moto la cual era el medio de trabajo (moto-taxi) con la cual obtenía ingresos adicionales, refiriendo que no era suficiente con lo que ganaba en su empleo. Refirió lo siguiente:

*Caso 4 “yo vendí mi moto (...) y pagar la deuda que se debían, porque no es lo mismo estar acostado en cama a que debas algo y con el moto taxi salía de volada”.*

*Caso 4 Salía del moto-taxi (...) y ahorita ya no lo hago, es algo que ya no lo puedo hacer”.*

#### **5.2.1.5 Sostén económico de la familia durante la hospitalización**

Cabe mencionar que durante el proceso de hospitalización y tratamiento en casa la familia se afectó en su organización y como ya se mencionó anteriormente el jefe de familia se encontraba en el hospital y debió estar alguien acompañándolo las 24 horas del día, aquí es donde la esposa se convierte en la cuidadora primaria, teniendo como apoyo a la madre del paciente en la mayoría de los casos.

Lo anterior es motivo de análisis ya que los pacientes jefes de familia pertenecen en su mayoría a familias nucleares, por lo que en este proceso se cuestionó ¿Quién se hace cargo de los hijos y del sostenimiento económico de la familia? ya que los pacientes aquí entrevistados estuvieron de 8 a 40 días hospitalizados.

Los pacientes refirieron encargar a sus hijos con sus familiares, madre del paciente, suegra y hermanos.

*Caso 1 “Donde se quedaban mis hijos ahí les daban de comer”.*

*Caso 2 “Gracias a Dios tuve el apoyo de mis compañeros de ahí, del jefe directo siempre estuvo pendiente y todo y me estuvo apoyando económicamente y moralmente también”.*

*Caso 4 “yo creo que todos por igual, porque si todos nos apoyaban”.*  
*“una parte con el patrón con el que trabajaba... mi hermano mayor que me estuvo trayendo despensas cada 8 días, gracias a Dios tuve el apoyo de mis hermanos”.*

*Caso 6 “El patrón me apoyaba con algo” fueron a verme familiares y ahora sí que a ellos solitos les nacía apoyarme, nos apoyaban tanto económicamente como con despensa”.*

#### **5.2.1.6 Tratamiento post hospitalario**

Hasta este punto hemos dicho que la economía familiar del sujeto ya está lastimada ahora sumemos los gastos del tratamiento post hospitalario, los cuales implicaron que el sujeto tuviera que acudir periódicamente a rehabilitación, así como seguir una serie de recomendaciones del médico, entre las cuales están que el paciente debía cubrir ciertos requisitos rigurosos de higiene en su persona y el espacio donde permanecería durante el proceso de recuperación. Los pacientes refirieron haber acondicionado sus viviendas para cumplir con las indicaciones médicas, dos mencionan que por las características de su vivienda no lograban cubrir las medidas de higiene necesarias y tuvieron que mudarse provisionalmente para no afectar su proceso de recuperación.

Parte del tratamiento de los sujetos entrevistados fue:

*Caso 1 “Lavar dos veces al día y una pomada. El cuarto esterilizado y que no recibiera muchas visitas para evitar infecciones, y no salir al sol por mes y medio.”*

*Caso 2 “Si la primera no exponerse a sol por obvias razones, no comer irritantes y estar en reposo absoluto hasta nuevo aviso y estar acudiendo al hospital a citas a consultas”.*

*Caso 3 “de alimentación nada más los primeros días que era fruta, verdura, no comer carne de puerco”. “diario cambiar sábanas, bañarme”. “hacerle sus curaciones”, “le dijeron que no se expusiera al sol”, “la higiene más porque me decía- con tantito y se te llega a infectar y te regreso”*

*Caso 4 “baño diario, (...) una vez al día”, “cremas, pomadas, gasas, vendas y hasta jaboncito”.*

*Caso 6 “teníamos gatos adentro de la casa, entonces me fui a vivir con mi mamá, y me dió un cuarto especial, lo más limpio que se pudiera”. “me dieron un tríptico donde venían mis alimentaciones, lo que podía comer y lo que no y que igual respetara los horarios”*

En cuanto a medicamentos y artículos que ayudan con la recuperación y a una mejor cicatrización, los entrevistados refirieron que éstos son costosos y de poca duración, dentro de los cuales se encontraron los siguientes:

Pomadas:

Con un tiempo de uso de uno a dos meses. La duración va a depender de la superficie corporal quemada, un paciente refirió que se acaba una pomada en dos aplicaciones ya que tenía una superficie corporal quemada del 60%.

*Caso3 “como unos dos mil pesos o tres mil, cada 15 días”. “en una sola aplicación se iba todo porque estaba grande y profunda.”*

Prendas de compresión.

A decir de los entrevistados, tienen un costo de acuerdo con el nivel socioeconómico asignado. Estas prendas favorecen a tener una mejor cicatrización y ofrecen protección de los rayos solares. Recomendación de uso debe ser de uno a dos años, periodo donde deben ser cambiadas cada que se desgasten.

*Caso 1 “Guantes por año y medio”.*

*Caso 2 “cada que se me rompe tengo que ir a consulta y que me hagan otra prenda”.*

Parches de silicón:

Estos sirven para evitar las formaciones de cicatrices deformantes y limitantes.

*Caso 4 “ya solo en estos parches de silicón, me cuesta el cuadrito ochocientos pesos, ya tiene ya va tres meses que me lo compre y se le acaba el pegamento y tengo que comprar uno nuevo y es que el cuadrito es muy pequeño”.*

Aunados a los gastos del tratamiento, los traslados en transporte implican un gasto adicional. Encontramos que el total de los domicilios de los pacientes se ubica de una a tres horas de distancia del CENIAQ. Cabe considerar que los pacientes tienen que regresar a CENIAQ a consultas de seguimiento y rehabilitación. En un inicio los pacientes refieren haber utilizado el servicio de taxi para ir y regresar, por cuestiones de comodidad e higiene ya que refieren que al sujeto se le complicaba moverse y sufría de dolor al viajar en transporte público, porque al ir apretados la gente accidentalmente llega a tocar sus heridas. En otros casos mencionan que les causaba pena que la gente los fuera viendo. El servicio de taxi implica un gasto mayor, como ejemplo lo siguiente

*Caso 6 “Pues al principio me traían en taxi, porque no podía caminar, el taxi nos cobraba doscientos pesos de ida y vuelta”.*

*Caso 3 “tenemos que estar trayendo en taxi, para llevarlo y otro taxi para traerlo, gastando como unos trescientos pesos diarios”.*

*Caso 3 (tía) “en los últimos días lo vio la psicóloga, fue una o dos veces (...) y ya no tanto porque también implicaba un gasto, y como él no quería salir así y que la gente lo viera en el camión pero estarlo llevando y trayendo en taxi es otro gasto más, entonces pues ahora si le aplicamos la terapia de casa, platicar con él, pues que le eche ganas ¿no?”.*

#### Características de la vivienda

Mediante la visita domiciliaria, se obtuvieron hallazgos en cuanto al entorno de los pacientes. Pudimos observar que las viviendas no contaban con las condiciones óptimas y necesarias para la recuperación del paciente. Las características de la vivienda son las siguientes:

- Viviendas ubicadas en zonas de alta y muy alta marginación
- Viviendas con uno o dos cuartos, en donde la familia se encontraban en situación de hacinamiento.
- Viviendas con varios animales domésticos.
- Viviendas con polvo excesivo debido a que sus alrededores son terrenos baldíos.
- Viviendas sin piso firme que genera polvo
- Viviendas con techo de lámina que genera calor e incomodidad al paciente

Hasta este punto, podemos señalar con lo que refiere al objetivo 2 “*Examinar los cambios en la economía familiar provocados por los costos del tratamiento de quemaduras de 2do. y 3er. grado de pacientes hombres jefes de familia los cuales influyen en la dinámica de la familia* ” el hecho que si hay cambios en el gasto familiar, ya que como se ha venido revisando, la cuota de recuperación es alta en comparación con sus ingresos, el costo del tratamiento en casa que implica la compra de pomadas, parches, vendas y prendas de compresión, así como gastos de transporte para asistir a consultas y a rehabilitación es otro gasto significativo, cabe resaltar que en esta etapa sus ingresos son mucho menores debido a que el paciente se encuentra en recuperación e incapacitado para retomar sus actividades laborales. Encontramos que la familia si está enfrentando dificultades económicas, incluso antes del accidente estas familias que por sus ingresos y tipo de empleo ya entraban en un rango de vulnerabilidad.

### **5.2.2** En relación al objetivo 3

“Describir las secuelas que dejó la lesión por quemadura de 2º y 3er. grado por electricidad, fuego y escaldadura en los pacientes hombres jefes de familia que se atendieron el CENIAQ”

Las quemaduras de 2do y 3er grado suelen dejar secuelas tras su periodo de hospitalización y sanación, las cuales dependerán de la gravedad inicial, la extensión de superficie corporal quemada, la edad del paciente, las complicaciones médicas intrahospitalarias, así como de los cuidados dentro y fuera del hospital como son las curaciones para evitar infecciones, medidas de higiene, dieta y rehabilitación temprana para prevenir mayores dificultades en la movilidad y funcionalidad de las zonas que sufrieron lesión por quemadura.

Las secuelas encontradas en esta investigación fueron las siguientes

Secuelas físicas:

La cicatriz patológica, el dolor, el prurito, la limitación de movilidad y la debilidad tienden ser de las secuelas físicas que más se presentaron.

Los sujetos refirieron que experimentaron constante dolor y limitación en la movilidad de las extremidades y/o zonas del cuerpo lesionadas, por lo que su funcionalidad e independencia quedó comprometida durante los primeros meses de evolución de la lesión, motivo que les impidió volver a retomar su rutina diaria, como el ir a trabajar lo cual era su principal actividad y con lo que proveían económicamente a su familia.

Caso 3 (tía) *“lo más esencial que es comer su sopa con cuchara no tenía la fuerza para agarrar la cuchara, era bien difícil”*.

Cabe resaltar, que la piel sufrió un daño extremo y que si bien pudo sanar, su composición no es ni será la misma que antes, por lo que existen secuelas permanentes como la hiper sensibilidad a los rayos solares, las demás secuelas dependerán de la condición y lesión particular del paciente. Así mismo los pacientes presentaron resequedad y comezón en la piel.

Caso 3 *“Muchas cosas dijo que a lo mejor para toda mi vida se me iban a quedar”*.

Caso 6 *“a mí me encantaba ir a jugar correr, futbol, e iba y jugaba con mi hijo, pero después de lo que me paso puedo trotar pero correr como antes ya no (...) me dijo el doctor que porque como había sufrido una quemadura en la médula me la lastime”*.

Con respecto a lo anterior y debido a que los sujetos se desempeñaban en oficios, donde llegan a exponerse al sol en algún momento, tuvieron que dejar pasar de 2 a 6 meses para poder regresar a sus actividades laborales, sea por el dolor u otra molestia. Algunos de los pacientes refirieron que aún sienten molestias en su piel.

La rehabilitación es parte fundamental para estos pacientes donde es de suma importancia recobrar fuerza, resistencia y flexibilidad.

### Secuelas estéticas

Toda quemadura de 2do. y principalmente de 3er. grado ocasionará una secuela de tipo estética como el cambio en la pigmentación de la piel, sea ésta despigmentación o hiperpigmentación. Los sujetos entrevistados no fueron la excepción, todos observaron un cambio en el color y textura de la piel que se lesionó.

Caso 3 (tia) *“Tenía manchas oscuras como una máscara negra”*.

Suelen surgir cicatrices en muchos casos de tipo hipertróficas que son propias de las personas que tuvieron una lesión por quemadura.

Los pacientes entrevistados no comentaron de que tipo eran sus cicatrices, no obstante y por decisión propia mostraron algunas de las zonas que quedaron marcadas mencionando que si han visto mejoría con el paso de los meses.

Caso 6 *“Pierna izquierda fue donde me quitaron piel para injerto, la derecha también se me alcanzo a quemar, de ahí la ingle, toda la panza, el abdomen, tórax, espalda, todo eso está marcado, mi cirujano me dijo que así yo cicatrizaba, me dice tu eres de cicatriz boluda y así son las que quedaron en todo el cuerpo”.*

### Secuelas emocionales

Al tener una quemadura y cicatrices que en muchos casos son visibles genera que el sujeto se sienta diferente e incómodo por las miradas ajenas de la gente, todos los sujetos coincidieron en sentir pena al salir a la calle, manifestándolo como lo muestran las siguientes citas:

Caso 1 *“Me da pena, la gente se me queda viendo, se me hace bastante incómodo”.*

Caso 3 *“No me siento bien, me da pena andar en la calle así”.*

Caso 4 *“Al principio si me daba pena salir, pero fui superando eso, ya ahorita de repente si me da pa bajo y de repente digo vamos a echarle y de repente ya andamos normal”. “Ya no sientes tu cuerpo como lo tenías antes es diferente teda un cambio de carácter”*

Caso 4 *“Cuando vengo en el camión me ven y a fuerzas quieren ver que tienes”.*

Caso 6 *“Al principio no sé si me daba pena, tristeza, yo pues me tapaba la cicatriz ”.*

*Algunos experimentaron miedo posterior al suceso con respecto a aparatos electrodomésticos o la maquinaria de su oficio que involucran gas, fuego o el agente que les genero la quemadura.*

Caso 1 *“Ella pasaba a hacer de comer porque me daba miedo el fuego”.*

Caso 4 *“Cuando regrese al trabajo ya veía mi máquina de trabajo con miedo, pero regrese con más precaución”.*

Otros experimentaron cambio en su carácter y percepción de su imagen negativa pero con resignación.

Caso 4 *“Cambia mucho uno... te ves en el espejo y lo que te ponías ya no te lo puedes poner”.*

Caso 4 *“Te da un cambio de carácter, yo me altero muy rápido y me desespera sentirme así que ya no puedo hacer lo que hacía antes”.*

*Caso 4 “Parecía yo un zombi, yo les decía que me quitaran los espejos (...) me sentía yo no sé cómo al verme desfigurado de la cara”.*

*Caso 4 “Me veía yo y decía - como quede, ya todo bien marcado”.*

### Secuelas sociales

La mayoría de sujetos comentaron que no hubo cambios negativos en la forma de relacionarse con amigos, u otras personas.

*Caso 2”Creo que me relaciono mas ahora”.*

*Caso 1 “No, simplemente me cubro (...) sin guante “me costaría trabajo salir, lo que pasa, bueno hay amigos que me dicen haber cómo te quedo y ya cuando les en seño les da cosa”.*

*Caso 4 “En el camión que vengo, ay no a fuerzas quieren ver que tienes, el morbo (...) y a fuerza no te quitan la mirada (...) como soy muy alterado con ganas de decirles -sabes qué? quieres que te diga que me paso?- pero pues no, me aguanto mejor”.*

Cabe mencionar que las secuelas anteriores se presentaron durante los primeros meses a partir de que salieron de hospitalización, al día de la entrevista comentaron que ya la situación estaba prácticamente igual, la mayoría regresó a su empleo, comenzaron hacer ejercicio y continúan adaptándose a las modificaciones estéticas.

*Caso 3 (tía) “Él no quería salir así, porque la gente lo ve en el camión (...) ahorita, yo creo, ya está acostumbrado”.*

Un aspecto a considerar en cuanto al aspecto emocional y físico, retomaremos a Hopkins y willard quienes refieren: “el retorno al trabajo antes de que se complete la maduración de las cicatrices puede ayudar a preservar la función y mejora el autoconcepto del paciente”. A pesar de que los pacientes en su mayoría se accidentaron en su trabajo, existiendo la posibilidad de bajar sus niveles de confianza en sus habilidades, presentar enojo ansiedad, temor a accidentarse nuevamente (citado por García, 2011) algunos pacientes así como sus esposas refirieron que el retorno al trabajo fue de gran ayuda para recobrar su funcionalidad y ánimo.

Caso 1 (esposa) “Tardo en recuperarse como medio año pero ahora ya es totalmente diferente, **salir a trabajar le ayudo**”.

Caso 2 (esposa) “Al principio si como que desubicado, se deprimió, pero **al salir a trabajar se recobró**”.

Caso 4 (esposa) “al principio le afecto, al principio, pero ahorita pues **le ayuda mucho su trabajo**(...), como siempre ha trabajado y si estaba aquí más se desesperaba por mis hijos, por el calor, él quería despegar su mente pues (...) ahora el sigue como si no hubiera pasado nada, pero de repente como que se pone triste (...) como ahorita ya se va a trabajar es como dice- me voy a distraer un rato a trabajar-.”

Caso 6 paciente “ me sentía desesperado porque ya quería regresar a trabajar(...) ya cuando empecé a hacer más más más ejercicio fue cuando dije a mis esposa -ya! ya me quiero ir a trabajar- y me dice - estás loco y le digo - es que ya! o sea me harto ya estar encerrado. Lo que caiga es bueno ahorita”

#### 5.2.2.1 Rehabilitación física post-hospitalaria

La terapia física comienza tempranamente desde que el paciente está hospitalizado. Cuando los injertos ya están integrados se comienzan con las movilizaciones. Todos los pacientes refieren haber tenido sesiones de terapia física dentro de hospitalización.

Caso 4 “uuuhh me costó trabajo me hicieron hasta chillar”.

Dependiendo de la valoración del personal médico y de rehabilitación era como consideraban el número de citas post hospitalarias, siendo un periodo general de 2 a 6 meses con respecto a lo mencionado por los sujetos. Después de ese periodo se continuaron las terapias de rehabilitación pero ya en casa para seguir fortaleciendo el músculo y lograr nuevamente el movimiento y la funcionalidad.

Caso 3 (tía) “pues estaba todo flácido, todo suelto para volver a recuperar su fuerza fue muy despacio, muy lento”.

Caso 4 “Después de esas 40 sesiones regresé a hacer mis actividades con miedo, bueno a trabajar no, pero si hacer ejercicio y querer correr ya con miedo pero ahí iba despacito y gracias a Dios, volví a perder el miedo”.

Trascurridos el periodo de dos a seis meses, los sujetos ya podían movilizar su cuerpo, no como solían hacerlo pero ya les permitía tener su autonomía y regresar a sus actividades laborales. Los tiempos que cada uno tardaron en reincorporarse laboralmente fueron los siguientes:

*Caso 1 “como unos cuatro meses yo creo”.*

*Caso 2 “como dos meses, claro con sus debidas precauciones y atenciones”.*

*Caso 3 “como cuatro meses”.*

*Caso 4 “Me aventé tres meses en cama, , aparte de los tres meses en cama, otros dos para volver a trabajar, bueno iba un ratito y me regresaba hasta que volví agarrar de nuevo (...)”.* “Me cambiaron de actividad, aunque yo no me acostumbro hacer otras cosas, y regrese a mi maquina (...) cuando regrese ya la veía con miedo, pero regrese con más precaución, ya cuando la prendo mejor me quito”.

*Caso 7 “Como ocho meses porque apenas llevo como un mes trabajando”.*

Hay que considerar que a pesar de que ya regresaron todos a trabajar, algunos refieren no encontrarse aun bien, debido a que todavía tienen un poco de dolor, comezón y ardor en las zonas lesionadas.

### 5.2.3 En relación al objetivo 4

“identificar *los cambios en la dinámica familiar de pacientes hombres jefes de familia que se atendieron en el CENIAQ*”. Al respecto de este objetivo, se detectó que la dinámica familiar se ve modificada principalmente durante los primeros 6 meses que el sujeto estuvo en recuperación en casa bajo los cuidados de su familia. Algunos de los cambios que se presentaron fueron los siguientes:

#### a) Roles:

Por el tiempo que estuvieron en recuperación en casa, el rol de proveedor del paciente quedo interrumpido, por lo que se dedicó al cuidado de los hijos en casa y en un caso realizó tareas sencillas del hogar que no comprometieran su salud.

*Caso 4 “Barrer, a doblar las cobijas y antes eso no lo hacía (risa), lo que no se hacía se aprende (risa)”.*

En la mayoría de los casos refieren los entrevistados que no ayudaron en las tareas del hogar, ocasionando un cargo mayor en la esposa que se convirtió en la cuidadora primaria, además continuaba haciendo todo lo habitual, sumado a que algunas de ellas se convirtieron en las proveedoras económicas pero sin abandonar el cuidado de los hijos, el aseo de la casa, la alimentación; generándole un desgaste físico y emocional a ella.

*Caso 1 (esposa) “se quedó en casa y yo tuve que salir a trabajar, me convertí en la proveedora (...) él se quedaba a cuidar a los niños.”*

*Caso 4 (paciente) “mi esposa me bañaba, me cuidaba, me daba de comer, ella casi me hacía todo”*

*Caso 4 (esposa) “tenía que bañarlo y tenía que darle sus comidas a sus horas”*

Por el contrario, en otros casos la esposa tuvo que dejar de trabajar para dedicarse únicamente al cuidado del paciente y de los hijos, reduciendo los ingresos familiares.

*Caso 4 (esposa) “yo vendía ropa, chacharitas y ya cuando me dijeron del accidente deje de vender y ya no pude, porque teníamos que ir a citas, tenía que cuidarlo, hacerle aseo de sus manos, (...) tenía que bañarlo y tenía que darle sus comidas a sus horas, muchas cosas (...) era una cosa, pero pues ni modos”.*

## b) Resolución de problemas

Dos entrevistados refirieron que si existieron problemas de pareja ocasionales debido al cambio en el estado de ánimo del paciente, generado por todas las secuelas y la desesperación que tenía al permanecer en cama todo el día, cuando su rutina anterior era trabajar y llevar el gasto al hogar.

*Caso 1 “Llega un momento en que se desespera uno (...) ocasionalmente le contestaba mal a mi esposa, referente a asuntos del hogar, como - ¿por qué no hiciste esto como te dije?”.*

*Caso 4 “cambió por mi carácter, por lo mismo como me sentía yo (...) pero ya de repente me tranquilizo porque mi esposa que culpa tiene de que yo me ponga así”.*

Algunos entrevistados no percibieron que hubiera conflictos a raíz del accidente que generó la quemadura y contrario a lo que se pensaría la esposa refirió lo siguiente:

Caso 6 (esposa) *“Al principio nos peleábamos mucho (...) y cuando salió del hospital ya le puse más atención, ya casi no peleamos, ya estamos como mas unidos”.*

### c) Comunicación

Hubo modificaciones debido a los cambios de ánimo del paciente, aunque refieren que eran ocasionales. A decir de los entrevistados fue un suceso que mejoró la comunicación en la familia.

Caso 1 *“hizo que la familia se fuera uniendo”.*

Caso 3 (tía) *“Yo note más la unidad de mi familia, yo mantuve esa comunicación, tratábamos de mantenernos unidos.”*

Caso 4 *“Antes que estaba bien me valía, con perdón de la palabra, madres todo, pero ahora ya no”.*

En un principio, recién que el paciente regreso a casa, hubo separación con los hijos debido a que son niños pequeños, que a decir de los sujetos se impactaban mucho cada vez que los veían.

Caso 4 *“Le daba... digamos miedo porque no se me acercaba nadita nadita, ya después como que fue entendiendo”. “Al principio a la niña le daba miedo verme porque si me veía bien desfigurado”.*

En algunos casos a los hijos no se les comentó lo que ocurrió en realidad, diciéndoles únicamente que estaba “malito” y en otro caso que “el torito” lo quemo. Mencionan que preferían no decirles la verdad porque eran muy pequeños y no lo comprenderían.

### D) Respuestas afectivas

El tener una lesión por quemadura genera una serie de cambios, ya sean temporales o permanentes, que modifican la forma de interacción con las personas y en específico con la familia que es el grupo más cercano de convivencia.

Los pacientes entrevistados refirieron vivir su proceso de recuperación con desesperación, ya que están acostumbrados a estar activos en su trabajo y al cambiar esa rutina les generó un desbalance emocional.

*Caso 1 “Al principio lo apapachan a uno más, porque está un convaleciente.”  
“Sentí más atención por parte de mis hijos, me preguntaban seguido como estaba”.*

*Caso 2 “Más comunicación, más cariño, más comprensión, más amor”.*

*Caso 3 “Pues por un lado está bien porque estás con tu familia, pero el no poder hacer cosas también te sientes mal porque quisieras apoyar y no puedes.”*

*Caso 4 “ Ya me quiero ir a trabajar! es que ya! O sea me harto ya estar encerrado”*

### **Preocupación del paciente en hospitalización**

Es importante también conocer las emociones de los pacientes durante su proceso de hospitalización y lo que más les preocupaba.

La mayoría de los pacientes mencionaron que su mayor preocupación mientras estaban hospitalizados era su familia, en específico sus hijos que en todos los casos eran niños pequeños.

*Caso 1 “Me preocupaban mis hijos porque casi no los dejamos con nadie”.*

*Caso 4 “Mis hijos porque estaban pequeños, le digo yo siempre he sido luchón, pobremente, pero que no les falte de comer y este estoy pagando una renta y si les llevo a faltar ¿Cómo?, ¿con que la pagan ellos?, era mi peor miedo de dejarlos solos (...) me daba mucha fiebre, deliraba yo, yo sentía que tenía a mis hijos a mi lado, escuchaba sus voces (...) sentía que no pasaba esto y le eche ganas por mis hijos (...) yo lo presentía desde el principio que algo no iba a salir bien, pero le eche ganas (...) no, si la hice, si la libré!”.*

*Caso 6 “Mi niño, mi bebé, era mi bebé el que más me preocupaba, bueno todo pero más mi bebé”.*

Solo dos casos no refirieron lo anterior, el primero indicó:

*Caso 3 “pues de hecho no me preocupaba otra cosa, solo pedía que me dieran mucha agua”.*

Otro paciente refirió preocuparse por su recuperación y por el costo de la cuota de recuperación.

*Caso 7 “Pues prácticamente en mí, porque pues ya el camión ya estaba quemado, pues ya que me compusiera, y que no me cobraran tan caro. Pues si pues si me cobraron caro, buen pues si me atendieron bien. El dinero como quiera se recupera”.*

### **5.2.3 Categorías complementarias al análisis**

#### **5.2.3.1 Factores que propiciaron el accidente**

De la población masculina que tuvo una lesión por quemadura, hay 3 factores que sobresalen: 1) Es la edad, 2) El lugar donde ocurrió el accidente, 3) Faltas de medidas de prevención.

##### **a). Edad**

La población que tiene una lesión por quemadura se ubica en **edades productivas**, los siete entrevistados se encuentran en un rango de edad de los 22 a los 44 años, de los cuales cuatro casos están en edad de los 31 a 40 años, 2 sujetos de 22 años y un sujeto de 44 años. Y de acuerdo con la clasificación que brinda el INEGI (2017) considera que la edad económicamente activa es de los 15 años en adelante.

##### **b). Lugar donde ocurrió el accidente**

De los sujetos entrevistados en siete casos el accidente ocurrió en el ámbito laboral y un caso en el hogar, donde los sujetos refirieron que fue tras realizar una actividad rutinaria de su trabajo. Sin embargo, debido a la falta de medidas de precaución, desconocimiento e insuficiente capacitación al personal estos accidentes emergen, generando una serie de complicaciones que bien pudieron haberse prevenido. Ya que como lo refirieron los entrevistados:

*Caso 4 “salió una fuga de plástico caliente (...) hizo como una explosión y pues todo me brinco en la cara, el pecho y las manos (...) simplemente pasó algo inesperado o tal vez un error humano (...) no nos fijamos que la maquina está muy caliente”.*

Del total de los casos, solamente uno fue un accidente dentro el hogar, por desinformación y por falta de previsión.

*Caso 1 “entonces cuando cae el agua se explota el aceite y ya me cae en la mano y parte del brazo, entonces con la mano me cubrí la cara y explotó todo”.*

Lo que distinguió de estos casos, fue que los accidentes se presentaron con mayor frecuencia dentro de los oficios informales en donde el empleador no suele dar las indicaciones preventivas a sus trabajadores, no les brinda el equipo necesario para realizar de manera segura sus actividades, lo que deja a los empleados en una situación de riesgo laboral.

*Caso 6 “Hizo arco eléctrico con los cables de alta tensión (...) ya no pude mover mis piernas ni mis brazos (...) quede colgado de un murito (...) si no hubiera sido la descarga hubiera sido la caída”.*

Lamentablemente al ser trabajo informal se encuentra fuera del marco legal, por lo tanto no existen obligaciones de Ley como la seguridad social que le brinde al empleado atención médica, ni la indemnización correspondiente durante el tiempo que el sujeto este incapacitado para trabajar. Dentro de los casos se evidenció que solo la mitad de los empleadores estuvieron al pendiente de la situación y cooperaron con el pago de la cuota de recuperación por prestación de servicios médicos, así como apoyo para el sustento económico de la familia.

### **c. Faltas de medidas de prevención**

Se ha mencionado la importancia de una cultura de prevención de accidentes y la necesidad de implementar medidas en cada uno de los espacios laborales, sean formales o informales, esto con el fin de disminuir la incidencia de accidentes laborales. Ahora bien, Cuál es la percepción de los sujetos, ¿consideran que su lesión se pudo haber prevenido o fue un suceso que no tenían manera de prevenirlo?

La mayoría de los sujetos entrevistados consideró que era posible prevenir el accidente, con las medidas de precaución necesarias y tener el conocimiento acerca de los posibles riesgos que el oficio conlleva.

*Caso 2 “por un descuido mío (...) desconecte una manguera mal y sin percatarme se me vino todo el líquido, todo el anticongelante (...) muchas veces no estamos lo totalmente capacitados para todo aunque uno se crea porque ya lo había hecho muchas veces”*

*Caso 1 “si hubiera secado bien el bote de leche, pero no lo seque”.*

*Caso 6 “me quede en vez de ir a comer y es lo que siempre me pregunto ¿si me hubiera bajado que hubiera pasado?”.*

*Caso 4 “simplemente paso algo inesperado o tal vez un error humano (...) no nos fijamos de que la maquina está muy caliente”.*

*Caso 5 (esposa) “no, pues él se volvió un poco más precavido, pues si ya toma sus precauciones, fue una imprudencia”.*

Únicamente dos sujetos consideran que no era posible evitar el accidente

*Caso 7 “Ahora si pues yo no me lo imaginaba, como yo no ando en el sindicato, esos problemas son de un sindicato y otro. No había manera de prevenir, solamente el no trabajar. “Me tocaba yo digo, la mala suerte que me atravesé donde estaban ellos”.*

*Caso 2 “así para que no pasara el accidente no creo”.*

Hay que considerar que este último se negó a dar detalles mostrándose un poco incómodo con la pregunta acerca del relato del accidente, únicamente dio las siguientes palabras:

*Caso 3 “estaba yo trabajando y empezó a llover y salió una chispa de la lámina y fue así que se prendió la pólvora que tenía, dio el flamazo y ya fue cuando yo me quemé”*

Por su parte, el CENIAQ registró que se dedicaba al oficio de la fabricación de pirotecnia como ayudante, sin embargo no hay una certeza de ello.

En el otro caso no fue un accidente, sino fue una agresión por terceros, en donde el entrevistado se encontraba laborando en un camión de carga propio, los sujetos quisieron quemar su camión a lo que el refirió:

*Caso 7 “yo porque me les puse al brinco y pues era mi camión pues me dolía, y los demás como son choferes, pues se bajan y le corren”.*

Sin embargo el entrevistado refirió tener conocimiento de que estos sujetos pertenecientes a un sindicato habían ya con anterioridad quemado otros camiones.

Y refirió que si no se les hubiera puesto al brinco, no le hubiera pasado nada.

Finalmente la mayoría tiene conciencia de que el accidente puede prevenirse, aunque se percibe en todos los entrevistados resignación ante el suceso y mencionan que “ya les tocaba”.

### 7.5.2 Cambios en la perspectiva que se tiene de la vida

Las respuestas de los pacientes coinciden en que el suceso trágico les dejó un aprendizaje significativo para su vida y refirieron lo siguiente:

*Caso 4 “Cuando te pasa ni modo, por algo pasan las cosas, y pues me pasó y ya a tener más precaución, ya ni llorar es bueno”.*

*Caso 1 “Te valoras tu más como persona, si veo a una persona quemada o sea trato de comparar mi dolor (...) y ahora comprendo. Ya son cosas que son para toda la vida”*

*Caso 2 “Si bastante, la vida te da la oportunidad hay que saberla aprovechar valorarla cuidarse uno más, ser más precavido ser más atento, valorar más a tus seres queridos a tu familia todo”.*

*“Estar más con mi familia (...) porque te digo antes pus no estaba con ellos”*

*Caso 2 “Si, si, si y mucho eeh, mucho, mucho cambio después de este accidente, ya fines de semana con ellos, llego de trabajar con ellos, lo que no hacía antes, estamos más juntitos ahora sí”.*

*Caso 4 “Ahora si valoro a mi esposa porque sufrió mucho ella”*

*Caso 4 “Siento que volví a nacer y valorar más a mi familia, ahorita si estoy más pendiente de ellos, lo que no hacía yo antes”*

*Caso “Esto es sufrir, si te digo no se lo deseo a nadie, si sufrí mucho”.*

*Caso 6 “Si cambio mucho, yo antes era como un poquito amargado (...) ahora si todo lo que se me venga enfrente pues aprovechar, porque en un ratito sin querer me cambio todo (...) pienso más y valoro más las cosas (...) después de esto mi vida cambio ”.*

Se percibe una resignación de los sujetos con respecto al suceso que generó la quemadura. Todos concuerdan en que debido al accidente ahora están más unidos a su familia ya que antes casi no pasaban tiempo juntos, así como ser más precavidos. En general valoran más su vida y a su familia.

## Conclusiones

El realizar esta investigación con el título *“Cambios en la dinámica familiar de pacientes jefes de familia que presentaron quemaduras de 2° y 3er. grado atendidos en el CENIAQ,”* representó poner en práctica conocimientos de nuestra formación académica, cabe mencionar que implicó un reto debido a que es una problemática poco abordada desde la perspectiva de trabajo social. La cual dejó una experiencia enriquecedora porque permitió aventurarnos en un nuevo campo de estudio a través de la investigación exploratoria, en donde la información que se obtuvo fue directamente de testimonios reales de los pacientes y que al ser una investigación con un modelo de análisis de la información cualitativo, pudimos aplicar las técnicas de la observación y entrevista a profundidad que permitieron obtener información de las experiencias vividas de los pacientes y así comprender esta problemática social.

Las lesiones por quemaduras constituyen un problema social que van a generar una serie de cambios en varios aspectos de la vida de la persona que las sufre.

Los principales cambios observados en la fase de reintegración social son: **a) económicos:** los cuales se manifiestan en la alteración de la economía personal y familiar, agudizando sus condiciones socio familiares. **b) sociales:** se ven reflejados en la dinámica familiar ya que ésta se modifica **c) personales:** los cuales se manifiestan a través de las secuelas que el accidente dejó, estas secuelas repercuten en el aspecto físico, estético, emocional, y social de la persona lesionada.

En relación al objetivo 1 : *“Identificar el perfil social de los pacientes hombres jefes de familia que se atendieron en el CENIAQ”*, permitió comprender el contexto en el que se encontraban los pacientes, es decir en una situación de alta vulnerabilidad, ya que de acuerdo con el concepto que brinda el INEGI (Seminario Internacional, 2011) considera vulnerabilidad como “la incapacidad de una persona, o de una comunidad para aprovechar las oportunidades disponibles en distintos ámbitos socioeconómicos, para mejorar su situación de bienestar o impedir un deterioro. Pero también tiene que ver con los fenómenos de inestabilidad, vinculados al mal funcionamiento de los mercados financieros y laborales; al debilitamiento de las instituciones de Estado, a la falta de seguridad social o a situaciones de alto riesgo.” Escenario que en esta investigación se corrobora debido a que los pacientes, presentaron las siguientes características: ocupaciones informales, de alto riesgo, ingresos bajos e inestables, bajo nivel de escolaridad, habitan en zonas de alto grado de marginación y no cuentan con seguridad social. Situación que se agravó al sufrir el accidente que les provocó la lesión por quemadura, donde la familia implicada se ve en la necesidad de cubrir la cuota de recuperación por la prestación de servicios médicos ofrecidos por el CENIAQ, lo cual merma significativamente su situación ya vulnerable.

El objetivo 2 *“Examinar los cambios en la economía familiar provocados por los costos del tratamiento de quemaduras de 2do. y 3er. grado de pacientes hombres jefes de familia que se atendieron en el CENIAQ los cuales influyen en la dinámica de la familia”* permitió corroborar que la cuota de recuperación por prestación de servicios médicos, es muy elevada en comparación con los ingresos mensuales familiares y tras verse en la obligación de liquidar la cuota de la atención médica, se afectó súbitamente su economía familiar.

La cuota de recuperación varía entre pacientes dependiendo del nivel socioeconómico asignado. De los casos aquí retomados se les estableció una cuota que va de los 3,800 hasta los 77,500 pesos en contraste con sus ingresos bajos. Debido a la informalidad de los empleos y no tener seguridad social por parte del empleo, las familias recurren a los préstamos y venta de su patrimonio, invirtiendo más del 30% de su capacidad económica en hospitalización y tratamiento. La anterior situación encaja en el concepto de “gastos catastróficos por motivos de salud” lo que genera un empobrecimiento en las familias por la inversión en la recuperación de la salud; esto sin tomar en cuenta que el paciente permaneció hospitalizado e incapacitado para trabajar por al menos 6 meses, lo cual ocasionó que la situación de pobreza en la que se encontraban las familias se volviera aun más crítica tras los gastos catastróficos que implicó el tratamiento médico especializado, así también se vio afectada la dinámica de la familia, generando cambios analizados en el objetivo 4.

Con referencia al objetivo 3 que fue ***“Describir las secuelas que generan las quemaduras de 2do y 3er grado por fuego, electricidad y escaldadura”***. Se detectaron las siguientes:

Una de las principales secuelas referida por la mayoría de los sujetos es la gran sensibilidad a los rayos ultravioletas, causando comezón y ardor en la piel dañada, cabe mencionar que esta condición puede ser temporal o permanente, impidiéndoles en cierta medida poder realizar sus actividades a las cuales estaban habituados.

Otra secuela en común fue la limitación en la movilidad del cuerpo en específico de las zonas corporales lesionadas, en su mayoría las extremidades, lo cual obstaculizó su autonomía e independencia, impidiendo que desarrollaran sus actividades laborales y físicas durante este tiempo. Esta situación persistió en periodos de 2 a 6 meses, posterior a ello reanudaron sus actividades. Cabe resaltar la importancia del retorno a las actividades laborales en la rehabilitación física y emocional del paciente, ya que como la literatura refiere, el retorno al trabajo “puede ayudar a preservar la función y mejora el autoconcepto del paciente”. No obstante, los pacientes refirieron que su desempeño laboral y físico no es el mismo que antes del accidente.

En cuanto a las secuelas estéticas, una quemadura de 2do y 3er grado siempre dejará una cicatriz, pero ésta dependerá de la gravedad, del manejo médico inicial, de la rehabilitación y de la genética de cada persona. Los entrevistados en su totalidad quedaron “marcados” con cicatrices, cambios en la pigmentación y textura de la piel, lo que generan una modificación en la autoimagen que afecta al sujeto en el aspecto emocional, principalmente causándole pena, incomodidad y un cambio de carácter que en ocasiones generó conflictos de pareja.

Las secuelas que se generaron a raíz de la lesión por quemadura pueden ser disminuidas a medida de que se siga un buen tratamiento hospitalario, y es fundamental que en la recuperación en casa se tenga el seguimiento adecuado de rehabilitación. Lo cual tendrá una relevancia importante para el avance o recaída del paciente.

El objetivo 3 que guió a esta investigación fue: **“identificar los cambios en la dinámica familiar de los pacientes hombres jefes de familia que se atendieron en el CENIAQ”**. Se logró comprender que efectivamente hay un cambio en la dinámica familiar debido a los altos costos que conlleva un tratamiento de lesiones por quemaduras en un Centro de alta especialidad, donde a pesar de que a la mayoría de los entrevistados les fue asignado el nivel 1 que es el nivel socioeconómico más bajo, la cantidad total a pagar sigue siendo muy elevada en comparación con sus ingresos, por lo que de inmediato repercute en la economía familiar de los sujetos, que se ven en la urgencia de pagar de inmediato la cantidad establecida, adquiriendo deudas, vendiendo y perdiendo su patrimonio, así como la disminución del gasto familiar posterior a su alta hospitalaria, lo cual pone en una situación de crisis financiera a la familia. Hay que considerar que las dificultades económicas fueron diferentes, debido a que en tres casos hubo apoyo económico por parte de sus empleadores durante el tiempo de hospitalización e incluso después de su egreso, así como el pago de la cuota de recuperación por la prestación de servicios médicos.

En relación a los cambios en la dinámica familiar, estos se presentaron en tres momentos:

El primer momento en cual se registraron cambios en la dinámica familiar fue durante el proceso de hospitalización, ya que toda la dinámica giró en torno al paciente hospitalizado. Por lo que los principales cambios fueron en los roles: la esposa adquirió la función de cuidadora primaria permaneciendo la mayoría del tiempo en el hospital mientras que los hijos pasaron al cuidado de los familiares.

El segundo momento fue el tiempo de recuperación en casa con periodos hasta de seis meses en la mayoría de los casos, los principales cambios fueron: que la esposa mantuvo la función de cuidadora primaria, además del cuidado de los hijos y tareas del hogar. También se presentó un caso donde la esposa adquirió la función de proveedora y el paciente se quedó al cuidado de los hijos y de algunas tareas del hogar. No obstante también se encontró en la familia de un paciente que la esposa tuvo que dejar de trabajar para cuidarlo, lo cual implicó una disminución más de ingresos familiares.

Las actividades de los pacientes cambiaron en este periodo de tiempo debido a las secuelas físicas que la lesión por quemadura ocasionó. Las principales fueron: dejar de trabajar y de hacer actividades físicas. En esta etapa se observó que hubo cambios en la comunicación, ya que el paciente al permanecer en casa, mejoró la comunicación hacia los hijos y cónyuge, pasando más tiempo de convivencia con la familia; sin embargo, también hubo conflictos entre paciente y esposa, debido a los cambios en el estado de ánimo en el paciente provocados por las secuelas de la quemadura.

El tercer momento fue el proceso de readaptación, en éste se ven disminuidos dichos cambios por que la familia empieza a retomar sus actividades que solían realizar con anterioridad. Dentro de la literatura, se menciona que una persona regresa a su normalidad aproximadamente a los seis meses de ocurrido el hecho traumático, esto lo logramos distinguir tras la realización de las entrevistas. Los sujetos regresaron a sus actividades laborales dentro de un periodo de 2 a 8 meses, con lo que regresaron a su rutina. En esta etapa los cambios más significativos se reflejaron en las respuestas afectivas de la siguiente forma: el accidente en la mayoría de los casos puso en riesgo la vida del paciente, situación que influyó a que las respuestas afectivas se reforzaran positivamente, generando más unión en la familia y comprensión entre los miembros.

En lo que respecta a la recuperación en casa son fundamentales las redes de apoyo existentes, como en la literatura se menciona, el tener un apoyo social favorece la recuperación y un mejor afrontamiento cuando hay un suceso inesperado como una quemadura por accidente, donde la resiliencia familiar y personal juegan un papel igualmente importante para hacerle frente a la situación y aprender de ella.

Dentro de las redes de apoyo que se encontraron fueron las redes personales o también llamadas informales, dentro de las cuales prevalecieron las redes familiares, como la esposa, madre del paciente, hermanos; en otros casos también fueron presentes las redes no familiares como amigos, vecinos y patrón del paciente. Los apoyos brindados por estas redes fueron de tipo material, económico, emocional e instrumental.

Dentro del apoyo instrumental podemos situar el cuidado y acompañamiento de los familiares en el proceso de hospitalización y recuperación en casa. Con la investigación corroboramos lo escrito en la literatura la cual indica el predominio de la presencia femenina como la cuidadora primaria en los procesos salud-enfermedad. En estos casos fue la esposa o concubina la que llevó la mayor carga emocional y física, ya que cuidó del paciente durante todo el proceso, prácticamente el paciente dependía de ella, y no obstante de ser la cuidadora primaria continuó con el cuidado de los hijos, la limpieza de la casa, la alimentación de la familia y en algunos casos se convirtió en la proveedora. Los demás familiares apoyaron de manera económica o en especie durante hospitalización y de 1 a 2 meses posteriores a su alta hospitalaria.

Otro aspecto importante es la capacidad personal y familiar de los afectados, en otras palabras, la capacidad de resiliencia. En relación a lo anterior y en virtud de lo que refirieron los pacientes en la entrevista, el accidente que les generó la quemadura efectivamente fue una situación muy difícil y dolorosa, pero contaron con varias de las estrategias que la literatura maneja entre las cuales destacan: el buscar fuerzas, aceptar que los cambios son parte de la vida, no ver a la crisis como un problema insuperable, al contrario, lo percibieron como una oportunidad para redescubrirse a si mismo y a las personas que estuvieron cercanos en este proceso, mostraron una actitud esperanzadora y optimista, así como estar abiertos a aceptar la ayuda y apoyo de los demás. Estos aspectos contribuyeron a que los pacientes no se rindieran. Pocos de los entrevistados mencionaron durante la entrevista aspectos negativos de todo el proceso que vivieron. Ahora perciben el accidente con resignación y como una segunda oportunidad que les dio la vida. La mayoría refiere valorar más a su familia, por lo que la unión familiar se consolidó a raíz accidente y hasta el día de la entrevista, los pacientes declararon valorar más la vida.

Efectivamente la lesión por quemadura dejó cicatrices físicas y emocionales, pero es algo que están superando con el tiempo y valoran que se encuentran con vida, completos físicamente y con su familia.

Esta investigación con un tema de investigación poco explorado, brindó elementos para comprender una problemática que se presenta con mayor frecuencia en la población vulnerable que agrava aún más su situación económica y su dinámica familiar. Por ello es importante que se tenga en cuenta todo lo que un accidente que por falta de medidas de prevención ocasiona e impulsar estrategias para el fomento de una cultura de prevención, diseñar programas o proyectos cuyo fin sea la prevención de accidentes dentro del hogar, escuelas, espacios laborales, espacios públicos y de recreación, de este modo disminuir el número de casos de personas que sufren una quemadura, ya que en cualquier ámbito el factor de riesgo para una quemadura es el desconocimiento. Si bien, nuestra sociedad es conocida el término de quemadura pero aún no hay la

suficiente información sobre su magnitud y gravedad; por ende, al no tener conocimiento de lo que implica una quemadura, su gravedad, el tratamiento, rehabilitación, las secuelas físicas, estéticas, emocionales y sociales que estas pueden generar a corto y largo plazo, así como sus repercusiones; no se podrá tener una prevención correcta.

Dentro de los espacios laborales es necesario capacitar mejor a sus empleados, brindarles el equipo necesario y todas las medidas de prevención necesarias para disminuir la incidencia en este caso de accidentes laborales, pero en general en todo espacio; de este modo las familias y las instituciones evitarían gastos elevados en este tratamiento, debido a que la lesión por quemadura es la consecuencia de una prevención escasa. Cuando finalmente se tenga la fuerza preventiva en todos los órdenes y se dé a conocer la gravedad de estas lesiones, se logrará disminuir significativamente el número de personas que lleguen a sufrir quemaduras por algún accidente.

En relación a lo anterior, de los pacientes que accedieron a esta investigación, el 56% de los casos tuvo un accidente laboral, siendo el principal factor de riesgo falta de medidas de precaución dentro de estos espacios, en donde los entrevistados consideraron que el accidente se *“pudo haber prevenido”*. En este sentido, esta investigación puede dar apertura a la realización de estrategias de intervención que fomenten las medidas de prevención necesarias en cada actividad laboral para salvaguardar la seguridad y bienestar del personal. Por lo que este trabajo puede ser una base referencial para continuar abordando las medidas de prevención que permitan evitar las lesiones por quemaduras.

Un punto de reflexión en esta investigación es la participación fundamental del trabajador social en esta problemática, ya que es quien realiza el estudio socioeconómico, instrumento que permite conocer diferentes dimensiones del paciente, familia y el contexto social para ubicarlos en un nivel socioeconómico, este nivel es el determinante para establecer la cuota de recuperación por la prestación de servicios médicos durante su tratamiento. En la clasificación socioeconómica, ya que develan dos cuestiones; la primera tiene que ver con el cumplimiento de las políticas institucionales y el segundo elemento es la importancia de la evaluación del estudio socioeconómico, ya que su valoración, se tiene que dimensionar en las condiciones no solo económicas sino también contextuales, de tal forma que en un sentido de equidad se pueda asignar una cuota que no someta a la familia del paciente a la pérdida de su condición patrimonial y les permita optar por una recuperación plena, sin el apuro de la deuda económica que agrava a demás sus condiciones socio familiares.

Finalmente la presente investigación será entregada a la institución como un aporte desde el área de trabajo social. A si también puedan conocer los resultados plasmados en esta investigación sobre lo que ocurre con el paciente y su familia después de que se atendió en el CENIAQ; de las problemáticas y dificultades que enfrentan y se convierta en un referente de consulta en la toma de decisiones en cuanto a las políticas institucionales relativas a las cuotas de recuperación y aminorar el impacto social y económico en las familias por prestación de servicios médicos.

## **A N E X O S**

1. Consentimiento informado
2. Guía de entrevista
3. Tabla de datos socio médicos
4. Matriz, concentrado de las entrevistas



## Anexo 1

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL  
UNAM

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente, \_\_\_\_\_ yo hago constar que acepto participar en la investigación “Cambios en la dinámica familiar de hombres jefes de familia que presentaron quemaduras de 2do y 3er grado por electricidad, fuego y escaldadura atendidos en el CENIAQ durante el periodo de enero 2015 a diciembre de 2016”

El objetivo es: Obtener información sobre los cambios en la dinámica familiar de pacientes hombres jefes de familia de 20 a 50 años de edad que presentaron quemaduras de 2° y 3er. grado por electricidad, fuego y escaldadura atendidos en el Centro Nacional de Investigación y Atención a Quemados (CENIAQ).

Se me informa que la información obtenida será para fines académicos y se mantendrá en forma confidencial, por lo que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio.

Asimismo \_\_\_\_\_ autorizo la utilización de aparatos de grabación de audio durante la entrevista, esto únicamente para facilitar la recolección de la información.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente.

Ciudad de México a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE CONSENTIMIENTO



Anexo 2

Universidad Nacional Autónoma de México  
Escuela Nacional de Trabajo Social



Guía de entrevista

Nº de entrevista\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Hora de aplicación \_\_\_\_\_

Realizado por P.T.S \_\_\_\_\_

**1. Datos personales**

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Ocupación antes del accidente:

Ocupación después del accidente:

Ingreso económico mensual (antes del accidente): \_\_\_\_\_

Ingreso económico actual: \_\_\_\_\_

Seguridad social: \_\_\_\_\_

Nivel socioeconómico (CENIAQ):

Tipo de quemadura: \_\_\_\_\_

Zona del cuerpo quemada:

Días de hospitalización: \_\_\_\_\_

Tiempo transcurrido desde que salió de hospitalización al día de la entrevista: \_\_\_\_\_

**2. Perfil social de la familia de persona con quemaduras que se atendió en el CENIAQ.**

Cuadro de estructura familiar

Número de integrantes:

Tipo de familia:

Ciclo vital de la familia:

### Encuadre de la entrevista

¿Podría contarnos como sucedió el accidente?

¿Considera que el accidente se pudo haber prevenido?

¿Qué era lo que más le preocupaba mientras estaba hospitalizado?

**Objetivo 4.** Identificar los cambios en la dinámica familiar de pacientes hombres jefes de familia que se atendieron en el CENIAQ.

¿Quiénes estuvieron con usted mientras se encontraba hospitalizado?

¿Sintió el apoyo de sus familiares? SI – NO ¿Por qué?

**Objetivo 2.** Examinar de qué manera influyen los costos del tratamiento de quemaduras de 2do. y 3er. grado de pacientes hombres jefes de familia en la economía familiar.

#### A) Estancia hospitalaria

¿Nos podría contar que tratamiento tuvo mientras estaba hospitalizado? ¿Y cuanto costo?

¿Quién absorbió el costo de la hospitalización? ¿Con cuanto apoyo?

¿Durante su estancia quien sostuvo a su familia económicamente? ¿Cómo los apoyaron?

¿Tuvieron que recurrir a algún apoyo para solventar los gastos? Ejemplo, préstamos, venta de bienes.

¿Lo que se gastó en hospitalización influyo en el gasto familiar? Despensa, Salidas recreativas, pago de servicios: Luz, Agua, Teléfono, Internet.

#### B) Tratamiento (Medicamentos- Consultas)

¿Al regresar a casa tuvo que llevar algún tratamiento /recomendaciones específicas? ¿Cuáles?

Tratamiento	¿Cuánto cuesta?	¿Cuánto le dura?	¿Por cuánto tiempo se la mandaron?
Pomada			
Prendas de Comprensión			
Parches			
Otros			

Recomendaciones	¿De qué tipo?	¿Por cuánto tiempo?	¿Ha incrementado el gasto familiar?
Dieta			
Higiene			

¿Cuál será la duración de su tratamiento?

¿Aproximadamente cuanto se está gastando mensualmente en el tratamiento?

¿Tuvo dificultades económicas para llevar a cabo su tratamiento? ¿Cuáles?

¿Algún otro miembro de la familia apoya en cuanto a gastos para el tratamiento?

En caso de que si haya ¿Con cuanto apoya mensualmente?

¿Algún miembro de la familia dejo de hacer actividades como ir a la escuela u otras en apoyo de costos del tratamiento?

¿Lo que se ha gastado en tratamiento ha influido en el gasto familiar? Despensa, Salidas recreativas, pago de servicios: Luz, Agua, Teléfono, Internet.

### **C) Rehabilitación**

¿Tuvo que acudir a rehabilitación?

¿Cuál fue el costo, incluyendo gastos en transporte?

¿De qué tipo?

¿Cuánto tiempo?

¿Quién lo lleva?

¿Lo que se ha gastado en rehabilitación ha influido en el gasto familiar? Despensa, Salidas recreativas, pago de servicios: Luz, Agua, Teléfono, Internet.

**Objetivo 3.** Describir las secuelas que dejó la quemadura de 2do. y 3er. grado por electricidad, fuego y escaldadura en los pacientes hombres jefes de familia que se atendieron en el CENIAQ.

#### A) Físicas

¿El accidente le generó algún cambio en su movilidad en alguna parte de su cuerpo? ¿Cuánto tiempo tardo en recuperar la movilidad?

¿Ha presentado molestias en las zonas afectadas?

¿La secuela que le dejó el accidente es temporal o permanente? (preguntar únicamente si el paciente no está amputado).

¿Cuál es el pronóstico que le dio el médico para recuperarse?

#### B) Sociales

¿Qué hacía en sus ratos libres?

¿Cambiaron las actividades que hacía en sus ratos libres?

¿El accidente cambió la forma de relacionarse con familiares, amigos y otras personas?

¿Cómo fueron estos cambios?

#### C) Estéticas

¿En qué partes del cuerpo le dejó cicatriz?

**Objetivo 4.** Identificar los cambios en la dinámica familiar de pacientes hombres jefes de familia que se atendieron en el CENIAQ.

#### **Reincorporación al Trabajo**

¿Actualmente quién es el proveedor económico? Y ¿Quién era antes?

En caso de ser el accidentado ¿Cuánto tiempo transcurrió desde que lo dieron de alta para reincorporarse a su trabajo?

¿Debido al accidente tuvo que cambiar de Trabajo? Si – No ¿Por qué?

¿Y ya estaba totalmente recuperado?

¿Cuál fue el motivo por el que regresó?

¿Cuánto recibe mensualmente de salario?

¿Nos puede contar como era un día con su familia antes del accidente?

<b>Categorías</b>	<b>Preguntas</b>	Antes	Durante los primeros 6 meses	En la actualidad
<b>Comunicación</b>	¿A raíz del accidente ha notado cambios en la forma de relacionarse con su esposa?			
	¿A raíz del accidente ha notado Cambios en la forma de relacionarse con sus hijos?			

	¿Ha mantenido la comunicación con su familia o ha cambiado a causa del accidente?			
<b>Resolución de problemas</b>	¿Se presentaron problemas escolares a raíz del accidente?			
	¿Han tenido conflictos familiares a partir del accidente?			
<b>Roles</b>	¿Nos podría contar cuales son las actividades que hace cada miembro de la familia?			
	¿Cambiaron las actividades que hacían los integrantes de la familia?			
	¿Su esposa tuvo que salir a trabajar mientras usted se encontraba en recuperación?			
<b>Respuestas afectivas</b>	¿Qué sentimientos ha experimentado a raíz de esta situación? ¿A partir del accidente se ha acercado más a su familia? ¿A raíz del accidente ha cambiado la visión que tenía de la vida?			

## **Entrevista a la cuidadora primaria.**

Experiencia del cuidador primario.

### **Encuadre de la entrevista**

¿Quién le avisó que su esposo se accidentó?

¿Cómo reaccionó?

¿Qué fue lo que más le preocupaba mientras su esposo se encontraba hospitalizado?

### **A) Dinámica familiar Estancia Hospitalaria**

¿Su esposo requería el cuidado las 24 horas del día?

¿Cómo fue la organización de los familiares?

¿Quién la apoyó para el cuidado de su esposo?

¿Quién la apoyó para el cuidado de sus hijos?

¿Cómo sintió el apoyo de sus familiares?

**Objetivo 2.** Examinar de qué manera influyen los costos del tratamiento de quemaduras de 2do. y 3er. grado de pacientes hombres jefes de familia en la economía familiar. (Guía)

### **A) Estancia hospitalaria**

¿Nos podría contar que tratamiento tuvo? ¿Cuánto costó?

¿Quién absorbió el costo de la hospitalización? ¿Con cuánto apoyo?

¿Durante su estancia quien sostuvo a su familia económicamente? ¿Cómo los apoyaron?

¿Tuvieron dificultades para cubrir los costos del tratamiento?

¿Tuvieron que recurrir a algún apoyo para solventar los gastos? Ejemplo, préstamos, venta de bienes.

¿Lo que se gastó en hospitalización influyó en el gasto familiar? Despensa, Salidas recreativas, pago de servicios: Luz, Agua, Teléfono, Internet.

**B) tratamiento post hospitalario.**

**Tratamiento (Medicamentos- Consultas)**

¿Qué es lo que más le preocupaba cuando su esposo regreso a casa?

¿Al regresar a casa tuvo que llevar algún tratamiento /recomendaciones específicas? ¿Cuáles?

Tratamiento	¿Cuánto cuesta?	¿Cuánto le dura?	¿Por cuánto tiempo se la mandaron?
Pomada			
Prendas de Comprensión			
Parches			
Otros			

Recomendaciones	¿De qué tipo?	¿Por cuánto tiempo?	¿Ha incrementado el gasto familiar?
Dieta			
Higiene			

¿En cuanto a curaciones y recomendaciones quien apoyaba al paciente? ¿Y de qué manera?

¿Tuvo dificultades económicas para llevar a cabo su tratamiento? ¿Cuáles?

¿Algún otro miembro de la familia apoya en cuanto a gastos para el tratamiento?

En caso de que si haya ¿Con cuanto apoya mensualmente?

¿Algún miembro de la familia dejo de hacer actividades como ir a la escuela u otras en apoyo de costos del tratamiento?

¿Lo que se ha gastado en tratamiento ha influido en el gasto familiar? Despensa, Salidas recreativas, pago de servicios: Luz, Agua, Teléfono, Internet.

**C) Rehabilitación**

¿Tuvo que acudir a rehabilitación?

¿De qué tipo?

¿Cuánto tiempo?

¿Cuál fue el costo, incluyendo gastos en transporte?

¿Cuánto aporta mensualmente de su salario? (En caso de que trabaje la esposa)

**Objetivo 3. Secuelas (físicas, estéticas, sociales) que dejó la quemadura de 2º y 3er. grado por electricidad, fuego y escaldadura en los pacientes hombres jefes de familia que se atendieron el CENIAQ.**

A) Físicas

¿El accidente le generó algún cambio en su movilidad en alguna parte de su cuerpo? ¿Cuánto tiempo tardó en recuperar la movilidad?

¿La secuela que le dejó el accidente es temporal o permanente? (preguntar únicamente si el paciente no está amputado).

¿Cuál es el pronóstico que le dio el médico para recuperarse?

B) Sociales

¿Qué hacía en sus ratos libres?

¿Cambiaron las actividades que hacía en sus ratos libres?

¿El accidente cambió la forma de relacionarse con familiares, amigos y otras personas?

¿Cómo fueron estos cambios?

C) Estéticas

¿En qué partes del cuerpo le dejó cicatriz?

D) ¿Ha notado cambios emocionales en su esposo respecto a las cicatrices?

**Objetivo 4 . La dinámica familiar presenta cambios cuando el jefe de familia sufre una quemadura de 2do y 3er grado por electricidad fuego y escaldadura.**

## Dinámica de la familia con persona con quemaduras en casa

<b>Categorías</b>	<b>Preguntas</b>	Antes	Durante los primeros 6 meses	En la actualidad
<b>Comunicación</b>	¿A raíz del accidente a notado cambios en la forma de relacionarse con su esposo?			
	¿A raíz del accidente a notado cambios en su esposo en la forma de relacionarse con sus hijos?			
<b>Resolución de problemas</b>	¿Se presentaron problemas escolares a raíz del accidente?			
	¿Han tenido conflictos familiares a partir del accidente?			
<b>Roles</b>	¿Nos podría contar cuales son las actividades que hace cada miembro de la familia?			
	¿Cambiaron las actividades que hacían los integrantes de la familia?			
	¿Tuvo que salir a trabajar mientras su esposo se encontraba en recuperación?			
<b>Respuestas afectivas</b>	¿Qué sentimientos ha experimentado a raíz de esta situación?			
	¿Cómo ha enfrentado su esposo esta situación?			
	¿A partir del accidente su esposo se ha acercado más a su familia?			

### 7. Fase de cierre

¿Para concluir con la entrevista, le gustaría agregar algo o tiene alguna pregunta?

### Anexo 3 Tablas de datos Socio médicos de los 7 casos

No. Caso	Edad	Escolaridad	Ocupación antes del accidente	ingresos económicos antes	Seguridad social	Estado civil	Tipo de familia	No. integrantes	Tenencia de vivienda	Delegación	Grado de Marginación
Caso 1	35	Secundaria incompleta	Comerciante artesanía	\$4,800.00	No	Unión libre	Nuclear	5	Prestada	Xochimilco	Muy alto
caso 2	31	Secundaria completa	Despachador en gasolinera	\$3,000.00	No	Casado	Nuclear	4	Rentada	Coyoacán	Alto
caso 3	22	Primaria completa	Ayudante de pirotecnia	\$3,000.00	No	unión libre	Nuclear	4	Prestada	Xochimilco	Alto
Caso 4	39	Primaria completa	Obrero	\$4,000.00	No	Unión libre	Nuclear	5	Rentada	Tláhuac	Alto
caso 5	38	Secundaria completa	Oficio Mecánico automotor	\$3,400.00	No	unión libre	Nuclear	5	Rentada	Tlalpan	Muy alto
caso 6	22	Preparatoria completa	Oficio pintor	\$ 2,000.00	Popular	Unión libre	Extensa	4	Prestada	Tlalpan	Muy alto
caso 7	44	Sabe leer y escribir	Chofer camión propio	\$5, 000.00	No	Casado	Nuclear	4	Propia	Iztapalapa	Muy alto

No. Caso	Quemadura	SCQ %	Profundidad	Accidente	Motivo del Accidente	Servicio de hospitalización	Días de hospitalización	Nivel socio-económico	Cuota de hospitalización
Caso 1	Escaldadura	S/D	2° mixto	Hogar	Al querer preparar churros en su domicilio y explotar aceite al contacto con el agua.	SUBAGUDOS	8	1	\$ 3,800
caso 2	Escaldadura	S/D	2° superficial	Laboral	Al desconectar mal la manguera del radiador de automóvil en gasolinera	SUBAGUDOS	11	1	\$ 6,000
caso 3	Fuego	60%	2° y 3°	Laboral	Al explotar pólvora con la que fabricaba pirotecnia, tras un corto eléctrico ocasionado por un relámpago	AGUDOS	40	1	\$ 67, 000
Caso 4	Escaldadura	7%	2° mixto	Laboral	Con plástico caliente, al explotar máquina de plástico	SUBAGUDOS	27	1	\$ 14, 000
Caso 5	Fuego	30%	2° mixto	Laboral	Al encender un cigarro mientras realizaba reparación de microbús con uso de solventes	SUBAGUDOS	35	1	\$ 7, 500
Caso 6	Electricidad	22%	2° mixto	laboral	Por arco voltaico al tener extensión de rodillo de pintar cerca de cables de alta tensión	SUBAGUDOS	12	1	\$ 35, 000
Caso 7	Fuego	40%	2° mixto y 3°	Violencia	Un grupo de personas detuvieron el camión de carga, rociaron gasolina y le prendieron fuego	SUBAGUDOS	41	2	\$ 77,500

Elaboración propia con datos recuperados del expediente del CENIAQ y entrevistas a pacientes, 2017.

S/D= sin dato

## Anexo 4 Análisis de las entrevistas por categorías

### Características del accidente

No. de caso	Relato del accidente	Prevención del accidente
<b>Caso 1</b>	<p><i>“Fue aquí, aquí teníamos una estufita, y mi mama llevo, a no un sábado, dijo que le habían dado la receta de los churros, tons lleno una cacerola de aceite y se puso a hacerlos y ya le dije mama espérate ahorita yo los hago, como no tenía el molde para los churros tuve que hacer uno con un bote de leche, ya lo lave y le corte la puntita, pero no lo seque bien y a si le eche la masa, entonces con un vaso yo le hago presión, para que saliera la masa por el ollito, tons lo primero que sale es el chorro del agua, entonces cuando cae el agua se explota el aceite, y ya me cae en la mano y parte del brazo, entonces con la mano me cubrí la cara, y exploto todo”</i></p>	<p><i>“Si hubiera secado bien el bote de leche, pero no lo seque, lo hubiera secado con un trapo, pero como le quedo agua, salió el chorrito de agua con masa, y eso ocasiono que explotara”.</i></p>
<b>Caso 2</b>	<p><i>“Estaba en mi trabajo normal, ahora sí estaba como todos los días haciendo mi trabajo normal, mis labores y de repente, no sé cómo se puede decir, por un descuido mío en 5 minutos, no sé, desconecte una manguera mal y sin percatarme se me vino todo el líquido, todo el anticongelante, el químico al cuerpo, pero como pude reaccionar y no me dañe cómo se llama?, el pecho, la cara, como pude reaccioné porque tenía la manguera enfrente, tenía que desconectar una manguera para poder tirar el líquido y cambiarle al nuevo de un carro”.</i></p>	<p><i>“Ahora sí que digamos que sí se pudo prevenir, pero como dicen él hubiera ya no existe, y como dicen: cuando te pasan las cosas ni aunque te quites, y esa vez se prestaron muchas cosas para que me pasara, era un cliente muy.. Cómo te diré, muy prepotente muy obsesivo que quería eso y era el único capaz para eso ya ves, muchas veces no estamos lo totalmente capacitados para todo aunque uno se crea ya porque ya lo había hecho muchas veces.”</i></p> <p><i>“quieras o no andaba desvelado y todo y en varios intentos que había hecho hay que desconectar la manguera con unas pinzas de presión pero no se hace eso con fuerza natural y fueron tres intentos, aparte había estado peleándome con un cliente yo”</i></p> <p><i>“ahora si cuando te pasa pues ni modo, por algo pasan las cosas y pues me paso y ya tener más precaución. Ya ni llorar es bueno (risa)”.</i></p>
<b>Caso 3</b>	<p><i>Paciente: “mmm pues estaba yo trabajando y, y este empezó a llover y salió una chispa de la lámina y fue así que se prendió la pólvora que tenía, dio el flamazo y ya fue cuando yo me quemé”.</i></p>	<p><i>“no, no creo que lo haya podido evitar, así para que no pasara el accidente no creo”.</i></p>

<p><b>Caso 4</b></p>	<p><i>“Pues yo llegue y empecé a trabajar, bueno yo cuando llegué la máquina, bueno siempre me la dejan ya prendidas”.</i></p> <p><i>Trabajaba en “una fábrica de plástico y este llegue y revise la máquina y la iba yo a echar a andar, a empezar a prepararla para trabajar y a la hora de apretar un botón, se llama hidráulico, yo le cambio unas mallas para que el material salga bien y este a la hora de apretarlo la maquina estaba súper calientísima, se había pasado de caliente y a la hora que yo apreté el botón salió una fuga de plástico caliente por donde yo oprimí el botón, y todo ese plástico hizo como una explosión pues y todo me brinco en la cara, el pecho y manos y eso fue como a las 11 del día, y de volada se dio cuenta mi hermano como trabajamos cercas, bueno áreas cercas y este se dio cuenta de que yo estaba grite y grite ya quemado y llegaron unos compañeros y me cortaron la ropa y me quitaron todo y rápido rápido a buscar un carro para buscar un hospital pues, de volada me llevaron y pasamos por el que está aquí Belisario Domínguez, ahí no me atendieron porque según ya eran quemaduras ya de alto riesgo y ahí fue donde me echaron agua (risa) y pus pus por eso luego me hinche de la cara y ya después no me recibieron ahí y fuimos a un particular pues menos”.</i></p> <p><i>“en un particular que pasamos y aquí en el hospital este Belisario Domínguez me dieron una pastilla para calmante y luego fuimos al particular donde te digo me echaron agua y fue donde según, por eso la inflamación, ya después anduvimos buscando otro hospital y ya luego se les prendió el foco que sobre el periférico hacia Xochimilco y ahí fue donde encontramos el hospital este CENIAQ”</i></p>	<p><i>“si, pues si, ya iba yo a empezar a laborar, simplemente paso algo inesperado o tal vez un error humano también de que no nos fijamos de que la maquina está muy caliente”.</i></p> <p><i>“Como te digo que ya es una, como te diré, no me lo esperaba yo pues”.</i></p> <p>Sujeto con accidente laboral previo:  <i>Esposa: “lo de sus dedos fue aparte, él tuvo otro accidente, de otro trabajo que tuvo, ahí si no saben que maquina estuvo de porque le paso el accidente”</i></p>
<p><b>Caso 5</b></p>	<p>No accedió a participar</p>	
<p><b>Caso 6</b></p>	<p><i>“estaba yo trabajando, estaba en el tercer piso de la casa, estaba echando sellador, tenía extensión y rodillo, pero era sellador entonces pues tiene agua e hizo arco eléctrico con los cables de alta tensión, si era muy corta la distancia entre el cable y yo, en ese instante no más sentí la descarga, pude abrir mi mano y cayó el rodillo y ya no pude mover mis piernas ni mis brazos, o sea yo quede colgado, quede colgado en un murito, o sea estaba yo arriba de un bote porque no alcanzaba y ya quede colgado encima del murito, si no hubiera sido la descarga hubiera sido la caída”.</i></p>	<p><i>“pues yo siento que si porque les comento a mi mamá y a mi esposa y no se me olvida que ese día eran más de la una, o sea ya era hora de comer, ese día yo ya estaba casi por acabar lo que me faltaba y yo ya dije voy a bajarme, voy por un vaso de refresco y ya me voy a comer, pero por mi ansiedad de que ya no me quiero subir, que si esta alto, pues ya quiero acabar y me quedé en vez de ir a comer y es lo que yo siempre me pregunto ¿si me hubiera bajado o me hubiera pasado otra cosa o no sé.. Es la pregunta que yo me hago y no me puedo responder, porque si pude haberme bajado pero por querer acabar, lo que yo ya no quería era subirme hasta arriba (risa) esa fue y sigue siendo mi pregunta ¿qué hubiera pasado?”</i></p>
<p><b>Caso 7</b></p>	<p><i>“¿Desde el principio?, A pues se me cerro un coche y se bajaron los chavos y empezaron a pegarle al camión, ya luego se bajaron con unos anforitas como de litro y ya me echaron</i></p>	<p><i>“Pues no porque ahora si yo no me imaginaba; como yo no ando en el sindicato, pues yo dije pues no tengo problemas, problemas para un sindicato y otro, pero como me prevenía ahí, solamente</i></p>

<p><i>a mí y le echaron al camión y prendieron al camión y luego a mí. Ellos ya han quemado varios camiones.</i></p> <p><i>Si, me bajaron, ya lo quemaron. Son como, del sindicato, como de uno con otro, que este, que se echan este, como te dijera, que si tu agarras una chamba, ellos te la quieren quitar, como tú ya la tienes registrada, ya no te la quitan, pero se desquitan ellos quemando los camiones.</i></p> <p><i>Son varios, mira este apenas me lo mandaron, este apenas lo quemaron, (Enseña una foto de su celular de un camión quemado).</i></p> <p><i>Pero nada más los queman en la delegación de Tláhuac, lo que pasa es que ahí ese sindicato es de Tláhuac, entonces ya está ahí no les hacen nada, porque ya están con, ellos son de sindicato y están ahí adentro, bueno yo me imagino, que ahí no les hacen nada a ellos porque, están protegidos por la misma delegación.</i></p> <p><i>Los que queman se ve que a esos los agarran así, se veían como marihuanillos.</i></p> <p><i>Si, a esos nada más les dicen pues te voy a dar 100 pesos y ellos nada más los llevan y hacen la chamba, pero los mandan, pero no les hacen nada porque es, pues porque están con el delegado de Tláhuac, pues yo me imagino porque todos son esa tramo de Tláhuac, no hay otro, todos los que han quemado, han quemado como unos, antes de que me pasara a mi llevaban como unos 4 o 5, más adelante.</i></p> <p><i>A más personas no, nada más yo, pues yo porque me les puse al brinco, es que pues era mi camión, pues me dolía y los demás pues son choferes, pues bajan y le corren, como este pues nada más fue el puro camión (muestra nuevamente la foto de su celular), ellos se bajan, pues te imagina uno que anda trabajando para hacerse algo y luego que te lo quemen y pues fue de que me echaron a mí, salió peor. Pero si es que ahí las autoridades están con ellos, si porque si juera, me quemaron a mí, el operativo estaba por mucho a 300 400 metros, un señor le hablo, que llevo a auxiliarme, no pero que no si está el operativo aquí cerquitas. Pero ese señor era alguien del gobierno, porque luego luego hablo al ejército y dijo soy el coronel no sé qué, pues yo apenas si me acuerdo y ya fue cuando llegó el ejército primero que los policías. Por eso digo, que ahí está el delegado de Tláhuac es el que ha de estar con ellos, porque todos los queman en ese Tláhuac.</i></p>	<p><i>no trabajar, ahora si me tocaba, yo digo ya, tuve la mala suerte pro que me atravesé donde estaban ellos, y que me baje, si porque siente uno feo que te quemen tus cosas, y tu viendo no pues no. Ese día quemaron uno en la mañana como a las 11 de la mañana. Y a mí me quemaron como a las 5 de la tarde, y le digo las autoridades no hacen nada.”</i></p>
--	---

**Objetivo 2** Examinar los cambios en la economía familiar provocados por los costos del tratamiento de quemaduras de 2do. y 3er. grado de pacientes hombres jefes de familia que se atendieron en el CENIAQ los cuales influyen en la dinámica de la familia.

No. de caso	Tratamiento de Hospitalización	Costo de hospitalización
<b>Caso1</b>	<i>"Necesite cirugía para ponerme un injerto"</i>	<i>"el costo fue de \$3,800 pesos".</i>
<b>Caso2</b>	<i>"me pusieron unas placas de plata para evitar pues que siguiera la quemada y evitar infección y ya me aplicaron este una pomada, me aplicaron medicamento" "si injerto de mi muslo derecho y si me comentaron que si no quedaba o era incompatible el injerto de piel quitarían de donde fuera".</i>	<i>"\$6,000 pesos"</i>
<b>Caso 3</b>	<i>Paciente: "me pusieron injertos, nada mas era lo único que me decían. Injertos en "los brazos y las manos"  Tía: "estuvo mucho tiempo con vida artificial"...  Tía: "ya ve que se complicaron los pulmones, no podía respirar, los riñones ya no estaban trabajando, si le retiraban el oxígeno ya ve que le estaba dando el paro respiratorio o sea se le complico todo, el hígado también le dejo de funcionar, todo".</i>	<i>Tía: "fueron como 67, 000 pesos" Tía: nada más se dio la mitad".  Tía: "no me acuerdo como 37 000 algo así"  Tía: "pero nada más se dieron \$30,000, fue lo que pudimos juntar".  Paciente: "porque la deuda iba ser de medio millón"</i>
<b>Caso 4</b>	<i>Accidente ocurrió "como a las 11 del día (...) me acuerdo que abrieron la puerta y yo que le corro, yo ya no soportaba el ardor, y ya de ahí llegamos y ya ahí me desvistieron todo y me subieron a una camilla y ya como a las 4 de la tarde era cuando me estaban rapando todo despellejando pues quitándome el plástico, el plástico quemado que tenía pegado" "Yo escuche que me iban a operar que me iban a meter a operación".  "me iban a injertar, que me iban a quitar piel de la pierna, me dice -va ser como una rosada de bicicleta- si(risas) ya cuando me desperté, nombreee! donde está su raspada de bicicleta, su raspón de bicicleta (risa), cual! dolía más esto que ya lo injertado, si nombreee y era la que sangraba más y ya le decía cuando iba el doctor-no que na mas era un rasponsito? (risa)- no sí, es que fue toda la pierna y luego aquí me pusieron un plástico (señala pecho y axila) y cada que me bañaban chiiin nombreee (risa)".</i>	<i>"como tuve nivel 1 fueron como 14 mil y cacho algo así".</i>

	<p><i>"yo si sentía que no pasaba esto y este le eche ganas por mis hijos, y por dios no se lo miento a nadie que cuando me iban a operar, vez que esta el espejo en la plancha yo vi una calavera por dios! y sí, yo lo presentía desde el principio que algo no iba a salir bien, pero le eche ganas, ya cuando estaba yo así para arriba y chin que se me aparece te lo juro te lo juro y digo- ya aquí quede- ya cuando me pusieron el oxígeno me durmieron y ya a la hora, hora y media que despierto y digo- no si la hice (risa) si la libré".</i></p>	
<b>Caso 5</b>	No accedió a participar	
<b>Caso 6</b>	<p><i>"en el momento que me accidento llega una ambulancia y me llevaron al Hospital Ajusto Media, en el cual me dice mi mama porque yo llegue cociente al hospital, tons yo llego al hospital y prácticamente me perdí, ya no supe nada, lo que me comenta mi mama es lo que me hicieron fue inducirme al coma, o sea me sedaron para que yo ya no sufriera, me cuentan que me amarraban mi brazo izquierdo que porque prácticamente el derecho lo tenía totalmente desecho, entonces así como película te levantaban y te azotaban pero tú ya estabas inconsciente, me indujeron al coma ahí, y ese día en la madrugada casi en la mañana le dijeron a mi mama que me podían hacer un lugar en este hospital (ceniaq) que me podían recibir pero que era bajo responsabilidad de ellos, que porque yo ya no iba aguantar más, prácticamente en ese hospital no me hicieron nada, no más me indujeron al coma"</i></p> <p><i>"Zonas injertadas "prácticamente toda esta parte del brazo (muestra antebrazo derecho) toda esto de acá (muestra codo), eh axila y todo pecho y parte de la espalda".</i></p> <p><i>"mi cirujano él me decía nada mas de mis cuidados, por ejemplo de las últimas veces que entre a quirófano que me opero fue un miércoles y me dijo que pronto me iba a mi casa que todo salió bien, pero que tuviera mucho cuidado dice - tú ya puedes mover tu brazo pero no quiero que te andes tocando o te estés revisando- y fue ya el día que me mandaron a mi casa (risa) que fue un lunes, pero si me dijo de mis cuidados, que ya cuando me fuera a casa que mis lavados, mis pomadas, mis masajes, todo, d echo venia tres veces por semana".</i></p>	<p><i>"nada más me acuerdo que cuando me dieron de alta me cobraron 7 000 - 7500 algo así"</i></p>
<b>Caso 7</b>	<p><i>"Me llevaron a uno por la Cuauhtémoc y a los diez días me trajeron pa' ca."</i></p> <p><i>"allá nada, nada más me curaron una vez bien, me echaron pomada una vez bien, y a la segunda creo que fue la panza, que no alcanzo la pomada para los pies."</i></p> <p><i>"ya estando acá, luego luego me bañaron, me rasuraron todo ya fue otro tratamiento mejor, ya me curaron luego luego, me pusieron injertos en los dos pies y la panza pues no más fue pomada y en una mano.</i></p>	<p><i>"Me acuerdo que fueron 76 y algo, pero no me acuerdo bien".</i></p>

## Dificultades económicas, recursos para solventar gastos y cambios en la distribución del gasto

No. de caso	Dificultades económicas hospitalización, rehabilitación y tratamiento	<i>Prestamos, venta de bienes</i>	Cambios personales y/o en el gasto familiar a raíz del accidente
<b>Caso 1</b>	"No"	"No"	
<b>Caso 2</b>	"No"	"No"	<i>"Un poco ahora sí que en la economía de uno"</i>
<b>Caso 3</b>	<p>Tía: "fueron como 67 000 pesos. "Nada más se dio la mitad".</p> <p>Tía: <i>"si porque como estuvo muchos días en terapia intensiva, y pues ahí nada más diario son 9000 de terapia intensiva por día y pues ya era un dineral".</i></p> <p><i>"De hecho me siguen marcando, me marcaron en octubre, noviembre, en diciembre nada más me marcaron una vez, en enero me volvieron a marcar. Le hemos estado diciendo que vamos al día al día, es bien difícil. Después de ese tiempo en que el salió estuvimos como se dice embarcados con deudas, entonces sí ha sido muy pesado".</i></p> <p>Tía: <i>"en los últimos días lo vio la psicóloga, fue una o dos veces (...) también implicaba un gasto, y como él no quería salir así que lo ven en el camión y la gente y todo y luego estarlo llevando y trayendo en taxi es otro gasto más, entonces pues ahora si le aplicamos la terapia de casa, platicar con él, pues el que le</i></p>	<p>Tía: <i>"de hecho si vendimos una tele, vendimos unaaaa unaa no me acuerdo que otra cosa, porque no teníamos dinero y pues teníamos que como quien dice mal baratarlas porque lo principal era tener dinero para apoyarlo".</i></p>	<i>"En todo, si yo creo que todo, en los niños, en toda la familia"</i>

	<i>eche ganas ¿no? así le digo aquí no hay de otra tienes que adaptarte otra vez”.</i>		
<b>Caso 4</b>	<i>“si a veces, cuando se junta la renta y luego hay que dar gasto luego la escuela ahorita a mi hija le doy 250 de puro pasaje a la semana, y también ella se debe administrar para que le alcance y ahorita no la quiero dejar que pierda sus estudios porque va bien en la escuela a pesar que ella estuvo cuidando cuando mi esposa se iba a cuidar casi una semana al hospital conmigo y ella estuvo al pendiente de sus hermanos”</i>	<i>“yo vendí mi moto, y cuando no tenía fines de semana yo tenía que salir, ve que hay mucho bici taxi aquí, pues de ahí sale algo para las tortillas pero sale, y la tuve que vender y pagar droga que se debían, porque no les lo mismo estar acostado en cama a que debías algo y con el bici taxi salía de volada”.</i>	<i>“bueno ahorita de que ya dejo el apoyo mi hermano (risa) si, pero pues como ya ahorita regrese a trabajar pues ya me la quito y ahora tengo que dar el gasto que le daba a mi esposa”</i>  <i>“Mi esposa antes tenía un puestecito y ya se iba a vender y ya con eso me ayudaba y si me ayudaba algo, para la escuela de mi hija.</i>  <i>“eeh pues si económicamente de que me piden cositas que les compraba yo o su caprichito de que quiero unos tenis pues salía del bici taxi pues de ahí ya, era mi apoyo, en un día completo daba para dar el enganche de unos tenis o algo así y ahorita ya no lo hago, es algo que ya no lo puedo hacer”.</i>
<b>Caso 5</b>	No accedió a participar		
<b>Caso 6</b>	<i>“ahí digamos que sí, porque ahí el gasto primero cayó como digamos de golpe porque dice mi mama -pues yo conseguí todo de un jalón o sea pagar todo de un jalón todo completo, poco a poquito lo hemos ido pagando, o sea apartábamos, bueno apartaban ellas (risa) , parte pa comida y para pagar prácticamente el abono pa pagar”</i>  <i>“cuando estuve hospitalizado apoyaban a mi esposa le daban algo, entons yo salgo y como al mes y ya no me dieron nada, que hasta ahí - tú ya estás bien- y yo me quedaba así de - yo no puedo ni caminar y ya estoy bien?- y dije pues me ayudaron y se los agradezco, al principio como que sí fue un poquito difícil porque luego, bueno yo estoy acostumbrado a que llegando los sábados les compraba, les daba, entonces yo escuchaba que llegaban mis tíos o alguien así y todos a comprar y les daban es donde yo sentía feo, como les digo que</i>	<i>“no”</i>	<i>“Algo si, pues., como le diré nos teníamos que achicar un poquito, por ejemplo cuando había gastos más fuertes era cuando se aplicaba a comida, o sea como que tenías que limitarte, o sea tanto dinero es para esto y te tiene que alcanzar”</i>

	<i>agarren que se compren algo o que hago, ahí es cuando se nos complicaba un poquito".</i>		
<b>Caso 7</b>	<p>Tratamiento  <i>"Pues sí ahora sí que dificultades, pero lo resolvimos" Pues consiguiendo" más prestamos"</i></p> <p><i>"Pues ahorita no ha trabajado, pero ya la voy a mandar trabajar,"</i></p> <p>Rehabilitación  <i>"No pues sí pues ya que si tenía 1000, ya nada más sobran 300 como ahorita, si, pues todo ya todo cuesta, si nos afecta todo" "pero pues es que, me siento bien, pero le digo pues si no venimos, es peor, al ratito cualquier cosa sale mejor, pues hasta que ya digan ya no vengas, ya dejare de venir."</i></p>	<p><i>"Pues nos apoyaron todos mis cuñados, o sea toda la familia amigos, todos nos apoyaron"</i></p> <p><i>"un terreno vendí, pues para ahora sí que para lo de aquí".</i></p> <p><i>"No pues barato y yo lo había comprado hace más de 10 años en 40 y lo vendí en 45 ya parece, pues para eso son las cosas, para salir y pues si digo que lo vendí a la mitad de precio pero que hacía".</i></p>	<p><i>"Si si pues sí, si me tomaba una coca ahora ya no, ahora agua"</i></p> <p><i>"si todo baja"</i></p>

### Redes de apoyo durante la hospitalización

<b>No. de caso</b>	<b>Redes de apoyo para cubrir el costo de hospitalización</b>	<b>Sostén económico de la familia durante hospitalización</b>	<b>Cuidadores primarios durante hospitalización</b>	<b>Cuidado de los hijos</b>
<b>Caso 1</b>	<p><i>"Mi familia apoyo con los gastos, ellos cubrieron el costo de la hospitalización, se cooperaron entre todos"</i></p> <p><i>"esposa, madre y suegra".</i></p>	<i>"Donde se quedaban ahí les daban de comer".</i>	<i>"Mi esposa la mayoría del tiempo y a veces venia mi mamá"</i>	<p><i>"Se quedaban con la familia, por ejemplo si era fin de semana con mi familia, con mi suegra, una vez los deje con unas tías"</i></p> <p><i>"Donde se quedaban ahí les daban de comer."</i></p>

<b>Caso 2</b>	<i>"mi jefe directo todo. Gracias a dios tuve el apoyo de mis compañeros de ahí del jefe directo siempre estuvo al pendiente y todo y me estuvo apoyando económicamente y moralmente también".</i>	<i>"mi gerente, mi jefe directo y otro compañero". "con el apoyo que me daba aparte con el apoyo de mis compañeros hacían la colecta y así me apoyaban durante dos meses".</i>	<i>"mi mama y mi esposa nada más". "se quedaba mi esposa pero nada más se quedó una vez, si porque dijo la doctora que me estaba atendiendo que no era necesario,</i>	
<b>Caso 3</b>	<i>paciente: "la familia verdad" Tía: "entre nosotros"</i>	<i>Paciente: "yo creo que todos igual porque si todos nos apoyaban".  Tía: "a veces a uno le tocaba comprar despensa y luego al otro y así para tener la comida diaria"</i>	<i>Tía: "yo estaba en el día y su esposa en la tarde noche". Paciente: "y mi hermano en la noche".</i>	
<b>Caso 4</b>	<i>"eso lo pago el patrón, lo bueno que no se echó para atrás, mi tirada yo pensé que me iba a salir más caro porque comentaban ahí entre pacientes que estábamos en cama - que cuanto te cobraron- no pues 50 y tantos - y digo- hay no maaanches- y yo mi temor donde me deje solo el patrón ¿qué hago? mejor me salgo y así ya que me componga sigo pagando (risa) pero si gracias a dios si me apoyo".</i>	<i>"una parte con el patrón con el que trabajaba... lo que era mi sueldo que yo ganaba, otra parte de mi hermano mayor que me estuvo dando este, me estuvo trayendo despensas cada 8 días, gracias a dios tuve el apoyo de mis hermanos.".  "bueno ahorita de que ya dejo el apoyo mi hermano (risa) pues como ya ahorita regrese a trabajar pues ya me la quito y ahora tengo que dar el gasto que le daba a mi esposa"  Hermano "me apoyo un mes, el mes que estuve yo en cama, no tres meses me ayudo porque casi me avente dos en curaciones, ya hasta me había acostumbrado de que ya hasta sentía bonito cuando me llegaba mi despensa (risa) y ahorita que me la quito le digo a mis hijos-ni modo- (risa) a comprarla".</i>	<i>"Mi esposa y mi mama"</i>	<i>"mi hija mayor, suegra y madre"</i>
<b>Caso 5</b>	No accedió a participar			
<b>Caso 6</b>	<i>"Pedimos prestado"  "ay no me acuerdo a quien le pidió mi mama"</i>	<i>"mm al principio cuando me accidente ahora si el patrón me apoyaba con algo, ahora si ese gasto que daba una parte la guardaba mi esposa lo que podía guardar y y la demás la gastaba ahora si pues para las comidas"</i>	<i>"primeramente mi mama después se empezó a turnar con mi esposa y después se empezó a turnar igual mi tía, estuvieron las tres cuidándome, se turnaban diario, la que se quedaba en las noches era mi</i>	

		<i>"el dinero al principio para pagar si no lo prestaron y ya poco a poquito mi mama me fue apoyando y se pudo pagar ese dinero y ya la familia o sea nosotros no somos de los que pedimos, o sea recién que yo llegue a la casa nos fueron a ver familiares y ahora si a ellos solitos a ellos les nació que - te dejamos algo y que ojala y te sirva- un apoyo grandísimo, nos apoyaban tanto económicamente como despensa, nos llevaban que una leche una sopa, si si nos apoyaron mucho".</i>	<i>mama y mi esposa se turnaban un día y un día en las mañanas".</i>	
<b>Caso 7</b>	<i>"Mi es posa consiguió y todos" "Mi cuñado", Mi hermana creo, o sea que por donde quiera debo ahorita." "Yo digo que con \$2000 mil más o menos al mes "</i>	<i>"Tengo un hijo ya grande que trabaja, y era el que estaba trabajando, y era el que aportaba, pues todavía hasta ahorita."</i>	<i>"Mi esposa y mi hermana" Pues llegaba una en la mañana, y ya luego otra en la tarde, y ya luego nada más en la mañana, y ya cuando estaba mejor en la noche ya me quedaba solo. Ya cuando me operaban o me pasaban así, pues entonces si se quedaban en la noche."</i>	

### Tratamiento post – hospitalario

No. de caso	Recomendaciones específicas del medico	Costo mensual del tratamiento (tratamiento médico y rehabilitación)	Duración del tratamiento	Pronostico medico de recuperación
<b>Caso 1</b>	<i>"Lavar dos veces al día y una pomada. El cuarto esterilizado y que no recibiera muchas visitas para evitar infecciones, y no salir al sol por mes y medio. "Que tuviera mucho cuidado, que estuviera aislado, tenía que dormir en un cuarto solo. Me recomendaron que usara unos guantes por año y medio, pero solo los use por un año, debido a que cuando fui a buscar la costurera, nunca la encontré".</i>	<i>"las pomadas, una me costaba \$180" "me duraba una semana"</i>	<i>"la pomada mandaron por mes y medio"  "Ese sí año y medio, pero me duro un año, estuve yendo a que me hicieran otro, pero se fue de vacaciones, y ya estuve yendo, y nunca la encontré, estuve yendo una semana diario, y no localice a la costurera. "Como un mes, si me dijeron que no podía salir que no me podía dar el sol"</i>	
<b>Caso 2</b>	<i>"si la primera no exponerse a sol por obvias razones, no comer irritantes y estar en reposo"</i>	<i>"mensualmente, tenía que aplicar pomadas y vendas, que será unos.....unos 500 600, no como 800 porque si compre como tres"</i>	<i>"Durante como mes y medio hasta q me dieron de alta".</i>	

	<i>absoluto hasta nuevo aviso y estar acudiendo al hospital a citas a consultas”.</i>	<i>pomadas y estaban algo caras como 250 creo más aparte las vendas como cerca de 1000 pesos viéndolo bien”. “la consulta y pasajes 60 pesos porque ahí ya no me aplicaban nada solo era chequeo más que nada, mi piel ya estaba regenerando ya todo estaba bien prácticamente, ya nada más estaban checando que todo fuera normal”.</i>		
<b>Caso 3</b>	<i>Paciente: “de alimentación nada más los primeros días que era fruta, verdura, no comer carne de puerco”. “diario cambiar sabanas, bañarme”. Tía: “hacerle sus curaciones” Paciente: “como todavía salí con unas partes abiertas, no habían cerrado bien”. Tía: “le dijeron que no se expusiera al sol”</i>	<i>Paciente: “como unos 2000 pesos o 3000. Yo creo que sí, cada 15 días”, “porque la pomadita era muy chiquita y como si estaba grande la herida pues se iba casi todo” Tía:” en una sola aplicación se iba todo porque estaba grande y profunda.” paciente: “y yo me bañaba tres veces a la semana y cada que me bañaba me descubría y me tenía que aplicar otra vez la pomada”  ¿En pasajes? Tía: “ah eso si es aparte porque también como tenía que estar muy limpio y no tenemos carro lo tenemos que estar trayendo en taxi y para llevarlo y otro taxi para traerlo”. Paciente: “como unos trescientos pesos diarios”.</i>	<i>Paciente: “como tres meses” Tía: “aja porque no le quería cerrar esa parte como que se tardó más en regenerar el tejido”.  Paciente: “la duración del tratamiento lo: iba valorando el doctor”</i>	<i>Paciente: “desde que salimos me descubrieron todo y nos dijeron que si iba a tardar un poco. Tía: dijo que depende de cada quien, de cada persona es muy diferente la reacción Paciente: de hecho íbamos a consultas y él me checaba y me decía no pues vas bien y ya.</i>
<b>Caso 4</b>	<i>“uí lo que era higiene y comida, que mucha dieta, cero grasas, y este y la higieene mas porque me decía- con tantito y se te llega a infectar te regreso- y gracias a dios pobremente pero mi esposa no sé, se tapaba, se ponía guantes, se desinfectaba, claro que también le puse como cuatro sustos que me desmayaba en las curaciones, porque no soportaba que me tallara y como estaba rojo vivo, como te digo, parecía yo un zombi”.</i>	<i>“ya solo en estos parches de silicón, me cuesta el cuadrito 800 y son dos cuadritos”  “ya tiene ya va tres meses que me lo compre y se le acaba el pegamento y tengo que comprar uno nuevo y es que el cuadrito es muy pequeño”.  1600 cada 3 meses</i>	<i>“Hasta que sanara, hasta que cerraran”.</i>	<i>“nos dijo el doctor que esta va para largo, no nos puede decir muy bien, o sea darnos un día para cuando va estar bien, dice que esto tarda hasta un año o sino hasta más,</i>

	<p><i>"y te digo que aquí me lavaban, a mi mama también le puse un susto de que me desmaye, pero si los cuidados de mi esposa gracias a dios no regrese al hospital, era mi mayor miedo (risa) y porque me toco en una misma consulta que nos citaron a otros y como dos pacientes se quedaron porque iban infectados y yo me decía el doctor- si te curaron bien- pus si- y dice - haber vamos a ver si no te quedas ahorita- y no gracias a dios todo bien, cada cita que íbamos ya iba avanzando, cicatrizando".</i></p> <p>medidas de higiene  <i>"bueno aquí no, vez que te dije que estaba en el cuarto de mi mama, allá si, diario mi esposa, como estaba el cuarto desocupado solito, namas estaba mi cama mi tele, diario diario y que no te metas tú y nombreee mi esposa si los tenia bien estrictos, y gracias a dios. La higiene me ayudó mucho".</i></p>	<p><i>"Los dos meses y medio este, los tuvimos que comprar, daba una parte mi patrón y con lo que no alcanzaba lo teníamos que conseguir aquí"</i></p> <p><i>"antes sí se las vio difícil el patrón, unas mallitas salían en 80 pesos el cuadrito y me compraron dos cajas, una pomada en ciento y cacho y traía poquito casi en dos curaciones se iba todo, de esas me trajeron unas diez y otra también cara, ahí sí tuvo que aflojar, casi salió en 5000 pesos en una receta la primera que llegue a casa".</i></p> <p><i>" ahorita ya no me las aplico, porque ya cerro todo (nos muestra brazo) ya está todo cicatrizado, solo unas cicatricitas que tengo aquí pero a esas ya no les he hecho nada, ya aquí en el pecho también ya cicatrizo (muestra pecho)".</i></p> <p><i>"prendas de compresión cada que se me rompe tengo que ir a consulta y hacer otra"</i></p>		<p><i>porque ahorita todavía no lo da de alta de echo y dice que puede ser un año o dos años, en si todavía falta".</i></p>
<b>Caso 5</b>	No accedió a participar			
<b>Caso 6</b>	<p><i>"baño diario, así como en el hospital que diario me hacían mi curación igual en casa una vez al día"</i></p> <p><i>"me mandaron cremas, pomadas, gasas, vendas y hasta jaboncito" (risa).</i></p> <p>Higiene  <i>"si de hecho yo, en su pobre casa de usted teníamos gatos pero éramos de los que los tenían adentro por mi hijo, entonces me fui a vivir con mi mama, o sea por lo mismo que había basuritas de gato, sus pelusas y todo eso, me fui con mi mama, y me dio un cuarto se puede decir especia, limpiecito y todo, de</i></p>	300	<p><i>"pomadas primero diario, de echo eran, si gastamos en eso un buen también porque si son caritas"</i></p> <p><i>"3 veces por semana, porque me echaban en las piernas, todo el brazo, o sea prácticamente todo"</i></p> <p><i>"duración de tratamiento será... como 4 meses? mm como 3 meses"</i></p> <p><i>"Prendas de compresión también, yo no más... use unas la verdad, digamos que si las usaba, aba porque ya no las he puesto, pero a</i></p>	<p><i>"si me dijeron que iba ser prácticamente un año y medio un poquito más o un poquito menos, pero como yo me desespero yo dije - yaa ya noo!- gracias a dios me he sentido bien, de repente si me dé un poquito de</i></p>

	<p>hecho le sacaron todo, nada más estaba una cama y tele y ya, para que estuviera lo más limpio que se pudiera”.</p> <p>“ella tiene su casa en frente y yo estoy atrás”.</p> <p>“comida iguualita que en el hospital, de hecho me dieron un tríptico donde venían mis alimentaciones, lo que podía comer y lo que no y que igual respetara los horarios”</p> <p>“aquí en el hospital me daban caldos pero eran desabridos, no me agradaban pero me decían - si no te los comes no te vas- y pues me los tenía que comer, y era no más prácticamente el sabor y otras cositas como arroz y caldos pero con más sabor”</p> <p>“de hecho salí bien bajo de peso que pesaba como cuarenta y tantos kilos ya los subí, o sea ya estoy en mi peso normal”</p>		<p>mí me lastimaban, de echo cuando todavía tenía abierta esta parte del brazo (señala...) me dijeron -es que las debes de usar, pero a la hora que hacia presión aquí se me abría y me sangraba, tons me dijo mi doctor que no - hasta que te cicatricen las vuelves a usar- de hecho esta estaba como botadita, así como saltada (muestra cara posterior de brazo), pero la prenda ahora sí que me la aplano bien, de esa si solo me mandaron una que fue un chalequito y un short, esos si me los acabe (risa), los use como por dos meses”</p> <p>“me dijeron que me iban a decir, si debo seguir usándolos cuando tuviera mi cita y mi cita la tengo hasta mayo”</p>	<p>dolores pero es un dolorcito y ya se me quita”</p>
<p><b>Caso 7</b></p>	<p>“Pues no más que me echara crema pomada, en las heridas, que todavía llevaba pues si de la mano no más una pomada, y ya de ahí pura crema pura crema, para que no estuviera reseco, y no salir al sol.”</p> <p>“La pomada que me dio que esa la use como una semana, casi una diaria.”</p> <p>“No, hasta eso no me quito nada de comida.”</p> <p>“Limpieza, limpio donde estuviera y este, y fresco que no estuviera en el sol.”</p>	<p>“\$230”</p> <p>“No sé cuánto cueste “</p> <p>“Pues ahorita que ya puedo venir así, le tanteo yo como de venir como los como 110, en venir y regresar, no en taxi me cobraban 300, si por que no podía venir, ahorita si ya nos venimos en la pecera, en el camión de ahí de canal de Chalco para acá, si ya ahorita ya es menos. Comimos aquí porque nos vinimos temprano, pague 100 pesos de los dos, son como 500, ahorita pero antes era más \$700</p>	<p>“Diario Como 8 días “</p> <p>“No me han dicho hasta cuándo.”</p> <p>“La pomada que me dio que esa la use como una semana, casi una diaria.”</p> <p>“Ahorita voy a justar las que “traiba”y voy a otras nuevas.”</p>	

		u \$800 pesos. Si porque el taxi de aquí pa'ca y de acá pa' allá".		
--	--	--	--	--

## Rehabilitación física post - hospitalaria

No. de caso	Rehabilitación	Tiempo para recobrar la movilidad de las partes afectadas	Tiempo para regresar a actividades laborales
<b>Caso 1</b>	<i>"Si, ahí si me mandaron, fui a dos terapias, pero después la doctora me dijo que ya hiciera los ejercicios en mi casa, compre una pelota de esponja para apretar".</i>	<i>"como unos dos meses, después de esos dos meses ya juntaba los dedos"</i>	<i>"A trabajar como unos 4 meses yo creo, si porque ya estuve yendo"</i>
<b>Caso 2</b>	<i>"Si" "Más que nada física para mover bien mi brazo que fue la parte afectada y tuviera movimiento total del 100 por ciento".</i>	<i>"No todavía fui como 3, 4 veces, eran como cada mes cada mes y medio, ¿Fueron como 4 meses? "Si esas no eran tan seguido".</i>	<i>"como 2 meses, claro con sus debidas precauciones, atenciones, como te digo primero no lo concebía porque ya lo había hecho era algo normal ya después te digo q todo se prestó ya después lo asimile".</i>
<b>Caso 3</b>	<i>Tía: "como allá también le mandaron unos ejercicios para hacer, bueno los hacía desde el hospital para recuperar el tono muscular pero le dijeron que en su casa lo siguiera haciendo para que su vida normal y sus ejercicios para que volviera a tener esa fuerza, claro ya no igual no pero pues si tener fuerza, si recupero bastante vamos a decir que al 95 por ciento".  paciente: "como tres meses también" Paciente: "diario iba".</i>	<i>Tía: ¿bastante no? paciente: como tres meses  Paciente:" si me costó trabajo caminar".  Tía: "pues estaba todo flácido, todo suelto para volver a recuperar su fuerza fue muy despacio, muy lento"  Tía: caminaba ahí en el hospital pues tenía que salir caminando y eso es lo que le dijeron el médico, le dijo que debe hacer un esfuerzo por sí mismo para que tú ya puedas caminar porque pues no se podía ni parar ni detener de un pie, si no que con los ejercicio fue recobrando su tono muscular y ya salió caminando por su propio pie, pero ya en casa fue muy despacio, mucho</i>	<i>Paciente: como 2 meses. Tía: como seis yo digo. le dijeron que se iba a tardar Tía: no que más, porque le dijeron que no se expusiera al sol, que debe de trabajar en la sombra y de pintor y albañil no siempre se está en la sombra, y el mismo sentía la incomodidad de estar en el sol. paciente; si te quemaba, te quema demasiado Tía: no lo aguantaba, sentía luego luego que ya se estaba quemando, quedo muy sensible.</i>

		<p><i>muy despacio, todavía le temblaban sus pies.</i></p> <p><i>paciente: y en las manos fue mucho peor, no las podía mover, por eso seguí yendo a las terapias</i></p> <p><i>Tía: a la rehabilitación, si porque por ejemplo lo más esencial que es comer su sopa con cuchara no tenía la fuerza para agarrar la cuchara, era bien difícil.</i></p>	
<b>Caso 4</b>	<p><i>"sí, uuuhh me costó trabajo me hicieron hasta chillar, nombreee porque como estaba yo así como Cristo (indica como tenía el brazo antes, en ángulo de 90 grados) dure así como tres meses porque me decía el doctor- no quiero que me baje su brazo porque se le va quedar pegado y lo voy a tener que operar- nooo me metía miedo".</i></p> <p><i>"sí porque yo lo bajaba y sentía bonito, pero yo le tenía miedo a esas grapas (risa)".</i></p>	<p><i>"me aventé como 40 terapias, diario diario, primero me aventé 10 sesiones diarias luego otras 10 luego otras 10 fueron en total como 40 días, 5 días a la semana a mi rehabilitación porque todo esto (muestra axila) lo tenía yo bien grueso por el injerto, allá me pasaban una maquinita que fue adelgazando la piel y luego las terapias que no podía doblar el brazo pero me lo hicieron doblar (risa), con eso hasta grite, sudaba yo hasta frió (risa) y luego yo aquí hacia diario, de lo que me hacían hacer allá aquí hacer las terapias también".</i></p> <p><i>"la piel que se encoge y no y yo me espantaba y así me quedaba yo, ya después despacito lo tenía que ir restirando hasta que lo volvía hacer así derecho, lo sufrí te digo".</i></p>	<p><i>Después de esas 40 sesiones regreso a hacer sus actividades "con miedo, bueno a trabajar no pero si hacer ejercicio y querer correr ya con miedo pero ahí iba despacito y <b>gracias a dios si, volví a perder el miedo</b>".</i></p> <p><i>Para regresar al trabajo "habeer, me avente un mes en cama bueno tres meses en cama, después de dos meses, bueno aparte de los tres otros dos para volver a trabajar, bueno iba un ratito y me regresaba hasta que volví agarrar de nuevo". 5 meses</i></p> <p><i>"me cambiaron de puesto, aunque yo no me acostumbro hacer otras cosas, y si regrese a mi maquina pero ya con más este , si yo cuando regrese ya la veía con miedo, pero regrese con más precaución, ya le inyecto pero ya mejor me quito (risa)"</i></p>
<b>Caso 5</b>	No accedió a participar		

<p><b>Caso 6</b></p>	<p><i>El día de aplicación entrevista acudió a "estudios donde me aplicaban en las piernas unos electrodos, me daban un tipo de descargas eléctricas".</i></p> <p><i>"ahorita ya no he venido, al principio si venía por sesiones, diario, me vine por 20 días seguiditos, ya después me citaron cada tercer día ya como vieron más movimiento en mi brazo, porque si no lo podía mover nada, fue cuando me dijeron que ya siguiera con ejercicio en casa, ya no tenía que venir hasta acá".</i></p>	<p><i>"yo creo que como unos 6 meses la doctora me dijo - el día que te vea colgado de un pasamanos, ese día ya vas estar bien, pero lo he intentado pero siento que se me rasga, o sea si levanto el brazo y todo bien , pero a la hora que yo quiero colgarme en el pasamanos es cuando siento dolores en mi brazo de ahí en fuera ya hago todo"</i></p>	<p><i>"como 8 meses porque apenas llevo como un mes trabajando, lo que pasa es que me dijeron que lo tenía que tener cuidado, decían que era como una cascarita de cebolla, de hecho hasta la fecha se me sigue descarpelando, no entiendo por qué , entonces me dijeron- ya está cicatrizado pero si tú le das un talloncito o algo, lo vas a volver a abrir- pero en ese entonces todavía las piernas las sentía muy débiles, ya cuando empecé a hacer más más más ejercicio fue cuando dije a mis esposa -ya! ya me quiero ir a trabajar- y me dice - estás loco y le digo - es que ya! o sea me hartó ya estar encerrado. Lo que caiga es bueno ahorita, bien que lo necesito"</i></p>
<p><b>Caso 7</b></p>	<p><i>"Primero fue a los 8 días luego a los 15, luego al mes, luego a los 3 meses, si así, 3 meses, pero ahorita otra vez a los tres meses.</i></p>	<p><i>"Como 3 días si me ayudaban, ya luego me bañaban, ahorita ya me baño solo."</i></p> <p><i>"Ya que me bañaba solo como un mes" si pues sí, ya antes me bañaba sentado ahora ya paradito, ya no tengo problema.</i></p>	<p><i>"Nada más me dijo el doctor, como cuánto tiempo ya andaré trabajando, unos 6 ,7 meses, pero no creo llevo 5, tal vez ojala y si ahorita nada más por el calor pero ya, aguanto ahora si manejar.</i></p> <p><i>Nada más me dijeron que no estuviera en el sol, como si me acalorado, si me da arto comezón en los injertos, todo me estoy quemando. Si pero si, pues ya puedo manejar, si pues luego hay viaje en la noche, pues si me habla un cuate, si quieres echarte un viaje en la noche, para pues hay te llevas algo, pues no tengo problema.</i></p> <p><i>"no ahorita todavía no por el calor" si es que pa' andar manejando en la calle y luego calor.</i></p> <p><i>"Pues agarro de chofer, pues conozco igual en lo mismo, pero ya sería menos ingresos, porque ya tiene uno un sueldo" y si es uno propio pues entre más trabajos, más lana.</i></p> <p><i>"El lunes hace 8 días ya fue el primero pero de noche cuando esta todo fresco, si porque ahorita te imaginas calor, y luego que te toque donde hay arto trafico pues no pues no"</i></p>

## Redes de apoyo post - hospitalización

No. de caso	Apoyo económico	Consultas médicas o de rehabilitación	Apoyo para hacer actividades y/o curaciones	Percepción sobre el apoyo brindado de familiares
<b>Caso 1</b>	No	<i>"Mi esposa me acompaño a todas las citas"</i>	<i>"Mi esposa"</i>	<i>"No pues, muy bueno, apoyaron bastante"</i>
<b>Caso 2</b>	No	<i>"casi siempre me acompañaba mi esposa"</i>	esposa	<i>"sí, querían saber de mí, querían ayudarme, aparte de económicamente, moralmente, todo era por medio de mi esposa yo no sabía ni que, yo estaba hora si incapacitado".</i>
<b>Caso 3</b>	<i>"Antes la familia ya que empecé a trabajar pues yo soy el único".</i>	<i>Paciente: "mi esposa y luego mi tía".</i>	<i>paciente: en algunas cosas si me apoyaban ya que estaba aquí en la casa</i>  <i>Tía: "todavía para bañarse, llevarlo al baño, tallarlo, secarlo". curaciones</i> <i>"me ayudaba mi esposa".</i>	<i>Paciente: muy bien, si yo creo que gracias a ellos salí adelante, sino no, no sé qué hubiera pasado, pero sí estuvo bien el apoyo.</i>
<b>Caso 4</b>	<i>"el patrón con el que trabajaba....lo que era mi sueldo"</i>  <i>"mi hermano mayor que me estuvo dando este, me estuvo trayendo despensas cada 8 días, gracias a dios tuve el apoyo de mis hermanos"</i>  <i>Actualmente yo ya soy el que lleva. Ya trabajo ahora si (risa). Ya nada más con mi sueldo".</i>	<i>"Mi esposa"</i> <i>Esposa: "hubo un tiempo que yo lo llevaba, pero ya después ya no lo llevaba porque mi hija ya había entrado a la escuela, pero él me decía ya no vayas porque no te dejan entrar, o sea no me dejaban entrar adentro con él y yo lo esperaba en la sala de espera, ahí estaba con él".</i>	<i>"dependiendo de mi esposa, al cuidado de mí y de mis hijos"</i>  <i>"Mi esposa, dejo de vender en su puesto de tianguis"</i> <i>"ella me bañaba, me cuidaba, me daba de comer, ella casi me hacía todo"</i>  <i>Esposa: "tenía que bañarlo y tenía que darle sus comidas a sus horas"</i>	<i>Apoyo del patrón y "gracias a dios tuve el apoyo de mis hermanos.</i> <i>Era lo que me hacía fuerte"</i>

	<i>ahorita ya nada más soy el sustento de la familia</i>			
<b>Caso 6</b>	<i>"me apoyo prácticamente mi mamá y mi abuelita" madre es empleada domestica</i>	<i>"mi madre me acompañaba, bueno me sigue acompañando (risa)"</i>	<p><i>"Curaciones mi esposa o veces mi tía, si porque mi mama no, decía- hay yo no- es que dice que ella es como ponzoñosa, de tantas veces que me vio allá ya no quiso ella"</i></p> <p><i>"en las demás actividades mi esposa, ella me ayudaba, prácticamente yo el único brazo que tenía móvil era el izquierdo, por lo mismo no podía pararme, no podía caminar, ni para acomodarme cuando estaba acostado podía y por lo mismo que baje de peso mi esposa con un brazo me cargaba, entonces ella si fue de mucho apoyo".</i></p>	<p><i>"En hospitalización yo al que extrañaba mas era a mi bebe, me sentía bien cuando estaban ellas pero a la hora que hacían el cambio a mi ese trascurso de tiempo que era poquito se me hacía eterno, largo, o sea si me apoyaron bien, les agradezco pero si yo quería ver más a mi hijo".</i></p> <p><i>En general</i>  <i>"un apoyo grandísimo, nos apoyaban tanto económicamente como despensa (...) si si nos apoyaron mucho".</i></p>
<b>Caso 7</b>		<i>"Siempre me acompaña mi esposa, siempre ella como ella es la que paga y todo, pues ya ahorita me dijo para que veas donde pago, por que que tal si vienes solo para la otra, si quiera ya sabes dónde pagar, como no podía caminar, me dejaba ella ahí abajo, y me subía yo aquí y ya llegaba yo aquí.</i>		<i>" Pues bien", Con eso estuvo muy bien"</i>

**Objetivo 3- Describir las secuelas (físicas, estéticas, emocionales y sociales) que dejó la quemadura de 2º y 3er. grado por electricidad, fuego y escaldadura.**

No. de caso	Físicas	Estéticas	Emocionales	Sociales
<b>Caso 1</b>	<p><i>Incluso este dedo lo tenía dormido (dedo gordo) y si tenía miedo, pero ya como a los 3 meses ya lo pude mover.</i></p> <p><i>“si quisiera ver si me pueden hacer la prenda de la pierna, porque si cuando estoy mucho tiempo parado como que si me duele, entonces si con la prenda como que si ya mejoraría.</i></p>	<p>Cicatrices en la mano Izquierda.</p>	<p><i>“Si porque me da pena, la gente se me queda viendo, se me hace bastante incomodo que me vallan ahí observando, incluso la familia, bueno, luego aquí en la casa no me lo pongo.”</i></p> <p><i>“Noto que la gente se me queda viendo me es incómodo”</i></p> <p><i>“Ella pasaba a hacer de comer porque me daba miedo”</i></p>	<p><i>“No, simplemente me cubro.”</i></p> <p><i>¿Y si no tuviera su guante? “No pues, si me costaría trabajo salir, lo que pasa, bueno hay amigos que me dicen haber cómo te quedo y ya cuando les en seño les da cosa.</i></p>
<b>Caso 2</b>	<p><i>“Si, mucho, no podía moverlo totalmente o sea, me lastimaba, y ya poco a poco con la rehabilitación, la parte que seguí unos pasos aquí de rehabilitación, fui este ahora sí que fui teniendo movimiento total. Pues hasta la fecha”.</i></p> <p><i>“no, te digo al principio pero ahorita no”.</i></p>	<p>Cicatrices brazo, espalda y parte del pecho</p>	<p>no</p>	<p><i>“no, creo, que me relaciono mas ahora (risa)”.</i></p>
<b>Caso 3</b>	<p><i>paciente las manos, si de echo si las manos y los pies verdad porque si me costó trabajo caminar</i></p> <p><i>Tía: le costó trabajo caminar, porque estaba todo flácido, todo suelto para volver a recuperar su fuerza fue muy despacio muy lento.</i></p> <p><i>Tía: Incomodidad de estar en el sol”</i></p> <p><i>Paciente:” si, te quema demasiado”</i></p> <p><i>Tía: “quedo muy sensible”</i></p> <p><i>Tía: no se podía ni parar, ni detener en un pie, con los ejercicios fue recobrando su tono muscular.... Pero ya en casa fue muy despacio, mucho muy despacio, todavía le temblaban sus pies.</i></p>	<p>Cicatrices en pecho, espalda, brazos y manos y pigmentación oscura en cara.</p> <p><i>Tía: antes tenía su cuis lisito lisito y ahora tiene como picaditas”</i></p> <p><i>Paciente: pero tenía pigmentación”</i></p>	<p><i>Tía: “él no quería salir así que lo ven en el camión y la gente”.</i></p> <p><i>Paciente: “me da pena, pues sí, no me siento bien, me da pena andar en la calle así”</i></p> <p><i>Tía: la gente ya sabes que siempre el morbo la curiosidad, se le queda viendo a ver qué, y luego como después se enteraron, primero los mantuvimos en secreto pero obvio no, la gente se entera tarde o temprano y pues ya hasta más lo hacen de que se le quedan viendo o</i></p>	<p><i>Paciente: no, de hecho no.</i></p> <p><i>tía: yo ahorita yo creo ya está acostumbrado, pues no pasa nada igual ahorita fue una novedad y tienen curiosidad por ver y al rato ya se les pasa y ya ni en cuenta, como si nada no?</i></p>

	<p><i>Paciente: y en manos fue mucho peor, no las podía mover</i></p> <p><i>Tía: lo más esencial que es comer su sopa con cuchara no tenía la fuerza para agarrar la cuchara, era bien difícil.</i></p> <p><i>Paciente: “Dure 2 meses sin poder mover la mano, yo no podía cerrar la mano trataba y no podía”.</i></p> <p><i>“no puede estar mucho tiempo en el sol, ya que le comienza a arder la zona afectada”.</i></p> <p><i>Paciente: “muchas cosas dijo que a lo mejor para toda mi vida se me iban a quedar”</i></p> <p><i>Como “tendón y cicatrices” que “me pican y me dan comezón por dentro” y “resequedad en la piel”</i></p> <p><i>Tía: por eso si hasta ahora se le sigue comprando la crema”</i></p> <p><i>El médico “ dijo hay cosas que probablemente ya no vuelvan a quitar, en cuanto a cicatrices ese es una y a la sensación de que no resiste tanto el sol”</i></p>	<p><i>Tía: si, tenía manchas oscuras como una máscara negra”</i></p> <p><i>Paciente: eso fue lo que se me quito muy rápido”</i></p>	<p><i>se esperan para ver como quedo o que no sé qué y eso si pues de alguna manera le causa incomodidad.</i></p> <p><i>Paciente: no, de hecho no.</i></p> <p><i>tía: yo ahorita yo creo ya está acostumbrado, pues no pasa nada igual ahorita fue una novedad y tienen curiosidad por ver y al rato ya se les pasa y ya ni en cuenta, como si nada no?</i></p>	
<p><b>Caso 4</b></p>	<p><i>“porque como estaba yo así como Cristo (indica como tenía el brazo antes; ángulo de 90 grados) dure así como tres meses porque me decía el doctor- no quiero que me baje su brazo porque se le va quedar pegado y lo voy a tener que operar- no me metía miedo”</i></p> <p><i>“me gustaba mucho el deporte ya no lo pude hacer por el sol, ahorita ando en el sol y me empieza a arder, comezón, deje de hacer muchas cosas”.</i></p> <p><i>“no podía salir tantito al sol, quedaba rojo rojo rojo y luego con el frio nombree se me quedaba el brazo así (muestra como se le quedaba) rojo no pues por la piel que se encoge y no y yo me espantaba y así me quedaba yo, ya después despacito lo tenía que ir restirando hasta que lo volvía hacer así derecho, <b>lo sufrí</b></i></p>	<p><i>Cicatrices en cara, pecho y brazo izquierdo</i></p>	<p><i>“Muy deprimido al principio, al verme como me veía yo y luego dependiendo de mi esposa, al cuidado de mí y de mis hijos”</i></p> <p><i>“cambia mucho uno... te ves en el espejo y lo que te ponías ya no te lo puedes poner”.</i></p> <p><i>“ya no sientes tu cuerpo como lo tenías antes, es diferente, te da un cambio de carácter, yo me altero muy rápido y me desespera sentirme así que ya no puedo hacer lo que hacía antes”.</i></p>	<p><i>“si porque te ven y hasta en el camión que vengo, ay no a fuerzas quieren ver que tienes, el morbo y como que te no sé, no sé cómo explicártelo, como se siente unos, y te ven y a fuerza no te quitan la mirada hasta que se les, y luego yo como soy muy alterado con ganas de decirles -¿sabes qué? quieres que te diga que me paso?- pero pues no, me aguanto mejor”.</i></p>

	<p><b>te digo.</b> No no hasta ahorita luego hace frio en la noche y como que la piel con el escalofrió como sientes que se hace chinita la piel, y aquí ya es diferente ya no es lo mismo”.</p> <p>“voy a consulta y me dice que todo va bien, mas no , nunca me ha comentado que se me van a quitar”</p>		<p>“como estaba rojo vivo, como te digo, parecía yo un zombi, yo les decía que me quitaran los espejos porque me veía yo y nombreeee meee emocionalmente me daba no sé qué, me sentía yo no sé cómo al verme desfigurado de la cara”</p> <p>“No y su impresión de ellos cuando me vieron así cuando me estaba curando su mama, la niña si se espantó”.</p> <p>“al principio si me daba pena, pena salir, pero fui superando eso y este, y ya, ya ahorita de repente si me da pa bajo, y de repente digo vamos a echarle y de repente ya andamos normal”</p>	
<b>Caso 5</b>	No accedió a participar			
<b>Caso 6</b>	<p>“donde vi más fue en el brazo, de hecho ahí fue donde se le dio prioridad, porque lo tenía así como pegado, de hecho cuando estaba internado lo tenía que traer abierto (ángulo de 90 grados), así que a la hora de que iba cicatrizando se me iba como que contrayendo, o sea se me iba cerrando, y fue por eso que le dieron prioridad, de hecho las primeras veces que me abrían el brazo, digamos que es una hojita que arrancabas porque se me habría se me rasgaba y me decían que era normal que para que la cicatriz en vez de que se fuera contrayendo se vaya estirando, si no decían que se me podía pegar”.</p> <p>“sí, de repente, si lo que es la parte de este brazo de aquí (muestra.....) y la panza y de repente la ingle que me empieza a molestar, si siento como piquetes, cosquillas, comezón, tipo ardor”</p>	<p>“las dos piernas donde me quitaron pa los injertos, la izquierda fue donde me quitaron para injerto, la derecha también se me alcanzo a quemar, de ahí la ingle, toda la panza, el abdomen, tórax, espalda, todo eso está marcado, porque si hay unas que me quedaron bien gorditas, así todas</p>	<p>“al principio me daba un poquito de pena, porque yo extrañaba estar con playera, yo al principio me dijeron que no podía dar los rayos del sol, ya después me dijeron que ya podía usar playeras, ya podía andar normal, al principio no sé si me daba pena, tristeza y yo pues me lo tapaba, ya después me dijeron - no pues fue un accidente lo que te paso, tienes tu brazo, estas bien, estas completo- así como que me motivaban - échale ganas, lo que pasó ya pasó, estas aquí con nosotros y si quedaste cicatrizado pues ya, fue tu mala experiencia- la gente luego iba como diciendo - que le paso?- o no faltaba quien te preguntaba</p>	<p>“no, continuo igual”.</p>

	<p><i>"sábados que eran mis tiempos libres (risa) sábados y domingos a mí me encantaba ir a jugar correr, futbol, e iba y jugaba con mi hijo, pero después de lo que me paso puedo trotar pero correr como antes ya no, y eso sí me dijo el doctor que porque como había sufrido una quemadura en la médula me la lastime entonces me dijo que a lo mejor podre caminar deprisa, trotar pero correr a tu gusto ya no, y lo he intentado pero a la hora que yo quiero apretar el paso como que siento que mis piernas se me atorras, se me entrelazan, como que se me van de lado y empiezo a sentir molestia y lo dejo de hacer"</i></p>	<p><i>las de la panza, entonces mi cirujano me dijo que así yo cicatrizaba, me dice-tu eres de cicatriz boluda, tus cicatrices se te saltan- y así son las que quedaron en todo el cuerpo"</i></p>	<p><i>me veía yo y decía - como quede, ya todo bien marcado- "</i>  <i>"al principio que se me quedaban viendo pero ya después ya".</i></p>	
<b>Caso 7</b>	<p><i>"No pues, si podía caminar poco, ya me fui caminando pero no bien, pero sí ya, si porque el que me atendió me decía no camina, me salía sangre y me decía no le hace, dice, ya ves que sale sangre, me dice no es mejor que te salga la sangre, si pues llegue allá a su pobre casa, me llegue entre caminando gracias a dios, bueno me llevaban así agarrando, si pero entre así caminado".</i>  <i>Ya dolor no, ya nada más en la mano y en la panza es donde me da comezón, ya nada más llegó a la casa y me quito la playera me hecho crema y ya fresco todo.</i></p>	<p><i>" En la mano en la espalda y en las piernas pa abajo, arriba del tobillo" "Pues yo me siento bien a pesar de todo me siento bien, como que no, me preocupa mucho, no pues ahora sí, como yo digo le doy gracias a dios que no fue en la cara, pero digo le doy gracias a dios que estoy completo, y yo como dije, pues ya que quede así pues ya que, dios que no fue en la cara, le digo todavía fue en la cara.</i></p>	<p><i>"lo veo normal igual"</i>  <i>"No hasta eso no, si cuando estaba aquí, si dije, no ya jamás vuelvo a manejar, pero pues luego digo y en que voy a trabajar.</i></p>	

**Objetivo 4. Cambios en la dinámica familiar por quemadura de 2do y 3er grado por electricidad fuego y escaldadura.**

**Cambios en la dinámica familiar en los primeros 6 meses.**

No.de caso	Roles	Resolución de problemas	Comunicación	Respuestas afectivas
<b>Caso 1</b>	<p><i>“Cuidaba a los niños, si los llevaba a la escuela”</i>  <i>“En un inicio me quedaba en la casa, y cuidaba a los niños, como es negocio propio mi esposa iba a trabajar y hacia la comida, y yo cuidaba a los niños.”</i></p>	<p><i>“Pues, pues, llega un momento en que se desespera uno, por ejemplo luego mi esposa tenía que hacer cosas del negocio o pagar un recibo y le decía que por qué no lo hizo a si, y yo quería ir pero pues como no podía salir.”</i>  <i>“pues ocasionalmente le contestaba mal a mi esposa, referente a asuntos del hogar, como - ¿por qué no hiciste esto como te dije?”</i></p> <p>Los hijos “creo no fueron a la escuela, lo que pasa es que mi suegra vive en santa cruz, y le quedaba lejos”</p>	<p>“Al principio me preguntaban mucho que me paso, menciona que lo que le paso es algo que hizo que la familia se fuera uniendo.”          “Si luego yo quería hacer mis cosas y ya yo les decía yo lo hago.”</p>	<p>“Pues desesperado”          “No, pues al principio lo apapachan a uno más, porque está un convaleciente.”          “Pues bien, bueno al principio me apapachaban mucho, me tocaban mi cicatriz y me decían que suavcito”          “Si yo creo que, nos acercó más, si si, pues ellos me ayudaban a ir al baño me daban mis chanclas.”          “Sentí más atención por parte de mis hijos, me preguntaban seguido como estaba”.</p>
<b>Caso 2</b>				
<b>Caso 3</b>		<p>paciente: “no verdad”          Tía: “no, procuramos que todo fuera lo más armónico posible, porque sabíamos que si caíamos en un estado de nervios o de ansiedad y de todo lo que implica la preocupación económica, el verlo a el mal, tratamos de controlar toda esa parte también para que no le afectara a los niños y a nosotros como grandes, porque si nos</p>	<p>Tía: “se vendió una pantallita (...) Entonces obviamente en un momento de distracción pues ya no la tienen, sino que se tienen que poner a jugar como se las ingenien porque ese artículo que era para la distracción ya no estaba se tuvo que cambiar la rutina, todo todo cambia”.</p> <p>Tía: si, siempre, siempre, de hecho en ese momento yo note más la unidad de mi familia porque bueno mi mama no iba y mis hermanos no iban pero yo les traía</p>	<p>Paciente: <i>pues por un lado está bien porque estas con tu familia, pero el no poder hacer cosas también te sientes mal porque quisieras apoyar y no puedes.</i></p>

		<i>afecta a todos pero tratamos de ir regulando esto para que no pasara a más”.</i>	<i>toda la información, siempre siempre de ley, yo mantuve esa comunicación, tratábamos de mantenernos unidos.</i>	
<b>Caso 4</b>	<p><i>“si a barrer, a doblar las cobijas y antes eso no lo hacía (risa), lo que no se hacía se aprende (risa)”</i></p> <p><i>Actualmente “ya no, ya trabajo ahora si (risa)”</i></p> <p><i>Esposa “antes tenía un puestecito y ya se iba a vender y ya con eso me ayudaba y si me ayudaba algo, para la escuela de mi hija.</i></p>	<i>“ese pues si económicamente de que me piden cositas que les compraba yo o su caprichito de que quiero unos tenis pues salía del bici taxi pues de ahí ya, era mi apoyo, en un día completo daba para dar el enganche de unos tenis o algo así y ahorita ya no lo hago, es algo que ya no lo puedo hacer”.</i>	<p><i>Con esposa “cambio por mi carácter de que por lo mismo como me sentía yo ya te digo y lo vuelvo a repetir me vuelvo a sentir de repente que el brazo como que, no sé, cambia (...) yo siempre he sido de carácter fuerte pero ahorita como que me elevo otro poquito más pero ya de repente me tranquilizo porque mi esposa que culpa tiene de que yo me ponga así, ella ya batallo con migo imagínate, de repente ya le pido disculpas- sabes que discúlpame me siento mal, ahorita no me hables”</i></p> <p><i>“ella me, como te diré, mmm, ella ya lo acepto que me dice-fue un accidente y ni modo, me dice échale ganas tú sigues igual, me daba ánimos porque si me veía bien triste, preocupado a la vez pero pues si me dio ánimos, me alzaba de nuevo, me sentía ya bien, hasta ahorita me sigue diciendo échale ganas, por eso estamos en pareja, estamos en las buenas y en las malas verdad”.</i></p> <p><i>Con hijos “si ya ando más, porque antes de que estaba bien me valía, con perdón de la palabra, madres todo”</i></p>	<p><i>“cambio por mi carácter de que por lo mismo como me sentía yo (...) yo siempre he sido de carácter fuerte pero ahorita como que me elevo otro poquito más pero ya de repente me tranquilizo (...)”</i></p> <p><i>“al principio a la niña le daba miedo verme porque si me veía bien desfigurado y el pequeño el de en medio ese hasta respiraba y se metía bien valiente y se acostaba a lado de mí”.</i></p>
<b>Caso 5</b>	No accedió a participar			
<b>Caso 6</b>	<i>“ella los domingos cuando iba a jugar ella agarro un momento de que se puso a vender, vendía gelatinas, vendía tortas, o sea ella</i>	<i>“no, no hubo conflictos”</i>	<p><i>Con esposa igual</i></p> <p><i>Con hijo “con él fue al principio, le daba... Digamos miedo porque no se me acercaba nadita nadita, ya después como que fue entendiendo y él era el que... por ejemplo me tenían que</i></p>	<i>Desesperado por que ya quería regresar a trabajar</i>

	<p>buscaba una forma de generar igual dinero y es lo que hacía, bueno lo sigue haciendo hasta la fecha, se lleva al bebe, si le preguntas - que vendes en el campo te dice papas, gelatinas- si es una buena forma de apoyar”</p>		<p>echar mi pomada y dejaban que me echaba pomada en la pierna, le ponían sus guantecitos igual, bueno de esos grandotes y se le ajustaban y él le gustaba echarme mis pomadas, mis cremas, y ya agarro como que más confianza”.</p>	
<b>Caso 7</b>	<p>“Esposa Hacer que hacer y mi hija. Y yo pues aortita puro dormir, no hago otra cosa. Ya empezamos a trabajar.”</p>		<p>“igual, también, “ “Y hay muchas que los dejan y ahí se van se pierden, no pues sí, si estamos bien.” “No estamos bien, igual”</p>	<p>“me siento bien, yo como que digo hay que echarle ganas, no sí no, no pues mucho dicen apoco vas a seguir manejando, si como no, ya empezaron a ver que si seguimos igual, pues que vamos a hacer.”</p>

### Cambios en la dinámica familiar después de 6 meses.

No. de caso	Roles	Resolución de problemas	Comunicación	Respuestas afectivas
<b>Caso 1</b>				
<b>Caso 2</b>	“no, todo normal ”	“no, ningún problema”	“no igual , igual igual”. No, igual	“Más comunicación, más cariño, mas comprensión, mas amor”.
<b>Caso 3</b>	Paciente: no de hecho no, siempre estuve haciendo mis cosas	Paciente: ¿no verdad? Tía: no, procuramos que todo fuera lo más armónico posible, porque sabíamos que si caíamos en un estado de nervios o de ansiedad y de todo lo que implica la preocupación económica, el verlo a el mal, tratamos de controlar toda esa parte también		

		<i>para que no le afectara a los niños y a nosotros como grandes, porque si nos afecta a todos pero tratamos de ir regulando esto para que no pasara a más.</i>		
--	--	---	--	--

<b>Numero de caso</b>	<b>Día común antes del accidente</b>	<b>Día común después del accidente</b>	<b>Cambios en actividades en ratos libres</b>	<b>Cambios en la vivienda</b>
<b>Caso 1</b>				<i>"Pusimos una cortina, A pues en dos camas, lo que pasa es que si me dolía la pierna, entonces tantito me tocaban con la mano y me lastimaban".</i>
<b>Caso 2</b>			<i>"no ya no, ya todo lo que hacía lo hago".  "salir por ejemplo al parque a jugar futbol caminar de primero no porque no podía ahora si normal todo, nada más quedo la marca".</i>	
<b>Caso 3</b>	<i>Paciente: en domingo estar, siempre he estado con mi familia a veces hay días que yo me salía a jugar, pero en la semana estaba con mi hija pues iba a la escuela y pues ya a trabajar, y ya en la tarde a regresar, casi no estaba mucho tiempo con ellos pues porque estaba trabajando.</i>		<i>paciente: "jugar frontón y pus trabajar siempre he estado trabajando" ahora "pues igual, sigo yendo a jugar".</i>	
<b>Caso 4</b>	<i>Fin de semana me los llevaba al futbol, y que vámonos que se les antojo algo pues me los llevaba yo</i>	<i>ahorita ya no por lo mismo de que el sol esta fuerte y que yo me pongo, cambia mi carácter y ya no es lo mismo y les digo mejor nos quedamos aquí</i>	<i>"me iba yo a jugar futbol, era, es mi pasión y ahorita ya no lo hago y correr y ya no puedo".</i>	

			<p><i>“ni ir alzar pesas porque ya, ya no me siento igual, te digo que antes me gustaba mucho el ejercicio, ahorita solo voy a echarle porras que más queda”.</i></p> <p><i>“como ahorita con el sol no puedo, las otras semanas que amaneció nublado ahora si es cuando voy a jugar (risa) (...) pero si me han dicho que voy a volver a jugar, es que si me siento raro ya ves cuando corres el brazo como que sientes que todavía se estira y ya no es lo mismo”.</i></p>	
<b>Caso 6</b>	<p><i>“por ejemplo un domingo nos parábamos temprano, almorzábamos en casa y nos íbamos prácticamente todo el día, nos íbamos a jugar, comíamos en la calle o solo a dar la vuelta, pero era un domingo que nos durara no (risa)”</i></p>	<p><i>“pues tenía que estar en cama, o sea yo no podía salir para nada, yo recién que salí decía- yo me quiero parar, yo quiero caminar- pero me decían bueno aquí en el hospital me decía que no, - no porque te vayas vas hacer lo que quieres- entonces una vez yo lo intente hacer y a la hora que yo hago fuerza para sentarme se me abre el estómago, o sea ya me habían quitado puntos pero se me abrió, entonces me vuelven atraer y me dicen que fue por el esfuerzo que hice que por eso desde un principio me dieron que no, que cuando ellos me dijeran que ya pues ya lo podía hacer, así que así me la lleve,</i></p>		

		<p><i>acostado acostado y más acostado, me sentía desesperado, o sea yo decía - ya estoy en mi casa ya déjenme parar, ya déjenme hacer algo- pero no podía e igual tenía que estar con el brazo abierto-“</i></p>		
<b>Caso 7</b>		<p><i>“Pues lavar el camión ahí, buscarle a ver que le fallaba, y todo eso” los domingos pues ahí en la casa, ir al tianguis y regresar, a dormir porque al otro día temprano, si no era lo que hacía. Que el sábado pues ya llega uno ya tarde, nada más llega uno y un baño y adormir, el domingo es cuando ya descansa uno más, si no lo lava uno el sábado el domingo, y ya se va al tianguis.</i></p> <p><i>Salir de la casa, a las 3 4 de la mañana, llegar a la obra, pues y me dormía un rato, uno sale a esa hora, para porque si salgo a las 5 pues ya agarro mucho tráfico, si salgo a las 3 de la mañana me hago 40 50 minutos, salgo a las 5 ya me hago 2 horas doras y media, entonces pues uno trata de evitar eso, entonces llega uno temprano a las 4 4:30 a la obra y ya se estaciona y se duerme uno hasta a las 7 de la mañana, ya a las 8 9 de la noche.”</i></p>	<p><i>“Pues ahí durmiendo, pues nada más ahí durmiendo, como ahorita no puedo salir a la calle pues hace mucho calor.</i></p>	<p><i>“Como que no comía yo casi, la comida, de ahí para allá me atendió muy bien.”</i></p> <p><i>“Aburrimiento, quería ya salir a la calle, ahora ya no quiero, como que ya me acostumbre a estar acostado, ya no quiero salir. Si ya empiezo a salir mejor.”</i></p> <p><i>“Pues de por si casi yo no soy muy callejero, no, y si luego salgo, ahí con unos vecinos a jugar baraja, pero se cansa uno.”</i></p>

## Categorías Complementarias

No. de caso	Preocupaciones del paciente durante el proceso de hospitalización	Cambios en la perspectiva que se tiene de la vida
<b>Caso 1</b>	"Me preocupaban mis hijos porque casi no los dejamos con nadie"	<i>"Te valoras tu más como persona, si veo a una persona quemada o sea trato de comparar mi dolor, por ejemplo una persona quemada de la cara, o sea no me imagino así, ahorita donde trabajo luego llegan unos clientes, pero ellos si están todos quemados de la cara, de los brazos, es toda la familia, la esposa, el señor y los dos niños completamente, quien sabe que les paso, y ahora comprendo. Ya son cosas que son para toda la vida, me dijo la doctora ya en año y medio se me va ir desvaneciendo".</i>
<b>Caso 2</b>	"mi Familia" *¿Su trabajo? "mi trabajo ya no, me importaba más mi familia, siempre me ha importado más mi familia".	<i>"si bastante, o sea simplemente... como te diré, como te lo explico, buen punto, buena pregunta, ahora sí, este si la vida te da la oportunidad hay que saberla aprovechar valorarla cuidarse uno más, ser más precavido ser más atento valorar más a tus seres queridos a tu familia todo".</i>
<b>Caso 3</b>	<i>Paciente: pues de hecho no me preocupaba otra cosa, solo pedía que me dieran mucha agua</i> <i>paciente: en la familia "no, de hecho no"</i>	<i>paciente: si algo silencio</i> <i>Paciente: estar más con mi familia yo creo, estar más con ellos, porque te digo antes pus no estaba con ellos.</i> <i>Paciente: es algo que no quisiera experimentar otra vez porque no hubiera pasado porque si estuvo algo fuerte.</i> <i>Tía: mucho muy fuerte. Yo creo que más que nada lo que queda es en mi caso personal un aprendizaje porque por ejemplo con sus dos hermanos mayores conviví más, tuve más cercanía más comunicación, pero con el casino, muy poco y... esta vez que le paso y el médico cirujano lo estaba, lo atendía y todo el desde el principio dijo que probablemente no saliera, yo te lo comente al principio, entonces eso a todos si nos cayó como bomba, como dicen literal, fue muy fuerte, esos de alguna manera nos hizo uniros más y pues apoyarlo en cierta forma y nos hace crecer como personas, como familia y tratar de fomentar esa cercanía como familia, la comunicación la convivencia y a lo mejor antes no la teníamos, por ejemplo ahora ya conozco más de los gustos de él ya lo conozco más a fondo y antes solo de manera de superficial y a lo mejor el cariño es el mismo pero la manera de demostrarlo siempre estaba oculta no? Siempre ocultamos nuestros sentimientos, ay si te quiero mucho pero solamente yo lo sé y ya, y ahora no y ahora lo abrazo, le hago un cariñito, le digo te quiero mucho pero ya es bien diferente la manera de abrirse uno como persona, pero si cambio mucho en ese sentido.</i> <i>Tía: si nos deja mucha y una experiencia bien grande</i> <i>En ese aspecto, porque yo he sido muy cuidadosa con la familia pero a veces también me meto mucho al trabajo y la familia pasa a un segundo, o más a un tercer plano, primero el trabajo trabajo trabajo pero ahora nos damos cuenta que todo lo material se queda ahí puede que ni amanezca uno no? entonces no ha dejado bueno al menos a mí me deja una experiencia bien grande en ese sentido. Son lecciones de</i>

		<p><i>vida que uno tiene, hay que sacar lo bueno de ella no? Aprender (...) siempre estamos nos ponemos metas siempre para alcanzar un objetivo material, pero casi siempre dejamos de lado la espiritualidad y realmente es de ahí donde viene, yo lo considero así donde viene tanta fuerza, tanta fortaleza (...)</i></p> <p><i>A mí me dejaron una sacudida tremenda eh? (...)</i></p> <p><i>Obviamente uno piensa lo peor, luego con el pronóstico que ya me había dado el médico, pues entonces estaba pues mal, mal emocionalmente porque ya me habían dicho que era muy difícil que saliera ....</i></p> <p><i>Si es una experiencia, una lección de vida pero bastante bastante fuerte y si de alguna manera pues eso nos unió, unión familiar.</i></p> <p><i>Tía: "si estuvo muy grave realmente, esa es la palabra, grave pues por eso fue mucho el gasto que se hizo por medicamento y todo lo que le hacían, muchos estudios y muy caros, pero bueno así estuvo, pero bueno ya está aquí, tenemos la deuda pero por lo menos está el, vamos a ver cómo seguir pagando".</i></p>
<b>Caso 4</b>	<p><i>"Mis hijos, mis hijos porque estaban pequeños le digo y yo siempre he sido luchón, pobremente pero que no les falte de comer y este estoy pagando una renta y si les llevo a faltar como, con que la pagan ellos y luego mis esposa con dos pequeños, no pudiendo trabajar y otra en la escuela, no no, era mi peor miedo de dejarlos solos"</i></p> <p><i>"al principio estuve consciente todavía, estuve como todo un día así, ya después que me operaron si ya me daba mucha fiebre, deliraba yo (risa) pues sí, yo sentía que tenía a mis hijos a mi lado, escuchaba sus voces pues, y fiebre me daba y este sí, te digo y el dolo que era insoponible al día".</i></p>	<p><i>"sí, sí, sí y mucho eeh, mucho, mucho cambio después de este accidente, ya fines de semana con ellos, llevo de trabajar con ellos, lo que no hacía antes, estamos más juntitos ahora si"</i></p> <p><i>mi esposa, al cuidado de mí y de mis hijos, que les tenía que hacer de comer y llevar a la niña para que se subiera al camión no no no no si sufrió mucho, <b>ahora si ya valoro lo que es</b> (risa) si sufrió mucho ella</i></p> <p><i>"siento que <b>volví a nacer y valorar más a mi familia</b>, bueno valoro ya más a mi familia que como estaba yo antes, y ahorita si estoy más al pendiente de ellos, lo que no hacía yo antes"</i></p> <p><i>"no no no te digo esto es sufrir, si te digo no se lo deseo a nadie, si sufrí mucho".</i></p>
<b>Caso 6</b>	<p><i>"mi niño, mi bebe (llora un poco), era mi bebe el que más me preocupaba, bueno todo pero más mi bebe, si porque yo le decía a mi mama que aunque yo ya me veía</i></p>	<p><i>ahí si cambio mucho, yo antes era como un poquito amargado, me invitaban a un lado y decía - yo no voy- y cambie ese aspecto que le decía a mi esposa -si nos invitan a un lado vamos, si queremos esto algo pero hacemos, porque digo en un momentito me pude ir, ahora si todo lo que se me venga enfrente pues aprovechar, porque en un ratito sin querer me cambio todo y ahí si es donde ya pienso más y valoro más las cosas, antes se me hacía todo como muy fácil, pero después de esto mi vida cambio (llanto).</i></p>

	<p><i>todo vendado y parchado ahora sí que yo ya no aguantaba y decía - ya mamá ya me voy a morir, ya no aguanto (llora un poco) ya no aguanto el dolor, pero gracias a dios si pude (sonríe), fue difícil pero si pude”.</i></p>	
<p><b>Caso 7</b></p>	<p><i>“Pues prácticamente en mí, porque pues ya el camión ya estaba quemado, pues ya que me compusiera, y que no me cobraran tan caro. Pues si pues si me cobraron caro, buen pues si me atendieron bien. EL dinero como quiera se recupera.”</i></p>	<p><i>“pero si como que valora uno más la vida ya después de eso, como que dice no pues si esta duro, ya que pues se la lleva uno tranquila, Pues como llevarse, más bien con la gente, es como un reflejo que te deja, es por eso dios no se lo lleva aunó para que, vea uno bien y hay que valorar la vida y todo eso. Peor es que otros que les quitan un dedo la mano, está más canijo. Pues siguiendo lo que dice el doctor, no salir nada, y bien limpio, porque le sol, y pues ahorita ya no ha salido al sol hasta ahorita que me valla.”</i></p>

## Categorías Cuidadora primaria

No. De caso	Reacción ante la noticia del accidente (Esposa o pareja)	Preocupaciones mientras estaba hospitalizado	Preocupaciones cuando regreso a casa
<b>Caso 1</b>	<i>“Me es espante al verlo, me dijeron que era una quemadura de segundo grado profundo, y que había que ponerle un injerto, me sentí muy tranquila cuando ya estaba internado y el trato que nos dieron fue muy bueno.”</i>	<i>Lo que más me preocupaba eran los niños porque estaban chiquitos, y a los niños no les pego tan fuerte porque no lo vieron.</i>	<i>Yo notaba inquieto a mi marido porque siempre ha sido el frente de la familia.</i>
<b>Caso 2</b>	<i>“Si me asusté mucho porque ya cuando llegue ahí hable con la doctora Paola y me dijo que este e iban hacer una cirugía que necesitaba injertos de piel para curarle su quemadura y si si me asuste</i>	<i>“pensé que voy haceer! ¡Estoy sola! pues porque dependo de él totalmente”. “primeramente pues él, que saliera bien de todo lo que le había pasado y posteriormente pues su trabajo porque pues como yo no trabajo dije que voy hacer mis niños en la escuela y todo eso”.</i>	<i>“que se recuperara pronto (carcajada) que se recuperara pronto para que ya estuviera bien, porque luego después que regresamos a casa no podía ni caminar, o sea caminaba con apoyo, por los injertos que le tomaron de su pierna y pues todos nos quedamos así de hay dios hasta cuándo va estar así porque no podía ni caminar, su brazo lo traía así de que no lo podía ni estirar por la misma cirugía de los injertos y todos pensamos que se iba a tardar muchísimo tiempo para estar bien”.</i>
<b>Caso 3</b>			
<b>Caso 4</b>	<i>“yo vendo así en el tianguis chacharitas, ese día yo llegue y me avisaron, me aviso mi cuñada que tuvo un accidente. lo que pasa es que yo ya termine como a las dos, es la hora que comenzamos a recoger el tianguis, y ya me vine para acá y le hablaron a mi cuñada, bueno cuñada de mi esposo, o sea mi concuña (risa) mi concuña vino hasta acá porque no tenía teléfono, de hecho se me descompuso y me dice-oyes no te han avisado?- y le digo- no que paso?- no te ha hablado Felipe y le digo - no que paso? y me dice - no es que esto y esto, no te espantes ahorita vienen por ti, tuvo un accidente chucho por cuestión de trabajo y le digo - a bueno y me dicen vámonos para la casa y ahorita van por ti”</i>	<i>“mis hijos, bueno en primera él, ya salir de ahí y tenerlo en la casa, mis hijos porque mi niña todavía tomaba pecho, y ya mi hija iba entrar a la escuela y con quien iba a dejar a mis niños (solloza) eso era lo que me preocupaba pero ya gracias a dios salió bien, mi hija me echo mucho la mano y mi mama, obvio que toda su familia, sus hermanos pero pues más mi hija, pero gracias a dios todo salió bien”.</i>	<i>“sobre la limpieza o curaciones se puede decir, que no se le fuera a infectar porque el doctor me dijo que hay que tener mucha limpieza, muchos cuidados y eso era lo que me preocupaba el, que no se le fueran a infectar sus heridas”.</i>

	<p><i>"lo único que me dijo fue que no me espantara, bueno de echo me hablaron por teléfono y me dijo que no me espantara pero que había tenido un accidente y por este, le exploto una maquina no sé muy bien verdad, pero que todo estaba muy bien, ya eso paso y ya al otro día fue cuando me dejaron verlo, pero en si todavía yo no sabía cómo estaba"</i></p> <p><i>"pues si como que me puse mal ¿no? y dije ¡cómo! no sé cómo estuvo y si pensé hasta lo peor, pensé hasta lo peor, hasta que me dijeron que si estaba bien,.. ya cuando pase al otro día cuando pase y lo vi no me afecto mucho como estaba, pero pues ahora si el valor de cuidarlo y estar con el"</i></p>		
<b>Caso 5</b>	<p><i>"Me habló por teléfono el, esa ves yo me fui a una fiesta y él se quedó aquí, estaba haciendo lo de la mecánica, ahora sí que yo me fui a una fiesta temprano fui ayudarlo a mi familia, entonces ya después fui, el me aviso, que se había quemado no, pero no pensé que fuera tan grave, y ya nos fuimos al gea pero no nos aceptaron y ya de ahí nos fuimos al CENIAQ."</i></p> <p><i>"Hay pues si me espante bastante al verlo como estaba, si fue una cosa muy espantosa, pues en su momento pues no podía ni llora ni gritar, por el estado en el que él estaba en show".</i></p>	<p><i>"Pues mis hijos, porque los deje encargados, pues salirme, me deslinda realmente de ellos por tareas, si ellos en qué estado estaban también pues no, porque a él no lo vieron gracias a dios no lo vieron, pero si mi preocupación a mi mía eran mis hijos."</i></p>	<p><i>"Pues él ya estaba aquí en casa, pues ya nada más su recuperación."</i></p>
<b>Caso 6</b>	<p><i>Me platica que estaba pintando, estaba sellando, entonces para eso hizo un arco con lo que traía, la extensión, hizo un arco, yo no estaba en casa yo fui a una misa de un difunto, entonces para eso me marcan y me dicen, eres la esposa de David, no y les colgué y me volvieron a marcar y me dicen eres la esposa de Daniel, le digo sí que paso, a es que tu esposo tuvo un accidente, le dije a bueno voy para allá, pero lo que se me vino a la mente fue que se calló, y dice no es que se acaba de electrocutar, entonces pues si me angustie agarre a mi bebe y mis hermanas me dicen no es que que te pasa, y ya les conté y me dicen toma te damos dinero y vete en taxi, entonces pues yo les trataba de marca allá a su pobre casa y nadie me contestaba, entonces yo le marque a mi papa, y le conté y me dice bueno entonces ahorita voy para allá, y ya en lo que subí y todo ya estaba el adentro de</i></p>	<p><i>"Pues que saliera bien porque le hicieron como 7 u 8 operaciones seguidas y me cuenta mi suegra que haga de cuenta que entraron dos el, y otro chavo y entonces salieron los doctores dijeron es que ya no, aguanto el muchacho, pero mi suegra pensó que era el, entonces me cuenta, y o sea yo me quede mal y pues ya más o menos platicando con el bebé, le digo, no, va estar bien y ya me habla y mi suegra y me dice no que crees que fue el otro paciente, entonces dije yo, no pues</i></p>	<p><i>"Ya estando en casa, pues ahora sí que ya no me preocupaba, ahora sí que, pues entre toda la familia le echábamos un ojo, o por ejemplo yo cuando iba a surtir la despensa pues si lo dejaba, un tiempo solo, entonces pues en ese tiempo yo tenía que levantarme a las 6 de la mañana, bajarme a la despensa y subirme luego luego, pues en un tiempo luego me cuenta, es que me andaba del baño y no me podía parar."</i></p>

	<p>la ambulancia, y ya lo trasladaron al Ajusco media, ya de ahí yo ya no lo vi, ya medio me pase a escondidas y lo vi, pero ya estaba este ya estaba en coma, y fue cuando, nos dijeron que ya estaba quemado de órganos internos, y ya no podían hacer nada, entonces pues me salgo y ya les empiezo aplicar, y me dicen no es que va estar bien entonces pues nos subimos a la casa, y este me dice pues no pues duérmete acá con nosotros para que no estés solita con el niño, entonces pues me baje a dormir con una de sus tías, y ya me empezaron a marcar para ver como estaba, y este pero no me decían nada a mí, y me dijeron al día siguiente, no lo van a trasladar al de rehabilitación, y fue cuando lo pasaron para acá, ya lo vi ese mismo día pero ya en la tarde.</p> <p>Pues si me espante, porque cuando ya lo vi en la ambulancia me dijo, es que ya no puedo, entonces el bebé, le dice no llores papa, o sea no se veía nada de quemado, entonces cuando lo vi ya estaba todo parchado, entonces dije no pues entonces si fue grave, ahora sí que dije primero dios haber que, como le va, entonces si fue como una impresión grande.</p>	<p>espero si aguante, más que nada el pero porque yo cuando me quemó imagínese como arde.”</p>	
<p><b>Caso 7</b></p>	<p>“Mi hijo, Bueno él se comunicó con un prima política este, y ya este, mi sobrina me fue a visar, y ya con ella y va su novia de mi hijo, y ya se pudo comunicar por medio del teléfono.”</p> <p>“Es muy feo porque en ese momento no sabe uno como esta sí, sí, primero me dijeron ellas pues yo me quede como en shok, si está bien o no está bien que paso, no porque pues no me decía a sí bien bien, ya hasta que me hablo mi hijo y ya me dijo que a él le habían hablado, unos amigos de mi esposo y ya había, él ya iba para allá, y ya cuando llegue me dijo, que ya lo llevaban en la ambulancia. Pero iba bien o sea va cociente.”</p>	<p>“Pues la atención médica, porque ahí no era la adecuada. ¿Estaba en otro hospital? “En otro hospital, estaba en el de acá de, ¿cómo se llama por allá? Chalco me parece. Ahí me dijeron que lo teníamos que trasladar, pero ellos me decía que lo teníamos que trasladar hacía, a Toluca, que porque era estado, me daban otro, no me acuerdo del otro. Y que ahí o sea era muy caro, y yo les decía que no porque pues yo no tenía dinero. Y este yo les decía que buscaran aquí en el distrito, para ver pues ya, aquí tenía que haber algún hospital, y pues ya buscaron y sí.</p>	<p>“Pues en primera la deuda que tenía, porque iba a pasar, medicamento, todavía lo que yo le iba a comprar, pomadas, vendas gasas, o sea todo, y como él iba, porque el salió muy flaquito muy acabado, o sea se me hizo difícil para comprar sea todo eso.”</p>

		<p><i>¿Cómo se sintió usted cuando su esposo estuvo en CENIAQ?</i></p> <p><i>Pues aquí fue muy diferente, fue muy diferente porque allá estaba, ahí en urgencias, fue muy difícil, los 8 días que estuve ahí, fue muy difícil, día y noche ahí en la sala esperando, fue día y noche, o sea fue muy feo ahí."</i></p>	
--	--	---	--

**Cambios económicos en la familia debido a costos de hospitalización y tratamiento.**

<b>No.de caso</b>	<b>Tratamiento de Hospitalización</b>	<b>Costo de hospitalización</b>	<b>Dificultades económicas</b>	<b>Venta de bienes</b>
<b>caso 1</b>	<p><i>"Tuvo una cirugía y le hicieron un injerto de piel. No sé cuánto costo"</i></p> <p><i>Si, Lavado, si se le ponía rojo tenía que llevarlo a urgencias,</i></p> <p><i>Le mandaron pomadas, no recuerdo el precio exacto, pero si salieron caras, y le mandaron ejercicios".</i></p> <p><i>"Fue una pesadilla, le tenía que hacer curaciones diario 3 veces al día, y yo sentía miedo de limpiarlo y le hacía con mucho cuidado para que no sintiera dolor, a veces me ayudaba con las curaciones una tía que es enfermera.</i></p>	<p>3,500 si quiere le busco los recibos.</p>	<p><i>"Si tuvimos dificultades para cubrir el costo, pero la familia nos ayudó con el gasto. No, porque siempre tuvimos el apoyo de la familia".</i></p>	

	<i>Había que esterilizar el cuarto, diario trapeaba la casa con mucho cloro, Había que cambiar sabanas diario, almohadas diario”.</i>			
<b>Caso 2</b>		<i>“todo lo que pagamos al final aproximadamente 6000”</i>	<i>“pues afortunadamente no porque este recibe mucho apoyo de su jefe de él y él fue el que cubrió todo ese gasto, el hospital él lo pago todo”.</i>	
<b>Caso 3</b>				
<b>Caso 4</b>	<i>“si me dijeron que le iban hacer, hacer injerto? fue lo que me dijo el doctor que lo iban a operar”  Injertar “pecho, brazo y nada más y aquí que no sé cómo se llame pero aquí (muestra parte interna de la muñeca)”.</i>	13 000 pesos creo		
<b>Caso 5</b>	<i>“Este, le hicieron sus lavados este, que mas, que mas, injertos no, no tuvo injertos me imagino que puros lavados.”</i>	<i>Fueron como 35,000.</i>	<i>“Este, pues realmente como teníamos un ahorrito pues de ahí lo agarramos, aparte pues ya lo demás, lo conseguimos.” “Pues no, como le digo y aparte si los apoyaron sus hermanas su papa.”</i>	<i>No le digo que pues teníamos un ahorro y ya la otra parte la verdad lo conseguimos.</i>
<b>Caso 6</b>	<i>Le hicieron injertos, no recuerdo cuantos fueron, pero, haga de cuenta que primero le hicieron limpieza y lo engraparon de ahí haga de cuenta que lo vieron como fue evolucionando, este y ahí dijeron no pero entonces le ponemos tantos injertos.</i>	<i>7,000, si igual fue el apoyo de su trabajo,</i>	<i>“Si haga de cuenta que todos los domingo vamos al campo para distraernos y ya de ahí entonces yo empecé a vender, gelatinas tortas, congeladas, y pues dije de aquí tengo que sacar algo, entonces si cuando me tocaba los domingos su abuelita de él, me decía sabes que has tus cosas y yo me las llevo, de hecho si tuvimos, bueno si tuve que, empezar a buscar la manera de tener más dinero.”  Si, de hecho si, si luego nos apretamos un montón, de hecho al pues lo teníamos bien consentido (hijo), después del accidente yo platique con él, le dije pues ya no iba a ser lo mismo, ya no le íbamos a poder comprar pues</i>	<i>No, no pues como le digo nosotros no, no dimos nada en el hospital, ya era le digo ya cuando venía a sus curaciones, pues si igual nos daban para traerlo, porque de</i>

			<p>todo, entonces pues sí, el que lo resintió fue él, cada 8 días le comprábamos un dulce o yogurt, o luego le comprábamos carritos.</p>	<p>hecho él no podía caminar, con el que trabaja siguió apoyando.</p>
<b>Caso 7</b>	<p>"Fueron injertos en las dos piernas, y la de la panza pues fueron sanado así, y la del brazo igual, los injertos fueron en las dos piernas."</p>	<p>"Pagamos, \$ 77,500 pesos"</p>	<p>"Sí, Ó sea si fue muy difícil, "No tuvimos apoyo, porque el trabajo es particular, él trabaja en un carro de volteo, y pues es del el carro".</p> <p>"Pues sí, ya uno está mal comido, o sea uno, bueno yo apenas y luego, si del pasaje, y aquí para una comida, y allá, pues igual, mi hija, ya comía lo que hubiera, o sea una so pita, fréjoles, lo que hubiera, ya no es lo mismo. Ya uno pues ya se conforma con lo que gana."</p>	<p>Tuvimos que vender un pedacito de tierra, y pues ya nos quedamos sin nada.</p>

### Redes de apoyo durante el proceso de hospitalización

No. de caso	Redes de apoyo para cubrir el costo de hospitalización	Sostén económico de la familia durante hospitalización	Cuidadores primarios durante hospitalización	Organización de los familiares	Cuidado de los niños
<b>Caso 1</b>	<p>familia</p>	<p>"Me apoyaba mi familia, mi mama y mi suegra".</p>	<p>"Por cuestión de la mano no podía valerse por sí mismo y tenía que estar allá, me pedían quedarme las 24 horas por cuestión de que no se podía parar para ir al baño. Porque para ponerle el injerto le quitaron piel de su pierna y tenía que tener mucho cuidado de que no se infectara. Iba mi mama muy pocas veces para relevarme.</p>	<p>"Mis hijos se quedaban unos días con mi mama y otros días con mi suegra, ellas les daban de comer".</p>	<p>"Suegra y madre"</p>

			<i>La mayoría del tiempo fui yo, a veces mi mama iba a relevarme".</i>		
<b>Caso 2</b>		<i>"(risa) este nosotros recibíamos un apoyo por parte del trabajo de él y de ahí fue donde nos estuvimos apoyando". "serían como 1000 o 1500 a la semana".</i>	<i>"mi suegra la mama de él"</i>	<i>"el día de la cirugía yo me quede ahí y este después llego mi suegra la mama de él, y luego nos turnábamos un rato ella un rato yo o un día ella y otro yo, o sea estar todo el día con él, porque si estábamos casi todo el día con él, nada más en la noche nos veníamos para acá".</i>	<i>"la esposa de mi cuñado, ella me apoyo mucho a cuidármelos todo el tiempo que estuve allá".</i>
<b>Caso 3</b>					
<b>Caso 4</b>	<i>"De hecho su patrón pago las cuentas, de hecho el me ayudo a para los pasajes, para la comida que estuve el tiempo allá, sí, no nos dejó morir solos, hasta eso él se hizo responsable y de hecho hasta ahorita un poco, no me quejo".</i>	<i>"me venían a ver, me daban que 100 pesos 200 para cualquier cosita, pero se puede decir que casi la mayoría si fueron todos".</i>	<i>"mi cuñado, mi suegra y yo"</i>	<i>"si 24 horas, por cualquier cosa para ayudarlo para ir al baño, para darle de comer porque todavía no podía, yo ya nada más salía a desayunar y a comer y otra vez".  "me remplazaba mi suegra, porque solo nos dejaban pasar a tres, pero como mi suegra no aguanta mucho tiempo de estar desvelándose, se quedaba y yo me venía a dormir a ver a mis hijos y ya luego luego me iba al otro día".</i>	<i>"Mi mama, aja, sí, porque de hecho ella no venía casi, porque a la niña le daba pecho, y él me decía- vete para la casa-pero no podía, porque si me venía iba acordar de que le tenía que dar pecho, ya cuando el salió del hospital ya no le daba pecho. Mi suegra se venía a quedar luego con los niños, venían sus hermanas de él a echarse sus vueltecitas, por eso también si me apoyaron".</i>
<b>Caso 5</b>			<i>"Pues me quedaba yo, sus hermanas, nos íbamos dividiendo."</i>	<i>"Pues sí, sí, nos íbamos rolando entre mis cuñadas, porque si es pesado estar todo el día ahí, entonces este, yo me iba en las noches y me venía en las mañanas ya me cambiaban como a las 9 a 10, ya entraba mi cuñada, pues yo venía y dormía y comía, pues otra vez que a las 8 de la noche ya irme para allá, ya la cambiaba a ella y así."</i>	<i>"Mi mama, se los encargue a mi mama." "Mama se los llevaba a su casa y Vivian allá con ella."  "Este mi mama."</i>

<b>Caso 6</b>		<p><i>“Primero fue su trabajo, de hecho con el que trabajaba siempre iba cada 8 días y me daba, entonces ahora que yo no comía, yo nada más le decía a su tías pues le doy dinero, y le haga comida al bebé, o sea como me preocupa el cómo me preocupaba el bebé, si pero si fue al principio fue su trabajo, pero ya como de aquí para acá como que ya no le quieren pagar.”</i></p> <p><i>“De hecho familia y amigos de el de hecho el antes jugaba en un equipo, y pues el que trae el equipo me dice ten hija, ahora sí que para que te hagas nos e cargo de la comida para tus pasajes, pues si igual por ejemplo toda mi familia, igual me daba dinero, pues ya con ese dinero yo lo guardaba, entonces si hubo mucho apoyo de familia y amigos. Mi mama, mi papa.”</i></p>		<p><i>“No fue mi suegra me dice solo pueden entrar dos personas y me dice mi suegra sabes que te apunte a ti yo y tú, y ella se hacía cargo ya en la tarde, y al día siguiente, o sea toda la noche se pasaba, y yo nada más venía en las mañanas por igual por mi bebé, su tía cuidaba al bebé.”</i></p>	
<b>Caso 7</b>	<i>"Este, dos de mis hijos," Bueno el primer</i>	<i>"Mi hijo, el solero, es que luego nos da algo para ir sobreviviendo"</i>	<i>"si, sus hermanas de él,</i>	<i>"Pues de las que me venía a ayudar, pues si no fue muy seguido, pues una nada más</i>	<i>"Pues ahora, sí que mis hijos ya están grandes, uno pues sí, ya está grande, este bueno ya</i>

	<p><i>pago pues porque si quedamos a deber".</i></p> <p><i>"Quedamos a deber Veintitantos"</i></p> <p><i>"Mi hijo, el más chico."</i></p>			<p><i>podía, cada 8 días, la otra pues no, como vivía, vive lejos, vino como dos fines de semana.</i></p>	<p><i>los otros ya están grandes, son 5 pero pues ya están cada quien tiene su vida, entonces pues el soltero pues ya está grande, y la niña pues ella, me hacía favor una de mis cuñadas, ya después una de mis sobrinas, una hermana mía, que su marido, fue buena gente y la dejo, que se fuera unos días a las casa, con la niña, bueno ya tiene 13 años pero pues va en la escuela, y va en la tarde, entonces pues era peligroso, para salir, en la salida ya que ya en noche,"</i></p> <p><i>"Ya no me alcanzaba a llegar]" ya cuando llegaba ella ya estaba dormida."</i></p>
--	---	--	--	---	---

### Tratamiento post hospitalario

No. de caso	Recomendaciones específicas del medico	Costo del tratamiento	Duración del tratamiento	Regreso a actividades laborales
<b>Caso 1</b>	<p><i>"Si, Lavado, si se le ponía rojo tenía que llevarlo a urgencias, En la última cita le dijeron que había quedado muy bien.</i></p> <p><i>"Fue una pesadilla, le tenía que hacer curaciones diario 3 veces al día, y yo sentía miedo de limpiarlo y le hacía con mucho cuidado para que no sintiera dolor".</i></p> <p><i>"Había que esterilizar el cuarto, diario trapeaba la casa con mucho cloro, Había que cambiar sábanas diario, almohadas diario".</i></p>		<i>3 meses de recuperación.</i>	

	"le recomendaron que no podía salir al sol"			
<b>Caso 2</b>	<p>"sí, tenía dieta especial y aparte tener mucho reposo porque no podía caminar, le rociaba un espray en la pierna y brazo y una pomada, si le curaba".</p> <p>"sí, para mover bien su brazo, le mandaron ejercicio en su brazo y pierna y también".</p>	<p>"unos... unos... no sé. Unos 400 o 500 pesos mensuales era nada más lo del espray y la pomada".</p>		
<b>Caso 3</b>				
<b>Caso 4</b>	<p>"Limpieza y curaciones"</p> <p>Curaciones "cada tercer día, mm ya no me acuerdo muy bien, bueno al principio la cabeza era del diario diario, y de su brazo era tres veces, era lunes, martes, miércoles, hasta el jueves le hacia las herida".</p> <p>"de hecho le pregunto al doctor si podía trabajar y le dijo que si, como barrer, solo no cargar cosas pesadas y eso fue lo que le indico mi esposo a su patrón y está de acuerdo, de hecho él le dijo que no lo está obligando a trabajar, pero él es el que quiere para obtener movimiento de aquí (señala axila) porque el docto le dijo que si se sigue pegando lo iban a operar"</p>	<p>"mmm como 60 pesos de ida y vuelta más la comida, si está un poco cara, son como, serán como 150, si porque la comida está a 45 de dos son 100 verdad y más el pasaje"</p> <p>"de 30 pesos, serian ¿cómo 300 pesos?"</p> <p><b>190</b></p>	<p>"mm que sería, de curaciones y todo eso? durante un mes se puede decir, un mes y medio, creo que sí. Después ya no le hacía tanto, porque ya eran muy pocos los que yo ya le hacía. Me dijo el doctor que íbamos muy bien, que ahí se ve el apoyo porque no se le infecto".</p> <p>"A consultas "todavía estamos yendo"</p>	<p>"como, que serán, unos cuatro meses, no como 5 eses tardo la verdad, de hecho su patrón le dijo que no pero él dice que si porque <b>como siempre ha trabajado, y si estaba aquí más se desesperaba por mis hijos, por el calor, él quería despegar su mente pues</b> de hecho la de las terapias le dijo que se fuera a como se llaman? pasamanos para que pudiera trabajar su brazo pero él dijo que no <b>que se va a trabajar</b>, haber que hago porque aquí su mente, a la vez se ponía triste y todavía por las heridas que tiene"</p>
<b>Caso 5</b>	<p>"No un tratamiento, pero si tuvo que llevar las recomendaciones, le dieron para el dolor por si le dolía o pastillas, si nada más fue eso, se le dieron dietas, le dijeron que tenía que comer, pero así un tratamiento no."</p>	<p>"Aquí en casa, pues que será, entre cremas, al mes como unos que, como unos 600, había comprado la crema, seguido había que estarle comprando las</p>		<p>"Pues que será, como en 6 meses para que ya no, en 6 meses ya se le acabo de hacer este las ámpulas, y eso porque eso era lo que se le reventaba ya hasta que ya no le salía."</p>

		cremas, pues las gasas, que luego de momento se le hacia la ámpula y hay que estarle haciendo la curación y así hasta que se le fue quitando.”		“Después de ahí como 3 meses cuatro ¿y regreso con un miedo? no pues ahora sí que normal.”
<b>Caso 6</b>	<p>No podía comer nada de puerco, entonces pues yo dije, entonces como le hago, y por lo regular casi comíamos pollo. Fueron 4 meses, ya cuando se le empezaron a cerrar los injertos entonces él ya puede comer igual. Entonces decía si hago doble comida es doble gasto, entonces mejor hago una sola comida este para los 3, y de hecho nada más fue en ese tiempo.</p>	<b>350-400</b>	<p>Se la poníamos cada 6 horas, las pomadas eran medianitas, nos duraban, menos de un mes. Fueron como 5 meses desde que salió, hasta que vino y le dijeron sabes qué pues pomadas ya no, pues ya vas mejor.</p>	
<b>Caso 7</b>	<p><b>Pomada</b> Pues si tardo para sanarle, como unos 3 meses, si tardo.</p> <p><b>Prendas de Comprensión</b> tenemos que comprar otras.</p> <p><b>Dieta</b> No, él comía normal, lo único que no podía comer era mucho picante.</p> <p><b>Higiene</b> No pues ese, si era baño diario, lavarle las heridas y todo. Pues si el cuarto, pues ese si todo bien, limpio. Pero pues como sus heridas fueron grandes pues sí, hasta la fecha sigue teniendo la cama sola ¿Y usted donde duerme?</p>	<p>LA verdad no me acuerdo Es que si no me acuerdo, cada que las compraba. Le salieron en 220. Pues esa tiene como 4 meses, pero si ya se rompieron, ya las tuve que mandar a coser a que le agarrar, y ya ahorita ya se volvieron a hacer más flojas.</p>	<p>Pues si estaban chiquitas comprábamos cada rato, como estaban chiquitas, pues era para todo, y se me acaban rápido.</p>	

	<p><i>Con mi hija. O sea como llevaba las heridas grandes con el calor, se sentía así, como muy incómodo, y medaba miedo, con cualquier cosa lo voy a lastimar. Entonces ya le digo, prefiero que te compongas.</i></p>	<p><i>Esas si no se, incluso le dijeron que hoy</i></p>		
--	---	---	--	--

## Redes de apoyo post hospitalario

No. de caso	Apoyo económico	Apoyo para hacer actividades	Percepción sobre el apoyo brindado de familiares
<b>Caso 1</b>		<p><i>Cuando mi esposo regreso a la casa era dependiente de mí, por el injerto de piel que le quitaron de su pierna, no podía ir al baño solo, aunque le echaba muchas ganas, bueno no era totalmente por que le decía te ayudo, y él me decía no yo puedo.</i></p> <p><i>Mi suegra le ayudo un montón.</i></p> <p><i>“A veces me ayudaba con las curaciones una tía que es enfermera”.</i></p>	<p><i>Siempre hubo apoyo de la familia de ambas partes.</i></p>
<b>Caso 2</b>	<p><i>“su familia”.</i> <i>Su jefe apoyo con 1500 a la semana por dos meses”</i></p> <p><i>“Lo siguieron apoyando de su trabajo”.</i></p> <p><i>“Apoyo duro como 2 meses porque después tuvo que regresar a trabajar porque ya no lo quisieron apoyar, el gerente había considerado que ya estaba bien para regresar a trabajar. Y este dijo que ya no le iba a poder dar el apoyo así que mejor regresara a trabajar, pero el todavía no se sentía completamente bien”. “así</i></p>		<p><i>“si estaban muy al pendiente de él, preocupados, de cómo iba, como estaba”</i></p>

	<i>como de pues ni modo tengo que y ya no le quedo de otra”.</i>		
<b>Caso 3</b>		Tía: <i>“todavía para bañarse, llevarlo al baño, tallarlo, secarlo”.</i>	
<b>Caso 4</b>	<i>“sí, que pidan medicamento, prendas, o lo que sea, él está apoyando a mi esposo, no, se puede decir que me da el patrón de él, si porque le damos, tanto fue lo que costo, lo compra él”.</i>	<p>Esposa: <i>“tenía que bañarlo y tenía que darle sus comidas a sus horas”</i></p> <p><i>“de hecho yo vendía ropa, chacharitas y ya cuando me dijeron del accidente deje de vender y ya no pude, porque teníamos que ir a citas, tenía que cuidarlo, hacerle aseo de sus manos, muchas cosas”</i></p> <p><i>“ya no puedo porque a veces tengo que acompañarlo a sus citas, ya no puedo, pues sí”.</i></p> <p><i>“le tengo que estar haciendo masajes en esta parte de aquí (muestra ceja) para que se le vayan quitando poco a poco, porque si me dijo que eso va tardar”</i></p> <p><i>“Cada vez que vamos al doctor le dice que le eche gana y le haga sus masajes en esta parte de aquí (señala ceja) para que no se le haga la cicatriz más gruesa y para que lo operen porque el doctor le dijo que si sigue estirándose el ojo hacia arriba lo puede operar, pero vamos bien”.</i></p> <p><i>“si, iba le daba de comer y ya, daban las dos las tres y ya me regresaba para acá para ver mi hija la grande y a mis hijos atenderlos y darles de comer o bañarlos, pero desde tempranito, me iba a las 6 de la mañana a dejar a mi hija a la prepa, regresaba a las 7:30, a las 8 tenía que hacer de almorzar para llevarle temprano”.</i></p> <p>Esposa: <i>“hubo un tiempo que yo lo llevaba, pero ya después ya no lo llevaba porque mi hija ya había entrado a la escuela, pero él me decía ya no vayas porque no te dejan entrar, o sea no me dejaban entrar adentro con él y yo lo esperaba en la sala de espera, ahí estaba con él”.</i></p>	<i>“mucho, si me ayudaron bastante”</i>
<b>Caso 5</b>	<i>Pues este, mi suegro nos apoyó,</i>	<i>“No yo, yo era la que se las hacía.”</i>	<i>No pues si la verdad nos apoyaron bastante</i>
<b>Caso 6</b>	<i>Su patrón, amigos, familiares cercanos a mí. Mi mama, papa, mi suegro, mi suegra.</i>	Tía	

	Cuando salió sus amigos del futbol se volvieron a reunir y este nos dieron una despensa.		
			<i>"Pues, un poquito difícil si, fue difícil, porque la mayoría del tiempo, que estuve en el hospital, pues casi fui yo la única, pues ellos si venían pero pues no, no como veía yo que luego venían así, gente que venía que, cada tercer día, o un día sí o un día no, no pues para mi si fue muy difícil.</i>
<b>Caso 7</b>	<i>"Pues un poquito, si pues ya uno de sus hijos pues ya me decía hora yo te las compro, si o sea."  "El mediano él tiene 25. " "Si pues a veces él y a veces el soltero" 21</i>	<i>"Este yo, los primeros días pues si me ayudaban a bañarlo, porque pues medaba miedo que se me callera, como estaba muy débil, entonces me ayudaban a bañarlo.</i>	

#### **Objetivo 4., Cambios en la dinámica familiar por quemadura de 2do y 3er grado por electricidad fuego y escaldadura.**

##### **Cambios en la dinámica familiar en los primeros 6 meses.**

<b>No. de caso</b>	<b>Roles</b>	<b>Resolución de problemas</b>	<b>de Comunicación</b>	<b>Respuestas afectivas</b>	<b>Día normal en su familia</b>
<b>Caso 1</b>	<i>Me volví la proveedora.  Le quitaron el injerto de la pierna y estuvo medio año en</i>	<i>No  No, realmente como que no hubo un cambio</i>		<i>No, siempre ha sido muy cariñoso, ahora los quiere más.</i>	<i>No, pero los domingos que a veces salíamos, si decíamos no pues aguántate.</i>

	<p>la casa porque le recomendaron que no podía salir al sol, se quedó en casa y yo tuve que salir a trabajar, me convertí en la proveedora.</p> <p>Se intercambiaron los papeles un ratito, él se quedaba a cuidar a los niños.</p>	<p>gracias a dios, si difícil pero no así tan.... ya que siempre estuvo la familia apoyando</p>		<p>"No, le doy gracias a dios que no perdió la mano, porque nos dijeron que si se le infectaba la podría perder".</p>	
<b>Caso 2</b>		No	<p>"si porque ellos están muy acostumbrados a estar con su papa y decían y mi papa porque no viene, queremos estar con mi papa ya si se sentían triste de cierta manera porque no estaba con ellos".</p>	<p>"si, como que este como que los buscaba más y estaba como más al pendiente de ellos (risa) o sea si los cuidaba pero ahorita está más de que que están haciendo y está más preocupado por ellos que antes".</p> <p>"triste de cierta manera porque no estaba con ellos".</p>	<p>"ir al mercado, comer, pasar la tarde igual que ahora viendo tele, películas, estudiando, leer, igual normal ya , primero pues no, ahorita ya ".</p>
<b>Caso 3</b>					
<b>Caso 4</b>		<p>"De repente está bien y ya como que se altera aja, y ya hablamos, se tranquiliza, o a veces estallo yo también y ya mejor me salgo o se sale, nos aguantamos (risa), ya sea que nos salimos o nos seguimos pero sí".</p> <p>"cuando yo lo llevaba a las terapias como mi mama también vende en el tianguis, yo lo iba acompañar y me dice- no quédate- por los niños</p>	<p>Con los niños "puede ser que sí, porque la niña, los niños son los que se arriman a la estufa- y no te arrimes a la estufa y no y no esto porque te vayas a caer y no esto, o sea porque vimos muchas cosas en el hospital, muchos bebes y dice - fijate que la niña no se acerque a la estufa, en eso nada más, mucha precaución se puede decir"</p>	<p>"pues de repente se siente así de malas, de repente de malas porque se ve en el espejo y dice que ya no va ser lo mismo, de repente porque tiene sus locuras (risa), pero me dijo el doctor que si iba a cambiar, que le tuviera mucha paciencia".</p> <p>"se desesperaba por mis hijos, por el calor, él quería despegar su mente pues".</p>	<p>"no le afecto mucho, ya se va a trabajar, regresa, yo creo como regresa cansado esta un ratito con sus hijos, lo normal, el sábado se va jugar, y le dijo y si puedes jugar? recuerda que el doctor te dijo que no, y me dice nada más juego medio tiempo, hasta eso también se cuida, como le dijeron que está muy tierna su piel, algún golpe le</p>

		<p>porque quién los va cuidar y le digo- como te voy a dejar solito si apenas se estaba recuperando, nooo y ya fue cuando se alteró, yo agarre y pues lo sentí mucho no y dije pa no estar peleando, discutiendo te dejare ir solo y yo con mis hijos”</p> <p>“A veces sí, en la tarde llegaba muy muy estresada, muy cansada, ya llegaba a las 6 de la tarde, ya llegaba muy cansada y ya no quería saber nada nada y me decían come, no ya estoy muy cansada, yo quería llegar descansar y dormir, pero ya gracias a dios cuando él se vino empecé a comer, ya empecé a garrar ahora si mi paso, pero ya. aaaii si era una cosa, pero pues ni modos (risa)”.</p>		<p>“a la vez se ponía triste y todavía por las heridas que tiene”</p>	<p>puede afectar, en si todavía no está muy bien el”.</p>
<b>Caso 5</b>	<p>Pues a veces lo que pasa es que vendo productos, si tenía que salir a mis ventas a veces en mi casa.</p> <p>Pues si como les digo en su momento pues si nos afectó el ver, hubo muchas este,</p>		<p>No pues realmente pues mis hijos no sabían, nada más le dijimos que esta malito y le dijimos que estaba en el hospital. Uno de ellos escucho y ya le dijimos que se había quemado y le dijimos que ahí va que nada más se quemó</p>	<p>No. Bueno en el hospital cuando él estaba allá, pues si le entraba la nostalgia se acordaba, y si le gano el sentimiento, pues lloraba, pues yo la verdad siempre me mostraba ante</p>	

	<p>pues descompensaciones en su momento cuando él estaba internado, se cambiaron las tareas, encargar a los niños , fue muy pesado la verdad, en su momento, de recuperación en el hospital, acá en la casa no pues ya estábamos más tranquilón, no porque ya estamos en casa, ya estábamos juntos, y pues poco a poco él se iba recuperando, también, pero si realmente no, pues él se volvió un poco más precavido, pues i ya toma sus precauciones, fue una imprudencia, pues si pues no se imagina, pero sí creo que es todo.</p>		<p>tantito, pero pues ellos que le echen ganas a la escuela y su papa igual.</p> <p>¿Hasta la fecha no saben lo que paso?</p> <p>No pues, no como paso, pero ya viéndole sus piernas pues si se espantaron, de ahí papa, siles impacto.</p> <p>Pues brazos piernas y manos.</p>	<p><i>el pues firme, no pues échale ganas porque de momento si se quería decaer, pues yo le decía, le hechas ganas o sales, o aquí te quedas, entonces este yo si varias veces le dije si no yo me voy, porque a mí me esperan mis hijos, y si tu no me quieres echar ganas, pues ya le hablo a tu hermana y ella que se quede y yo ya no vuelvo, porque yo si mis hijos me esperan y si no le quieres echar ganas , pues quédate aquí, como decía el doctor o sales o ahí mismo quedabas.</i></p>	
<p><b>Caso 6</b></p>	<p>¿Antes del accidente usted no vendía?</p> <p><i>Vendía cacahuates entonces dije no pa que, y pero ya en un momento de acá para acá, si y de hecho todavía, fue el bebé, quien me dijo mama quiero vender donas, entonces entre semana si nos vamos a vender donas.</i></p> <p>¿Entre semana venden donas y el domingo venden gelatinas y más cosas?</p> <p><i>sí,</i></p> <p>De hecho las prendas si se las pone, pero como le repito,</p>		<p>Si de hecho, yo pensaba y de hecho me dijeron sus tías va a poder cambiar, no va a ser lo mismo se va a desesperar, pero no, o sea no como que nos volvimos más unidos, porque pues ahora si él pensaba en lo peor. Y de hecho lo platicamos y me dice tú te hubieras vuelto ajuntar, y le digo no, pues ya estás aquí ya, y si nos hicimos más unidos.</p>	<p><i>Y de hecho el si usted le pregunta que le había pasado? en donde tenía sangre él todavía dice, y de hecho el después de que salió del hospital, ya cuando yo vi sus heridas más avanzadas, él se ponía un guante y l ahechaba pomada, y desde ahí dice mama yo quiero ser doctor. Entonces pues sí, de hecho yo le digo a él sabes que se le quedo bien gravado, le quedo bien grabado todo, pues igual alcanzo a ver</i></p>	

	<p>ahorita como ya no le están pagando pues dice, me voy a ir a trabajar de pintura puro de pintura. Y lo estoy apoyando vendiendo pues le pagan mil semanal. Ahora si tengo que hacer algo y yo le digo yo te voy a poyar, en una y otra forma te tengo que echar la mano.</p>			<p>cuando estaba en la ambulancia.</p> <p>Como que antes le daba miedo, como que si fue, un mes como mes y medio, entonces yo platique con el de por qué no se acercaba y pues me decía pues que lo iba a lastimar, y a la sangre le dice es que tiene mucha tití a ahí en su panza lo voy a lastimar.</p> <p>Antes era como que llegaba de trabajar y estoy cansado.</p>	
<b>Caso 7</b>	<p>Hago la comida, cuido a mi hija, cuido ama esposo, curaciones lo bañaba, si había a veces que me ayudaban a hacer las terapias, pero pues yo tengo que aguantar y si quiero verlo bien, que ya no ande ahí cojeando pues tengo que hacerle sus masajes.</p> <p>Hija, pues lo que es de ella, su ropa, su tarea su cuarto, a veces me ayuda en la cocina cuando no tiene mucha tarea, y luego le dejan mucha tarea, pues yo prefiero que haga la tarea, para que no me manden llamar. Haz tu tarea y entrega tus cosas.</p> <p>Bueno, yo nunca he trabajado, me dedico al hogar, cuidar a mis hijos.</p>	<p>no</p> <p>Porque ella en la primaria había ido baja de calificaciones. No, pero yo hable mucho como hija, yo pensé que sí. Hable mucho con ella, y le dije que le echara gana, y si gracias adiós.</p>		<p>Hija, pues ella que demuestre sus sentimientos, a si a si, no, a ella labeo, no de ahorita si no de más antes porque luego si hay problemas, pero no. ya platique con ella y me dice no mama a mí me duele pero me duele por dentro. Yo la veía que ella andaba así, y yo quería saber que sentía. Gracias a dios con ella no tuve problemas</p> <p>"Pues yo lo veo tranquilo"</p> <p>"Pues ahorita, ya lo veo más cariñoso, mas este, bueno con sus hijos o sea</p>	

	<p>Esposo: Nada, el no hace nada, solo esta acostado, se levanta y ahí anda, pero no. No, Pues quien lo cuidaba.</p>			<p><i>que les habla bien, y conmigo o sea como que se acerca más." como que comprende un poquito más las cosas, pues como él siempre había estado sano, pues siempre como que le daba, igual cualquier cosa, entonces ahorita lo veo como que ya nos valora, un poco más.</i></p> <p>No, o sea cambios así, no, porque yo los veía, como que si quieren mucho a su papa, entonces fue como más, como que se le arrimaron más, pues él lo sentí como que , como que ahora los quiere más que antes.</p> <p><i>"Pues si estaba difícil duro, a veces es como o sea un enojo, y a veces tristeza, más que nada pues porque uno nunca vive, yo nunca había vivido algo así.</i></p>	
--	--	--	--	---	--

## Cambios en la dinámica familiar después de los 6 meses

Numero de caso	Roles	Resolución de problemas	Comunicación Relaciones	Respuestas afectivas	Día normal en su familia
Caso 1					<i>No, pasaba mucho tiempo en familia, por ejemplo íbamos al parque, todo continuo igual, a veces se va con amigos a las ferias.</i>
Caso 2			<p><i>“si por eso a veces dice... Hay no ya no me quiero dormir porque siento que no los aprovecho nada, porque siento que nada más estoy dormido y no los veo y no está con ellos y más ahorita que la niña está en la escuela y el niño ya ahorita ya se va a la escuela, ya lo ve cuando ya se está yendo y ya hasta que regrese, él es el que lo ve menos despierto, dormido si lo ve pero despierto no”.</i></p> <p><i>“No porque si lo ve dormido, pero esta”</i></p>	<p><i>Al principio si como que desubicado, se deprimió, pero al salir a trabajar se recobró</i></p>	<p><i>“pues si porque a veces se pasa todo el día dormido (carcajada) pues si nos tenemos que esperar a que duerma ya a que descanse un rato para poder salir”.</i></p> <p><i>Entra a las 10 pero de aquí se va a las 9. Llega desayuna a veces almuerza y como algo y más y ya se duerme hasta la 1 o 2 de la tarde se despierta como a las 1 o 2 se despierta come y se duerme otra vez como a las 5:30 o 6 de la tarde y ya se para como a las 8 o 8:30 y se va a las 9, solamente hoy es su día de descanso los jueves, pero sábado y domingo también”.</i></p>
Caso 3					
Caso 4				<p><i>“los doctores estuvieron sorprendidos porque se recuperó rápido, le echo muchas ganas”</i></p>	
Caso 5					

Caso 6		<p>Al principio nos peleábamos arto,</p> <p>Y en el momento de que él se accidento pues dije no pues como. Y ya cuando salió ya le puse más atención.</p> <p>Ya casi no peleamos, ya estamos como mas unidos.</p>	<p>Si pues como le digo, antes llegaba dormir, pues ahora pues nos dice vamos por unas papas vamos a ver la tele luego con sus abuelitos vénganse vamos a pasera, como que él está unido a todos.</p>	<p>Y ahora luego que él trabaja, y llega y se pone a jugar con él, igual se volvió más unido con él.</p> <p>No, pues igual fue más unida la familia.</p>	
--------	--	---	---	--	--

Numero de caso	Cambios en la vivienda	Sentires respecto al proceso de recuperación	Cambios en la economía personal y familiar	Cambios en la actividades del esposo
Caso 1			No ha influido.	<p><i>"Tardo como medio año pero ahora ya es totalmente diferente, salir a trabajar le ayudo.</i></p> <p><i>A veces del dolor pues no dormía, pero en si él le hecho muchas ganas. Si tiene amigos, pero no es que se salga a cotorrear aquí a la pulquería jajaja".</i></p>
Caso 2	<p><b>*Higiene en casa.</b></p> <p><i>"Cambiar totalmente no".</i></p>		<p><i>"pues si porque tuvimos que ajustarnos a determinada cantidad para esto y para aquello por eso que luego recortaban los apoyos no contábamos con ms dinero para hacer otras cosas".</i></p>	<p><i>"No. Antes sí porque no podía caminar bien y no quería salir, se quería quedar, este a veces este a veces salimos mucho al parque con los niños y él no quería ir y mejor se quería quedar aquí"</i></p> <p><i>"se queda descansando, acostado, dormido, viendo películas".</i></p>
Caso 3				

<p><b>Caso 4</b></p>			<p><i>“sí porque de hecho yo vendía ropa, chacharitas y ya cuando me dijeron del accidente deje de vender (...)</i>  <i>“pues mira lo poquito que yo ganaba no era mucho verdad, no era mucho, me traía 100 así tan mal que me iba (solloza)me traía 30 50 pesos, para mi mi mejor venta era 150, ese dinero lo ocupábamos para la escuela de mi hija, que le pedían cosas del internet, para los pasajes de mi hija porque lo que el gana no nos alcanza para la renta, para el agua, para la luz, para cualquier cosita, para el doctor y pues no era mucho lo que me alcanzaba verdad</i></p> <p><i>¿Limitar su hija?</i>  <i>Sí, si porque le dábamos tanto para el pasaje y guarda tanto hija para tu internet, porque ya no trabajo hija, lo poco que yo ganaba te lo daba y ahorita pues no, no se puede.</i></p>	<p><i>“él pues,aahh, pues ahorita lo toma igual se iba a jugar y con sus hijos”</i>  <i>“su único deporte es el juego, que tomaba también, ya ahorita ya no (risa) bueno por lo menos dejo eso (risa), si se echa una o dos pero hasta ahí, antes si mas, era de cada 8 días (risa) por eso ya ahorita ya no, el mismo recapacito y vio y dijo que <b>le va echar ganas por sus hijos</b>”.</i></p>
<p><b>Caso 5</b></p>	<p><i>“Pues a si tuvimos que quitar lavar, desinfectar por lo mismo de su piel”.</i></p>		<p><i>“Pues sí, porque ahora sí que de momento la verdad ese dinero conseguir la verdad si se nos hizo un poco, pues si lo fuimos pagando.”</i></p>	<p><i>“Pues no yo lo veo igual, ahora sí que al principio que, pues al principio si salió del hospital tranquilo, no pero ahorita que ya está bien, ya agarro su paso.”</i></p> <p><i>“Pues tras el accidente pues si, como estaba mal, si dejo de hacer varias cosas.”</i></p> <p><i>“Pues ahora si como era de sus manos y de sus piernas pues si dejo de hacer que este, luego se ponía a jugar con los niños sus actividades en casa pero este, pues si como estaba recién salido pues no tenía ni</i></p>

				la fuerza, lo tenía que ayudar a parar, lo llevaba al baño? aja sí. “
<b>Caso 6</b>	<p>Pues de hecho su pobre casa es de concreto, y mi suegra tiene loseta, y pues entonces me dice sabes que mejor pasamos la cama para acá arriba yo siento que es más limpio un piso lisito, y le digo bueno eso sí a la hora de barrer pues sí, poco o mucho se levanta el polvo, y pues ya en su casa nada más le trapeamos, y ya.</p> <p><b>¿Por cuánto tiempo estuvo viviendo separado?</b></p> <p>Como 4 meses 5, o sea en el tiempo que fue evolucionando, de hecho la casa está en un terreno junto, él está en una parte y nosotros atrás de ella, entonces pues sabes que para que no estén solitos allá, este aquí hay una cama, entonces lo que nos separaba era la pared, o sea él dormía en un cuarto y yo en otro.</p>			<p>“aaa, estar con sus gallos, le encantan los gallos, si de hecho fue algo chistoso, antes de que le pasara el accidente se le murió un gallo, cuando estuvo en el hospital se le murió otro, y ya cuando lo teníamos en casa se le murieron dos, entonces su abuelita tiene la creencia que el animal da la vida por, alguien, pues haz de cuenta, entonces pues yo si lo creo porque eran gallinas y gallos y estaban pues juntos, y yo dijo es que no puede ser una gripa o un animal se hubieran muerto los dos y puros gallos se murieron, entonces si pues antes si les gustaba estar, con sus gallos, o por ejemplo, con el bebé luego jugaba con él, a este futbol, o luego nos salíamos a distraer un rato”.</p> <p>“Pues de hecho yo me apuraba a todo el que hacer, y luego me decía pues venganza y acuéstense vamos a ver una película tráiganse unos chicharrones entonces pues si se la pasaba en cama y lo que hacíamos era pues ver pura tele”.</p>

				<p><i>“Vuelve con sus gallos, le vuelve hacer caso a sus gallos y los domingos pues este nos distraemos, en el campo, de hecho él hubo un tiempo que me dijo es que quiero volver a jugar, y pues yo dije como te vas a caer te vas a lastimar, como no sé, y me dice dame chance, y de hecho hasta el momento procura, mucho su entrenador lo procuro mucho, de hecho lo mete 5 minutos, y ya va para afuera, entonces pues si luego nos vamos ahí al campo nos ponemos a jugar, como igual a mi bebé le gustan los gallos, pues entonces esta con ellos”.</i></p>
				<p><i>“No pues casi, no descansaba, y cuando descansaba pues ahí estaba en la casa, no hace ejercicio, o luego por ahí, salía a platicar con amigos.”</i></p> <p><i>“Pues si, por que no puede salir, tardo para salir y ya ahorita por el calor no sale.”</i></p>
<b>Caso 7</b>		<p><i>“Este, pues si, ya los últimos días ya aquí como que si me sentía mal, por la presión, no comer bien y todo eso, ya cuando salió el del hospital me enferme, de una gripa que, como la que nunca me había dado, me enferme como 8 días, aunque fui al doctor y todo, si me dio bien duro, casi por lo regular no me enfermo y</i></p>		

		estables sí, me dijeron que era mucha frialdad, me dolía mucho la espalda, o sea ya fue lo mío los pies la espalda, o sea yo me sentía mal. Porque ya los 15 días que él estuvo boca abajo, pues si me tuve que quedar”.		
--	--	--	--	--

**Objetivo 3- Describir las Secuelas (físicas, estéticas y sociales) que dejó la quemadura de 2º y 3er. grado por electricidad, fuego y escaldadura**

No. de caso	Físicas	Estéticas	Emocionales	Sociales
<b>Caso 1</b>		En la última cita le dijeron que había quedado muy bien, lo único fue lo estético, y le mandaron unos guantes pero ya no fuimos porque nunca encontramos a la costurera.		
<b>Caso 2</b>	”si en esos 2 meses s ya se podía mover, de hecho todavía le dan unas molestias donde tiene más grandes donde fue más profunda su quemadura ahí dice que de repente siente le dan calambres cuando hace mucho esfuerzo con el brazo y como es el derecho es el que más ocupa. En la pierna no, solo tiene mucha comezón yo creo que aún no termina de regenerarse bien”.			“al principio creo que sí porque como le digo su brazo no lo podía estirar completamente y el andaba con su brazo así y siempre así y como que le daba pena al salir a la calle porque traía su brazo encogido por qué no lo podía estirar y a veces no quería salir, con nosotros todo normal”.
<b>Caso 3</b>				
<b>Caso 4</b>			“se ponía triste y todavía por las heridas	“no, el sigue como si no hubiera pasado nada, pero de repente como que se pone triste, es

			<p>que tiene, por lo físico, de que él dice que seamos realista que ya no va quedar bien”</p> <p>“al principio le afecto, al principio, pero ahorita pues <b>le ayuda mucho su trabajo</b>”.</p>	<p>muy raro la vez al principio si pero ya después como ahorita ya se va a trabajar es como dice- me voy a distraer un rato a trabajar-. es lo que dijo las terapias que le va servir mucho”</p>
<b>Caso 5</b>	<p>No pues no me dice nada, no él dice que no le importa como allá quedado, da gracias a dios pues que está vivo, y no se compara pues con otras personas que les agarro la cara, pues fueron piernas, brazos, espalda, no ni se trauma pues como allá quedado ,no.</p> <p>Pues igual si se mueve y todo, pero a si fuerza fuerza, todavía no tiene el, a si bien como la de antes no, si tiene fuerza pero poco a poco.</p>		<p>Pues si si, para lo que le paso, si como que yo creo que se acordaba o hasta, si, como sacado de onda, como que sí.</p> <p>No ahorita ya lo veo bien, ya anda de aquí para allá quiere decir que ya está bien, le digo que tiene las mangas pues si tiene las mangas y sus guantes, lo que le está ayudando a cicatrizar le está dejando la piel lícita.</p>	
<b>Caso 6</b>	<p>El brazo, las piernas, luego nos poníamos a caminar ahí, pero haga de cuenta que cuando se paraba pues le sangraba el estómago en una parte, y me decía es que tengo miedo de pararme, y haga de cuenta que cuando le andaba del baño pues le decía pues ni modo,</p>		<p>Pues al principio decía es que yo no quiero que me vean así, y pues yo si les dije, bueno a la demás gente que le importa, y yo si le dije, mira y yo si le dije, mira mientras te quiera yo así, pues con eso, a la demás gente que, y de</p>	

	<p><i>ahora si pues párate, entonces lo que le costaba, mas era el brazo, ¿Lo tenían siempre en una posición específica? si Como 2 3 meses sin mover el brazo, y para moverlo bien pues si fue bastante tiempo, cuando le hacían allá en rehabilitación pues luego, le sangraba, entonces pues si fue bastante.</i></p>		<p><i>hecho si en un momento me dijo es que yo no quiero salir así, entonces pues si le afecto.</i></p> <p><i>Si de hecho cuando él ya se empezaba aparar y cuando salía, pues ya tenía que poner en una playera de manga larga, yo le dije no este pues como y de hecho yo le dije, este que se le van aquedar de por vida, y que pues mientras yo lo quiera así, y si de hecho pues ya se pone playeras cortas.</i></p>	
<b>Caso 7</b>	<p><i>"Camina bien, o sea si le molesta, luego dice que le hormiguea, y al principio, pues si no podía caminar bien, pero ya con los ejercicios, ya., No mucho porque, o sea le dolía pero el caminaba ya despacito, caminaba así despacito todo doblado, o sea si daba pasitos para llegar, al baño y. Pues casi fue luego, o sea desde aquí, aquí lo llevaba al baño, en una sillita de carretilla, sentado en la silla ahí lo llevaba, porque sentía que se caía, y allá pues ya lo pude subir, despasititio. Ó sea que</i></p>	<p><i>Todo lo que es el brazo, todo el abdomen, la espalda, porque le tuvieron que quitar de acá para injertarle, aquí una parte de quemadura y lo de arriba es lo que le quitaron para el injerto, tienes marcas acá de lo que le quitaron, y todas las piernas, las dos piernas.</i></p>	<p><i>Pues el ya no es como era antes, el salía a veces lo veía yo, él es bien alegre, pero pues si sentí que le bajo su autoestima, de repente lo veo muy pensativo, y así. Si veo que le afecto un poco.</i></p> <p><i>No mucho porque luego si está ahí, platicando por teléfono con sus amigos, pero pues quien sabe el, o sea de repente lo veo como triste, con el autoestima.</i></p>	<p><i>Pues, bueno, como le siguen hablando, el sigue platicando, nada más que pues ya no, convive con ellos, ahora pues ya nada más por teléfono,</i></p>

	<p><i>no tardo mucho, el caminaba despacito, pero caminaba.</i></p>		<p><i>Pues al principio, yo lo veía que se quedaba así viendo mucho, como que le daba, tristeza, pero ahorita como que ya va, yo me imagino que el sentía que iba aquedar muy mal, pero ya lo veo, y me dice ya va quedando verdad, y ya le digo si ya se ve. No sé cómo que ya va el asimilando las cosas.</i></p> <p><i>"Pues les preguntamos, como en cuanto tiempo se le quitaba lo rojo, a si de la carne normal, si se quita, pues yo he visto niños que están así quemados, y o sea si quito, ¿Le preguntamos en cuanto se le iba a quitar? y el doctor nos dijo que como en tres años. Y si hay partes que ya se le va viendo el color de la piel.</i></p> <p><i>¿Cuánto tiempo le recomendaron que no saliera a la calle? 6 meses, dijo el doctor, que unos 6 meses. Le digo ahorita casi no sale, porque le molesta. Se abochorna, quiere quitarse la ropa.</i></p>
--	---	--	---

<b>NO. De caso</b>	<b>Rehabilitación</b>	<b>Cuanto tiempo</b>	<b>Costo</b>
<b>Caso 5</b>	<p><i>“Si, si estaba yendo constante, cada mes o cada 15 días, para que lo checaran.”</i></p> <p><i>“Pues, le tenía me imagino que su control de peso, este pus le revisaban el doctor como iban sus brazos.”</i></p>	<p><i>“Pues que será, igual como en 6 meses, estuvo yendo, conforme lo iban viendo le iban alargando más, si lo veían bien, ya eran más largas las citas.”</i></p>	<p><i>“Eran al mes dos veces o una, lo de los pasajes como 200 o 300 pesos, a veces en taxi o a veces en micro.”</i></p>
<b>Caso 6</b>	<p><i>Los citaban cada dos o tres días por semana, igual a curación</i></p>	<p><i>Fue como 3 o 4 meses de ahí en lo que se recuperaba el de su piel. Entonces si le venían haciendo curaciones de los injertos más que nada.</i></p>	<p><i>“Pues de hecho tomábamos un taxi desde allá, arriba y nos venían cobrando 100 - 150, y de hecho pues si nos ayudó, porque no es esperaba todavía y nos regresaba.”</i></p>
<b>Caso 7</b>	<p><i>“Si la doctora, Tolentino, es terapeuta, bueno cuando nos cita, pues si le hace ejercicios, y me dice como se los haga en la casa”</i></p>	<p><i>“No mucho, al principio nos citaron a los 20 días, después al mes, el siguiente fue al siguiente mes y así. Ahorita ya nos citaron a los 3 meses, como ella me enseña, como hacérselos yo ya se lo hago en casa.”</i></p>	

### Fuentes de consulta

- 1er curso de soporte nutricional en paciente quemado. (2017). Ciudad de México.
- Barrera, D. (2014). *Lesiones por quemaduras en el trabajo*. Recuperado el 8 de Agosto de 2016, de The Barrera Law Firm: <http://www.virginia-abogados-de-accidentes.com/Blog/2014/Junio/Lesiones-por-quemaduras-en-el-trabajo.aspx>
- Calvo, L. (2009). *Familia, resiliencia, y red social, un abordaje experiencial en el Trabajo Social con familias*. Argentina: Espacio.
- Castellan, Y. (1982). *La familia*. México : Fondo de cultura económica .
- CIF. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. Versión abreviada*. Recuperado el 12 de Agosto de 2016, de OMS: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43360/1/9241545445\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43360/1/9241545445_spa.pdf)
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud. (2016). *Secretaría de Salud*. Recuperado el 17 de Agosto de 2017, de <http://seguropopular.col.gob.mx/segpop/pdf/intervencionesGastosCatastroficospdf>
- Contralinea. (2011). Recuperado el 30 de Noviembre de 2016, de <http://www.contralinea.com.mx/archivo-revista/index.php/2011/09/27/atencion-a-quemados-omision-y-negligencia/>
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2008). Obtenido de Comisión Nacional de los Derechos Humanos: [http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/Discapacidad/Convencion\\_DPD.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/Discapacidad/Convencion_DPD.pdf)
- Curso soporte multidisciplinario en el paciente quemado. (2017). Ciudad de México.
- Diario Oficial de la Federación. (2013). Recuperado el 14 de Agosto de 2017, de [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5300256&fecha=27/05/2013](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5300256&fecha=27/05/2013)
- Díaz, C. & Pérez, M. (2007). *Trabajo social Familiar*. España : Vicerrectorado de ordenación académica y espacio europeo de educación superior, Universidad de las Palmas de Gran Canaria .

- García, C., & Sarabia, A. (2001). *Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad*. Recuperado el 12 de Agosto de 2016, de Servicio de informacion sobre discapacidad: [http://sid.usal.es/idocs/F8/ART6594/clasificacion\\_oms.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/ART6594/clasificacion_oms.pdf)
- Espejel, E. (2008). *Manual para la escala de funcionamiento familiar*. México: Instituto de la Familia A.C.
- Estrada , L. (2006). *El ciclo vital de la familia*. De Bolsillo.
- Fernández , M. Á. (2004). *El impacto de la enfermedad en la familia*. Revista de la Facultad de Medicina, 47(6), 251-254. Recuperado el 05 de 08 de 2016, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un046f.pdf>
- Gaceta Facultad de Medicina. (2001). *Curso de quemaduras en niños y adultos*. Facultad de Medicina UNAM. Recuperado el 14 de enero de 2017, de [http://www.facmed.unam.mx/\\_gaceta/gaceta/jun252k1/quemaduras.html](http://www.facmed.unam.mx/_gaceta/gaceta/jun252k1/quemaduras.html)
- Gallego Henao, A. M. (s.f.). *Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características*. Obtenido de Redalyc sistema de informacion científica: <http://www.redalyc.org/html/1942/194224362017/index.html>
- Goffman, E. (2006). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Ares: Amorrortu.
- Hanumadas, M., & Ramakrishnan, K. (2004). *Arte y ciencia del cuidado de heridas por quemaduras*. Venezuela: Amolca.
- Henderson, E. (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy. Como superar las adversidades*. Barcelona: Gedisa.
- Hernández, M., Sampelay , Crespo, M., Pérez, S., & Tomó, R. (2005). *¿Familia o Familias? Estructura familiar en la sociedad*. Madrid , Madrid : Sekotia.
- Hernández , R. (2010). *Metodología de la investigación 5ta. Edición*. México : MCGraw-hill.
- Hospital los Angeles. (s.f.). *Artículo Quemaduras*. Recuperado el 8 de Agosto de 2016, de Hopital los Angeles: <http://www.hospitalesangeles.com/saludyvida/articulo.php?id=511>
- Hospital William Randolph Hearst Burn Center. (s.f.). *Patient and family guide*. Recuperado el 8 de Agosto de 2016, de New York Presvyterian: [http://www.nyp.org/pdf/burn\\_center/burn-center-patient-family-guide.pdf](http://www.nyp.org/pdf/burn_center/burn-center-patient-family-guide.pdf)

- Ibarra , A. J., & Gil , M. D. (2006). *Valoracion y cuidados de las quemaduras*. Recuperado el 8 de Agosto de 2016, de Tratado de Enfermería en Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion10/capitulo152/capitulo152.htm>
- INEGI. (2010). Recuperado el 15 de Mayo de 2017, de <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/juventud0>
- INEGI. (2014). *La informalidad laboral. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo*. Recuperado el 6 de Agosto de 2016, de [http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/metodologias/ENOE/ENOE2014/informal\\_laboral/702825060459.pdf](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/metodologias/ENOE/ENOE2014/informal_laboral/702825060459.pdf)
- INEGI. (2015). *Encuesta intercensal*. Recuperado el 18 de Julio de 2016, de <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/habitantes.aspx?tema=P>
- INEGI. (s.f.). *Clasificación de Tipo de Discapacidad*. Recuperado el 12 de Agosto de 2016, de INEGI: [http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/aspectosmetodologicos/clasificadoresycatalogos/doc/clasificacion\\_de\\_tipo\\_de\\_discapacidad.pdf](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/aspectosmetodologicos/clasificadoresycatalogos/doc/clasificacion_de_tipo_de_discapacidad.pdf)
- INEGI. (s.f.). *Discapacidad en México*. Recuperado el 10 de 04 de 2016, de INEGI: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/discapacidad.aspx?tema=P>
- INEGI. (s.f.). *Glosario*. México. Recuperado el 22 de Diciembre de 2016 , de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/glosario/default.aspx?t=mvio77&e=00&i=>
- INEGI, (2017). *Ocupación y empleo*. Recuperado el 29 de Mayo de 2017, de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=25433&t=1>
- INR. (2011). *Inauguración Centro Nacional de Investigación y Atención de Quemados (CENIAQ)*. Recuperado el 20 de Abril de 2016, de <http://www.inr.gob.mx/ceniaq.html>
- INR. (2012). Recuperado el 26 de Noveiembre de 2016, de <http://www.inr.gob.mx/ceniaq03>

- INR. (2013). Recuperado el 27 de Abril de 2016, de <http://www.inr.gob.mx/>
- INR. (2015). Recuperado el enero de 9 de 2017, de <http://iso9001.inr.gob.mx/Descargas/iso/doc/MG-SQ-25.pdf>
- INR. (2016). *Manual de guías clínicas de secuelas por quemadura*. Recuperado el 13 de Agosto de 2017, de <http://iso9001.inr.gob.mx/Descargas/iso/doc/MOP-DM-01.pdf>
- ISSSTE. (2014). *Epidemiología de las quemaduras en México*. México.
- Johnson, C. L. (1983). *Tratamiento de las quemaduras*. México: El manual moderno.
- Kirschbaum, S. M. (1968). *Tratamiento integral de las quemaduras*. Barcelona.
- La Jornada. (2011). *La Jornada*. Recuperado el 30 de Noviembre de 2016, de <http://www.jornada.unam.mx/2011/01/15/sociedad/034n1soc>
- Leñero, L. (1983). *El fenómeno familiar en México su estudio sociológico*. México D.F.: Asociación Mexicana de Estudios Sociales.
- Ley Federal del Trabajo*. (2015). Recuperado el 8 de Agosto de 2016, de Cámara de diputados, H.Congreso de la Unión: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125\\_120615.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125_120615.pdf)
- Ley General de Inclusión para las Personas con Discapacidad*. (2015). Recuperado el 13 de 08 de 2016, de Comisión Nacional de los Derechos Humanos: [http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/Discapacidad/Ley\\_GIPD.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/Discapacidad/Ley_GIPD.pdf)
- Lorenzo, F. (2007). *TCAE en la unidad de quemados*. España: Vértice.
- Lorenzo, F. (2008). *Cuidados enfermeros en la unidad de quemados* (2 ed.). Vértice.
- Martínez, P. C. (2006). *El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de investigación científica*. Colombia. Recuperado el 21 de Agosto de 2017, de <http://www.redalyc.org/pdf/646/64602005.pdf>
- Martínez, F., & Alvarado. (1998). *La familia célula fundamental de la sociedad*. (C. e. Yucatán, Ed.) Yucatán.
- Mendiola, A. (2014). *Seguridad industrial. Manual del participante*. (SENATI, Ed.) Recuperado el 8 de Agosto de 2016, de Senati virtual: [http://virtual.senati.edu.pe/pub/cursos/shig/manual\\_curso\\_regular\\_u01\\_shig.pdf](http://virtual.senati.edu.pe/pub/cursos/shig/manual_curso_regular_u01_shig.pdf)
- Mir y Mir, I. (1969). *Quemaduras y sus secuelas*. Barcelona, España: Científico-médica.
- Montes de Oca, V. (2003). *Redes de apoyo social de personas mayores*. México: CELADE-División de la población de la CEPAL.

- Muñoz , R., & Oyarzún , E. (2015). *Dinamica familiar y teorías*. Documents.Mx. Recuperado el 08 de 08 de 2016, de <http://documents.mx/documents/dinamica-familiar-teorias.html>
- Musito, G., Estévez, E., & Jiménez Gutiérrez , T. (2010). *Funcionamiento Familiar, convivencia y ajuste en hijos adolescentes* . Madrid : Cinca .
- Norma Oficial Mexicana NOM-173-SSA1-1998, para la atención integral a personas con discapacidad*. (1999). Recuperado el 12 de Agosto de 2016, de Comisión Nacional de los Derechos Humanos: [http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/Discapacidad/NOM\\_173\\_SSA1\\_1998.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/Discapacidad/NOM_173_SSA1_1998.pdf)
- Noticiero Diez en punto. (20 de Diciembre de 2016). *Explosión Mercado de Pirotecnia Tultepec*. Recuperado el 20 de Diciembre de 2016
- OMS. (2011). *Resumen. Informe Mundial sobre la Discapacidad*. Recuperado el 12 de Agosto de 2016, de OMS: [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf)
- OMS. (2014). *Nota descriptiva N° 365*. Recuperado el 17 de Julio de 2016, de Organización Mundial de la Salud: [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/es/)
- OMS. (2015). *Nota descriptiva N°352 Discapacidad y salud*. Recuperado el 12 de 08 de 2016, de OMS: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>
- OMS. (2016). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 22 de Diciembre de 2016, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/es/>
- OMS. (2016). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 16 de Diciembre de 2016, de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- ONU. (1993). *Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*. Recuperado el 13 de agosto de 2016, de Organización de las Naciones Unidas enable: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=498>
- Pacheco , A. (2001). *Manual de emergencia médica prehospitalaria*. España: Arán.
- Pillcorema , B. (2013). *Tipos de familia estructural y la relación con sus límites*. Cuenca, Ecuador. Recuperado el 11 de 08 de 2016, de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4302/1/Tesis.pdf>

Piriz, R. (s.f.). *Quemaduras*. Recuperado el 8 de Agosto de 2016, de El médico interactivo:

<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/manejo%20quemaduras%20conceptos%20claificacion.pdf>

*Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014-2018*. (2014). Obtenido de Gob.mx:

[http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/23604/Programa\\_Nacional\\_Desarrollo\\_Inclusi\\_n\\_PD\\_2014-2018.pdf](http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/23604/Programa_Nacional_Desarrollo_Inclusi_n_PD_2014-2018.pdf)

*Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personass con Discapacidad 2014-2018*. (2014). Obtenido de Gob.mx:

[http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/23604/Programa\\_Nacional\\_Desarrollo\\_Inclusi\\_n\\_PD\\_2014-2018.pdf](http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/23604/Programa_Nacional_Desarrollo_Inclusi_n_PD_2014-2018.pdf)

Ramos del Rio, B. (2008). *Emergencia del cuidado informal como sistema de salud*. México: Porrua.

Secretaria de Salud. (2002). Recuperado el 17 de Agosto de 2017, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/proteccion.pdf>

Secretaria de Salud. (2012). *Sistema social en salud. Informe de resultados 2012*. Cámara de Diputados LXIII. Recuperado el 17 de Agosto de 2017, de <http://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/62/2013/feb/InfSPSS-20130201.pdf>

Secretaría de Salud. (2012). *Secretaría de Salud*. Recuperado el 26 de Enero de 2017, de [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/090\\_GPC\\_\\_Quemadurasped/SSA\\_090\\_08\\_GRR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/090_GPC__Quemadurasped/SSA_090_08_GRR.pdf)

Secretaria de Salud. (2015). Anuario de Morbilidad 1984-2015, Casos Nuevos de quemaduras (T20-T32). México. Recuperado el 15 de Julio de 2016, de [http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/casos\\_grupo.html](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/casos_grupo.html)

Secretaria de Salud. (2015). *Anuario de morbilidad 984-2015, casos nuevos de quemaduras (T20-T32)*. Recuperado el 15 de Julio de 2016, de Secretaria de Salud: [http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/casos\\_grupo.html](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/casos_grupo.html)

- Seminario Internacional, *Medición de grupos sociales vulnerables*. (2011). Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Recuperado el 7 de junio de 2017, de [http://www.inegi.org.mx/eventos/2011/Grupos\\_Vulnerables/presentacion.aspx](http://www.inegi.org.mx/eventos/2011/Grupos_Vulnerables/presentacion.aspx)
- Simposio: Quemaduras, un reto de salud. (2012). *Academia Nacional de Medicina de México*. Recuperado el 26 de Enero de 2017, de <https://www.youtube.com/watch?v=lbcVpYV2vCY>
- Skinner, H. B., & Mcnahon, P. J. (2004). *Diagnostico y tratamiento en ortopedia*. Interamericana Mc Graw Hill.
- Stake , R . E. (2010). *Investigación con estudios de caso*. Madrid: Morata.
- Tortosa , J. M., & Crespo, S. (2011). *Conceptos básicos de patología forense*. E.U.A.: Palibrio.
- (05 de Diciembre de 2016). *Tratamiento y atención del paciente quemado*. Canal 11. Ciudad de México.
- UNESCO. (2003-2012). Recuperado el 7 de junio de 2017, de <http://www.un.org/es/events/observances/alfabetizacion/youthandeducation.html>
- Universal, E. (2010). Recuperado el Mayo de 18 de 2017, de <http://archivo.eluniversal.com.mx/nacion/177428.html>
- Vallejo, G. (2005). *cimacnoticias*. Obtenido de <http://www.cimacnoticias.com.mx/?q=noticia/discriminaci-n-presente-en-nuestra-sociedad>
- Van , J. P. (2006). *Teoria general de sistemas*. México : Trillas .
- Vargas , M. P. (2012). Proceso Metodológico Para la Intervención Individualizada en Trabajo Social Psiquiátrico. *Curso-Taller*, 21-22. Ciudad de México. Recuperado el 08 de 08 de 2016
- Velasco, M. L., & Luna, M. (2006). *Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja* . México : Páz México.
- Vergara , C. E., & Viveros Chavarría, E. F. (2014). *Familia y dinámica familiar*. Medellín. Recuperado el 10 de Agosto de 2017, de <http://www.funlam.edu.co/uploads/fondoeditorial/preliminar/2014/Familia-dinamica-familiar.pdf>

Walsh , F. (2004). *Resiliencia familiar: estrategias para su fortalecimiento*. Buenos Aires : Amorrortu .

Xavier, F., Baena, P., Fernández, J., Gabilondo, J., Gómez, P., Palao, R., & Valero, J. (2000). *Quemaduras. 100 preguntas mas frecuentes*. España: EDIMSA.

### **Tesis Consultadas**

Alvarado, M., & Sánchez , S. C. (1994). *Diferencias en la dinamica familiar en un grupo con quemaduras y otro grupo sin quemaduras*. Licenciatura Psicología. México. UNAM. Recuperado el 20 de Octubre de 2016, de <http://132.248.9.195/pmig2016/0202083/Index.html>

Barahona, M. (2006). *Factores de riesgo fisicos y sociales presentes en la ocurrencia de quemaduras en niños y niñas menores de 6 años*. Licenciatura de Trabajo Social. San José. Universidad de Costa Rica. Recuperado el 04 de Noviembre de 2016, de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfglic/tfg-l-2006-03.pdf>

Elvear, E . (2013). *Consecuencias en la dinámica familiar de niños y niñas quemadas*. Licenciatura Psicología. Chile. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Recuperado el 24 de Octubre de 2016, de <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/1103/tpsico%20528.pdf?sequence=1>

García, M. N. (2011). *Factores que influyen en la reintegración a las actividades productivas previas de pacientes víctimas de quemaduras graves internados en el Hospital Rubén Leñero*. Especialidad Medicina. México. UNAM. Recuperado el 24 de Octubre de 2016, de <http://132.248.9.195/ptb2011/mayo/0668918/Index.html>

Guerra, M . J. (2018). *Calidad de vida en el paciente pediátrico atendido por quemaduras en el CENIAQ,INR*. Especialidad Medicina. México. UNAM. Recuperado el 24 de Octubre de 2016, de <http://132.248.9.195/ptd2017/julio/514711807/Index.html>

- Vargas, S. M. (2008). *Intervención social para fortalecer la autoestima del paciente de la Unidad de Quemados*. Licenciatura de Trabajo Social. Bogotá. Corporación Universitaria Minuto de Dios. Recuperado el 11 de Octubre de 2016, de [http://repository.uniminuto.edu:8080/xmlui/bitstream/handle/10656/186/TTS\\_VargasCuervoSandra\\_2006.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repository.uniminuto.edu:8080/xmlui/bitstream/handle/10656/186/TTS_VargasCuervoSandra_2006.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Velasquez, M. (2006). *Intervención del trabajador social en el proceso de rehabilitación de pacientes con discapacidad en el sector salud de Pachuca de Soto Hidalgo*. Licenciatura Trabajo Social. Pachuca. Universidad Autónoma del estado de Hidalgo. Recuperado el 25 Octubre de 2016, de <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/bitstream/handle/231104/430/Intervencion%20del%20trabajador%20social%20sector%20salud.pdf;jsessionid=69CBA53C63E74DBB6B47705E054F8DBC?sequence=1>
- Velásquez, M. E. (2013). *Análisis de la influencia de los accidentes por quemaduras y mutilaciones en el autoestima de los niños y las niñas de sexto año de educación básica de la red educativa pacto, parroquia pacto, provincia de pichincha en el período educativo 2011 – 2012*. Licenciatura Ciencias de la Educación. Quito. Universidad Tecnológica Equinoccial. Recuperado el 15 de Noviembre de 2016, de [http://repositorio.ute.edu.ec/bitstream/123456789/3130/1/52924\\_1.pdf](http://repositorio.ute.edu.ec/bitstream/123456789/3130/1/52924_1.pdf)