

## Quemaduras: experiencias de vida



Ana Karina Rojas Cebrero\*

Irma Romero Pérez\*\*

### Resumen

Debido a las secuelas que dejan, las quemaduras son lesiones que trascienden en la vida de quienes las sufren, por el impacto en su salud, identidad y relaciones sociales. El objetivo de este artículo es presentar cómo es el proceso que atraviesan estas personas al incorporarse a su vida cotidiana con una imagen corporal distinta. En las narrativas encontramos que las quemaduras representan un cuestionamiento de la propia identidad debido a que modifican la imagen. Las secuelas se convierten en un estigma que no sólo recae en la apariencia, sino en lo que el cuerpo representaba.

**Palabras clave:** identidad, imagen corporal, estigma, secuelas, relaciones sociales

### Abstract

The burns are injuries that transform the life of the persons who had the accident by the impact on their health, identity and social relations. This article aims to present the process people live when they return to their daily lives with a different physical self-image. In the narratives we can find that burns represent a questioning of their identity by changing their physical self-image, that becomes a stigma; which not only has changed their appearance but also their physical body.

**Key words:** identity, physical self-image, stigma, social relations

\* Psicóloga social y orientadora en institución privada, nivel secundaria, en el Estado de México  
hofter285@yahoo.com.mx  
hofter285@hotmail.com

\*\* Psicóloga social, estudiante de la especialización y maestría en Estudios de la Mujer en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco  
armi\_rpi@yahoo.com.mx

Se agradece la colaboración de Karinna Maich en la corrección de estilo.

FECHA DE RECEPCIÓN 17/09/09, FECHA DE ACEPTACIÓN 30/04/10

IZTAPALAPA REVISTA DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES, NÚM. 68 • AÑO 31 • PP. 17-38

## Las quemaduras como estigmas

Cuando por fin me levanté... me dirigí hacia un espejo más grande para observarme; fui solo... Me sentía simplemente paralizado. Yo no podía ser esa persona reflejada en el espejo... A partir de entonces la confusión y el pánico provocados por mi descubrimiento quedaron encerrados en mí, e iba a tener que enfrentarlos solo durante mucho tiempo.

K. B. Hathaway  
(cit. en Goffman, 1970: 18)

Uno de los problemas de salud más complejos en la atención médica son las quemaduras. Estas lesiones ponen en riesgo la vida de las personas que las sufren debido a la afectación en el organismo. Además, las secuelas físicas –cicatrices o amputaciones– y psicológicas –depresión o dificultad de autorreconocimiento– pueden ser muy graves y discapacitantes (Santos *et al.*, 2000). Asimismo, el tratamiento médico es prolongado y costoso debido a la cantidad de recursos materiales y humanos que se requieren para brindar la atención adecuada (Álvarez, 2001), y a que debe incluir e integrar diversas áreas: terapia física, ocupacional, reacomodo en el empleo, de adiestramiento, de esparcimiento o recreativa, psiquiátrica y psicológica (Salisbury, Marville y Dingeldein, 1986; Velásquez, 1985). Aunado a lo anterior, las quemaduras son un padecimiento doloroso a nivel físico, psicológico y social; son una experiencia desgarradora, con cicatrices corporales que quedarán para toda la vida como recuerdo de este suceso (Sendel, 2007).

Por ello, es necesario destacar que estas lesiones no sólo representan un problema físico, sino que marcan la vida de las personas. Si bien sus huellas, literalmente, quedan en la piel en forma de cicatrices, limitaciones de tipo motriz o amputaciones, también tienen un impacto en la imagen corporal de quienes se

quemar (Álvarez, 2001). El cuerpo es el testimonio físico de la existencia que lo vincula con el otro (Le Breton, 1995); y la identidad “se materializa en el sujeto en su cuerpo” (Aguado, 2004: 32), que tras esta lesión queda seriamente afectado.

En consecuencia, podemos decir que el cuerpo se convierte en un signo de diferencia y distinción, ya que está envuelto en una construcción de significados sociales que surgen dentro de un contexto histórico específico (Baz, 1999; Le Breton, 1995). Éste, al ser objeto de significaciones, se convierte en imagen corporal, “un concepto que se refiere a la manera en que uno se percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo” (Rosen, citada por Raich, 2000: 24). Pero, tras sufrir una alteración corporal, como lo es una quemadura, el cuerpo emerge deteriorado, lo que impide su reconocimiento y afecta, asimismo, los intercambios corporales con los otros (Le Breton, 1995).

Un autor que ha realizado un estudio profundo sobre la identidad deteriorada es Erving Goffman, quien retoma el concepto de estigma para entender este proceso “de la situación del individuo inhabilitado para una plena aceptación social” (1970: 7); lo define como un atributo que produce un descrédito, una desviación de la norma y una devaluación de la identidad; puede ser éste un signo corporal, una perturbación física o moral. En la sociedad occidental, todo lo que es distinto de lo sano, del bienestar físico y de la belleza, genera ansiedad y temor; se considera que “el cuerpo viejo, enfermo o discapacitado no es digno de mostrarse” (Muñiz, 2007: 68). Desde esta perspectiva, el cuerpo quemado, las cicatrices o amputaciones, se convierten en motivos de estigma, pues son considerados deformidades o defectos físicos, y este hecho tendrá implicaciones en la imagen corporal e identidad de las personas que los han padecido.

En este sentido, Bernadette Soulier (1995) sugiere que la modificación de la imagen corporal lleva a un replanteamiento de la vida, a un reaprendizaje y redescubrimiento de nuevas habilidades sociales por parte del sujeto; es necesario que éste logre una reapropiación de su cuerpo después de la lesión para propiciar la autoaceptación de su imagen y reestructurar su identidad dañada.

Por otro lado, los humanos son seres sociales que construyen su identidad en la interacción con los otros; en dicha interacción, el objetivo es desvanecer el cuerpo, sólo aquel que se encuentra saludable (Le Breton, 1995); sin embargo, tras una quemadura grave el cuerpo emerge, pues las secuelas físicas se convierten en símbolos que comunican una deficiencia en la interacción, propiciando que las relaciones con los otros se modifiquen por miedo al rechazo, la discriminación, el distanciamiento y la compasión (Goffman, 1970; Le Breton, 1995); esto implica una reestructuración de la vida social y de los vínculos que se establecen. Soulier ilustra lo anterior al señalar que “la pérdida de la integridad corporal despierta

la angustia del rechazo social, familiar, afectivo, de hundimiento, de pérdida de una parte de uno mismo, de abandono y de modificación de la integridad narcisista” (Soulie, 1995: 15). Incluso, Paul Schilder considera que, al verse alterada la imagen corporal de quien sufre esas lesiones, también se verán alteradas las relaciones con los otros, lo que repercute en la conformación de su identidad (citado por Sánchez, 1985).

Para cerrar, hay que destacar que las investigaciones nacionales e internacionales realizadas sobre esta temática relacionan las secuelas de las quemaduras severas con una situación de estigma, pues hay una devaluación de la imagen corporal (Aparecida *et al.*, 2007; Knudson-Cooper, 1993; Fragoso, 1986; Trujillo, 2007). En este estudio consideramos que las quemaduras no sólo son un problema de salud, sino que trascienden en la vida de las personas que las padecen, siendo su identidad –basada en la imagen corporal que tienen de sí– la más afectada, y, en este sentido, el tratamiento y atención de las personas quemadas no debería competir únicamente al campo de la medicina, sino también al de las ciencias sociales.

## Metodología

El objetivo central de esta investigación consiste en comprender cómo es el proceso que experimentan las personas tras haber sufrido una quemadura severa para retomar su vida cotidiana, con una imagen corporal distinta que trastoca su identidad. Asimismo, se indagó cómo se ven afectadas las relaciones sociales de quienes se queman gravemente.

Realizamos un estudio de corte cualitativo. Esta aproximación metodológica garantizaría incluir la perspectiva del sujeto desde su experiencia de vida; además, el diseño de la investigación se centró en sus necesidades, por la emotividad del tema a tratar. Utilizamos la técnica de entrevista en profundidad que, mediante la conversación con el otro, nos permitió acceder a los significados y sentidos de su vida. Esto nos ayudó a obtener hallazgos sobre la manera en que se vive con una secuela de quemadura desde el propio sujeto (Taylor y Bogdan, 1986). Las temáticas que se abordaron en las entrevistas fueron: las condiciones hospitalarias, el tratamiento, la rehabilitación, su incorporación a la vida cotidiana después del accidente, su identidad e imagen corporal en relación con el otro, así como las relaciones sociales.

La muestra estuvo conformada por ocho casos, seis hombres y dos mujeres, quienes tenían alrededor de un año de haberse lesionado severamente. Consideramos que en ese tiempo podría haber ya una elaboración de la experiencia del

nuevo cuerpo. Asimismo, sus lesiones se encontraban en áreas corporales con gran significado social como la cara, los brazos y el torso, entre otros. Para acceder a nuestros sujetos de estudio tuvimos que acercarnos a aquellas personas que conocieran a alguien que hubiera pasado por esa experiencia, a las fundaciones e instituciones de salud y de asistencia privada, y una vez ahí utilizamos la técnica de muestreo “bola de nieve”.

Realizamos dos modalidades de entrevistas: en profundidad, con los sujetos de estudio; y breves, con dos tipos de informantes: *a)* expertos en el tema: médicos, psicólogos y trabajadores sociales que estuvieron estrechamente vinculados, a través de su práctica profesional, con personas que han sufrido quemaduras severas. Estas entrevistas se llevaron a cabo antes de las realizadas con los sujetos de nuestro interés, pues el propósito de éstas era conocer más sobre el contexto; *b)* familiares de nuestros informantes. Estos encuentros tuvieron la finalidad de conocer cómo las lesiones trascienden lo médico y al mismo sujeto, para convertirse en un conflicto familiar. Asimismo, nos permitieron triangular la información que obtuvimos de los accidentados.

Por lo delicado de los temas que se abordaron en esta investigación, fue indispensable informar a los entrevistados, de forma verbal, sobre las circunstancias de su participación, explicitarles los objetivos de la misma y las condiciones de la entrevista (audiograbada), así como el manejo de la información recabada (confidencialidad y anonimato). A través de esta conversación introductoria, los informantes decidieron participar o no en la investigación. En cuanto a la condición de anonimato, la decisión de los entrevistados fue que sus nombres aparecieran en la publicación de los resultados, pues deseaban compartir sus vivencias.

El análisis de las narrativas obtenidas se centró en la experiencia de vida de las personas que habían sufrido quemaduras. Por ello, adaptamos los pasos que nos plantean Glaser y Strauss de la *grounded theory* o teoría fundamentada para crear las categorías que permitieron nuestro análisis. Aclaremos, igualmente, que el interés de esta investigación no es generar teoría (Valles, 1999), sino describir nuestro fenómeno de estudio.

Los resultados obtenidos se concentran en dos categorías: *a)* la identidad, que se refiere a cómo la asumen los informantes y cómo ésta ha sido trastocada por las quemaduras; esta categoría se examinará mediante la adjetivación que utilizan, con base en sus creencias, acerca de su conducta y su físico; *b)* las relaciones sociales; categoría en la que englobamos aquellas relaciones sociales importantes para los informantes, pues gracias a ellas pueden sobreponerse al accidente y adaptarse a la nueva imagen corporal, así como desarrollar sus nuevas

capacidades. Las categorías, subcategorías y propiedades con las que se trabajó partieron de cómo los sujetos construyen su identidad en tres aspectos: el yo y su transformación desde el accidente hasta la actualidad, el nosotros y los otros; la forma como van plasmando la importancia de sus relaciones sociales con la familia, la pareja, los amigos y la sociedad en general; y el desarrollo en dos espacios: el escolar y el laboral.

La sistematización de las narrativas de los informantes se realizó mediante la transcripción íntegra de las entrevistas y la asociación con las categorías mencionadas. Utilizamos el software Atlas-Ti, versión V, programa que permitió codificar y organizar la información, para comprenderla de mejor manera (Valles, 1999).

Los resultados de esta investigación se presentan siguiendo dos ejes: *a*) saber qué pasó con la identidad de los informantes tras sufrir una quemadura, considerando desde el accidente hasta el momento actual; *b*) conocer cómo las relaciones sociales –familia, pareja y amigos– y el ingreso en dos espacios de desarrollo social –la escuela y el trabajo– se ven alterados después del suceso. Asimismo, indagar el impacto que las relaciones tuvieron en la identidad de quienes se quemaron, pues este proceso trasciende al individuo: él es miembro de diversos grupos denominados de pertenencia y diferenciación, que le proporcionan pautas para reconocerse y desenvolverse dentro de su entorno social.

## Quemaduras: quiebre y reconstrucción identitaria

### *El accidente: quiebre en la identidad*

Al cerebro le cuesta trabajo asimilar que hace una hora estabas bien, y después ya prácticamente estás diferente.

*Ramón, 34 años*

Las quemaduras de los informantes se produjeron en accidentes graves. Estos eventos les representaron una etapa de incertidumbre y un quiebre en su identidad; primero, por la amenaza directa de muerte, al ser conscientes de “cómo un error acaba con todo” y de “lo frágil que es cualquier persona”. Luego, por la amenaza de dejar de ser lo que eran: tras el accidente “sentían que no eran ellos” y perdieron el control sobre sí mismos y del mundo en que se desenvolvían con seguridad.

La amenaza de muerte se presentó en dos momentos; primero, durante el accidente: ellos creyeron que iban a morir, pues no eran auxiliados ni podían

protegerse del fuego. Después, en el hospital, por los comentarios que los médicos hacían a sus familiares: “no va a pasar la noche, se va a morir” (algunos de los entrevistados estuvieron en estado de coma o en terapia intensiva).

Al conocer sus secuelas, una de las preocupaciones que sintieron los informantes se relacionaba con su imagen corporal: se cuestionaban cómo quedarían después de las quemaduras, pues al ver las heridas y cicatrices de su cuerpo se sentían “deformes, raros y feos”. Ante esta situación, se encontraban angustiados, temerosos e inseguros: no existía correspondencia entre la imagen que recordaban de sí mismos antes del accidente y la que veían ahora en los espejos. Algunos comentan que “no se podían ver” y cuando lo hicieron sintieron que no eran ellos, o simplemente no se reconocían, pues tenían la “cara lastimada”. El espejo “les devolvió una imagen anormal” que no podían relacionar consigo mismos.

Otro tipo de secuelas que presentaron los consultados fueron las limitaciones motrices y amputaciones de miembros, que los llevaron a cuestionarse sobre las posibilidades de recuperar estas funciones o la discapacidad que deberían enfrentar, ya que después del accidente no podían mover las manos, los dedos, caminar ni satisfacer sus necesidades básicas.

Además, los informantes consideraban que no tenían el control de su vida, de su cuerpo ni de su entorno: al llegar al hospital los rapaban, les quitaban la ropa, no podían realizar solos sus actividades y estaban bajo un tratamiento médico riguroso. Agregan que, durante la hospitalización y recuperación, enfrentaron una serie de preocupaciones: algunos no contaban con servicios de salud gratuitos y se cuestionaron sobre quién se haría cargo del pago de la hospitalización y tratamientos, que eran costosos; cuando se presentaron situaciones de discapacidad, gestionaron sus pensiones y, en el aspecto económico, quienes eran proveedores de sus familias se sentían incapaces de generar el sustento a sus hogares. El encierro dentro de la institución de salud les parecía estresante; durante ese periodo se deprimieron, no dormían, se sentían cansados, desesperados e intranquilos.

La vivencia de la hospitalización también repercutió en la concepción que tenían de sí mismos, pues dejaron de ser ellos; la imagen que presentaban había sido dañada. No sólo se enfrentaban con lo sorprendente de su aspecto, sino con la mirada de los otros, quienes los observaban con extrañeza y les devolvían una imagen distinta de la que poseían de sí mismos. Al ser conscientes de las secuelas de sus quemaduras y de la modificación de su imagen corporal, los informantes se preocupaban por cómo serían recibidos por sus familiares y amigos, y por la reacción que tendrían ante su nuevo aspecto: si los rechazarían, se asustarían o se avergonzarían de ellos. Algunos perdieron los vínculos que tenían con sus familiares y amigos.

De hecho, los informantes se enfrentaron a un cambio drástico en su vida, a una realidad que los descontrolaba, que marcaba radicalmente un antes y un después: “no podían asimilar que antes estaban bien y ahora ya no”. Esta etapa de impacto o *shock*, cuando las bases de su identidad se perdieron, se prolongó según la hospitalización y el tratamiento.

### *La construcción del estigma*

¡Tú no sabes qué te espera afuera! Yo no me había visto al espejo, y como que a la vez sentía que no era yo. Entonces, me daban ganas de romper el espejo con mi cara.

*Manuel, 38 años*

Las lesiones que sufrieron los informantes trajeron consigo graves consecuencias que afectaron, en primer lugar, su cuerpo, pues lo dañaron y marcaron. Después del daño físico, vivieron un impacto en la imagen corporal que tenían de sí mismos. Estas secuelas también repercutieron en el nivel psicosocial, pues debieron enfrentar prácticas de discriminación.

Las secuelas representaban una marca –motivo de estigma– que impactó en la autoimagen de los informantes. El grado de estigmatización variaba según las características de la lesión: gravedad, desde cicatrices moderadas hasta la amputación de miembros, que los colocaba en una posición de discapacidad o dependencia por disminuir sus capacidades físicas. Temporalidad, por el proceso de recuperación de las quemaduras, es decir, secuelas transitorias o permanentes. Y visibilidad –lesiones en áreas difíciles de ocultar o disimular ante el otro–, o invisibilidad, cuando no eran visibles para los demás. Sin importar la gravedad de las secuelas, en los informantes se generaron sentimientos de “fealdad o deformidad”, lo que los llevó a tener una vivencia similar, ya que llegaron a sentirse rechazados y con la incertidumbre de ser abandonados por sus seres queridos.

Al contrastar su imagen corporal anterior con la actual, los informantes se sentían “incómodos y mal consigo mismos”; comenzaron a manifestar conflictos emocionales: depresión, desesperación, enojo, inseguridad, impotencia, llanto, miedo, angustia, tristeza y necesidad de atención. Hubo una relación estrecha entre el impacto emocional por las secuelas de las quemaduras con una serie de sentimientos relacionados con la pérdida de la belleza, que se asociaba con percibirse, ahora, como una persona “deforme”, “fea”, incluso como un “monstruo”.

Cuando hubo pérdida de habilidades y capacidades motrices o amputaciones se generaron sentimientos de frustración, porque consideraban que ya no podrían hacer las mismas actividades, que sus proyectos previos eran irrealizables. La seguridad económica con la que contaban se vio seriamente alterada, se sentían dependientes de sus familias y no tenían las libertades que les ofrecía su buen estado de salud. En general, los entrevistados perdían su sentido de utilidad, independencia, seguridad y confianza.

Con la salida del hospital y la recuperación física, los informantes se enfrentaron al contacto con los otros, que en algunos momentos los miraron “distinto” y los discriminaron, contribuyendo así a la construcción de su identidad deteriorada.<sup>1</sup> Podemos decir que ellos distinguían entre un entorno social cercano y uno lejano en el cual debían enfrentarse con gente desconocida.

El entorno más cercano, conformado por familiares y amigos, les ofrecía un medio de protección ante los otros, dada la comprensión que los miembros de este entorno les brindaba. Sin embargo, cuando éstos los veían con sorpresa, susto o compasión, les hacían evidente su estado de salud y gravedad. No en todos los casos la convivencia con la gente más cercana a nuestros entrevistados resultó favorable; en particular, cuando percibían rechazo o molestia por la comparación que podrían hacer aquéllos entre la imagen anterior y la actual.

Por otro lado, cuando los informantes salían a la calle o se encontraban con desconocidos consideraban que ya “no eran vistos como antes”, como una persona “normal”. “Se sentían cohibidos” y creían que todos los observaban y juzgaban por su aspecto; tenían dificultades para desenvolverse ante aquellos que les resultaban extraños. Por las secuelas físicas de las quemaduras también lidiaron con la discriminación de los otros: los insultaban, les ponían apodos: “chicharrón”, “quemado”. Había un distanciamiento y debían sufrir las miradas de acoso que los veían como “bichos raros”. Incluso, eran observados con lástima o considerados como “limosneros” por poseer una discapacidad.

Los informantes abordaban la situación de sus secuelas a partir de cómo se percibían ellos pero, sobre todo, por la manera en que eran percibidos por los demás; y no necesariamente por la gravedad, visibilidad o temporalidad de las lesiones. Podemos observar que existía un sentimiento de distinción asumida o adjudicada por los otros. Incluso establecían relaciones de aceptación o rechazo, de tolerancia o discriminación ante el nuevo aspecto de los entrevistados. Notamos que los otros, conocidos o no, influyeron en la construcción de la identidad de los informantes.

<sup>1</sup> Este concepto lo retomamos del texto de Erving Goffman: *Estigma. La identidad deteriorada*.

Las personas con limitaciones motrices o amputaciones se enfrentaban, además, a una nueva realidad: no había espacios ni herramientas adaptadas para su movilidad; para ellos, abrir un libro o tomar un vaso representaba serias complicaciones. Incluso las prótesis, que tenían la función de suplantar la parte corporal dañada, les ofrecían limitantes en el diseño y manejo, pues les dificultaban realizar todas las actividades y tardaban en dominarlas.

Por lo anterior, los informantes intentaban hacer menos evidentes sus secuelas –motivos de estigma– o reducir su impacto; y desplegaban estrategias que les ayudaban a relacionarse con el otro y con su medio. En un principio, se recluyeron y evitaban el contacto con los demás para no ser juzgados o discriminados. Al salir a la calle, usaban prendas (sombreros, chamarras, prendas de presoterapia) que los protegían de la visión del otro. Asimismo, intentaban comportarse con normalidad y seguridad para no ser atacados. Incluso, llegaban a burlarse de sí mismos maximizando o evidenciando sus secuelas, obteniendo el efecto contrario: minimizarlas ante los demás. Cuando tenían limitaciones motrices o amputaciones, se apoyaban en los avances tecnológicos para tener facilidad y comodidad en el desempeño de sus actividades.

Es así como el cuerpo quemado se convirtió en un signo de distinción ante los otros, lo cual propició que los informantes comenzaran a construir una identidad disminuida o deteriorada, producto de esos sentimientos de “fealdad”, “dependencia” y “diferencia”, asociados a las quemaduras y sus secuelas.

### *Reestructuración de la identidad*

Ya volví a tener mi cara. Y me he encontrado a gente, conocidos y se dirigen a mí como: “¡Hola, Ivonne!” y yo así como que ¡ay, sí me reconoció! O sea, sí tengo la misma cara, medio lastimada, pero tengo la misma cara.

*Ivonne, 39 años*

Yo quiero volver a caminar, volver a correr.

*Benjamín, 21 años*

Con la vivencia de una imagen deteriorada, los informantes buscaron restaurar o reconstruir su identidad para intentar reconocerse o tener una concepción

positiva de sí mismos que les permitiera desenvolverse con seguridad. Los entrevistados se encontraban inmersos en la incertidumbre de saber cómo y de qué forma podrían salir adelante con su cuerpo dañado por las quemaduras. En ello, la recuperación física fue un factor innegable: sanar el cuerpo les permitió recuperarse en todos los sentidos.

Al hablar de recuperación física, identificamos distintos niveles: en algunos casos, las secuelas no fueron tan graves y no representaron un conflicto mayor. En otros, cuando las secuelas estéticas fueron de consideración, se buscó atenuarlas para reducir su impacto personal y ante el otro. Asimismo, algunos sufrieron limitaciones en la movilidad, las cuales pudieron superar con rehabilitación o cirugías. Finalmente, para quienes tuvieron que ser amputados, fue importante maximizar las capacidades y habilidades que se conservaban o encontrar nuevas formas para desenvolverse.

Otro aspecto por considerar en la recuperación física es cuando las secuelas fueron poco visibles o fáciles de disimular: en estos casos, la recuperación era pronta y enfrentaban menos dificultades al establecer relaciones con los otros. La temporalidad jugó un papel importante, principalmente en los casos donde las cirugías, la rehabilitación y el paso del tiempo permitieron que las limitaciones de movilidad no indujeran a una discapacidad; o, en aquellos donde al menos permitió a los entrevistados adaptarse a su nueva situación.

La recuperación también se logró cuando los informantes aprendieron a “querer” y a “aceptar” su cuerpo, y reconocieron que, a pesar de todo, seguían siendo ellos mismos; o cuando, al mirarse al espejo, notaban que “todavía hay parte de lo que eran ellos” en la imagen que se reflejaba. Además, fue importante contar con ayuda psicológica y que participaran en grupos de apoyo o autoayuda para lograr su aceptación.

Otro aspecto para recuperarse después del accidente consistió en que los informantes se sintieran capaces de valerse por sí mismos y de satisfacer sus necesidades básicas; amén de obtener su independencia económica. Lograr esto les permitió sentirse con libertad y confianza para desenvolverse. Cuando las quemaduras no implicaron una discapacidad algunos pudieron retomar su vida anterior –sin descuidar su tratamiento–; para ellos, el accidente fue un lapso o un “paréntesis en su vida”. Para otros, las quemaduras, que les llevaron a la discapacidad, supusieron también una adaptación a nuevas condiciones y habilidades corporales. En este caso, los entrevistados intentaban redescubrir las habilidades con las que ya contaban o generar otras.

El objetivo de todos era lograr una vida “normal” o lo más cercano a ello. Por eso, establecían una rutina y trataban de desempeñar sus actividades cotidianas.

Desde esta perspectiva, el accidente era como un suceso en la vida que había ocasionado un receso en sus actividades pero no había truncado su desarrollo personal. Al obtener cierta estabilidad, los informantes comenzaron a fincar nuevos proyectos, pues eran capaces de verse en un futuro como personas independientes y así planeaban su vida. Según la gravedad de las secuelas y sus limitantes, retomaron sus antiguos planes. Cuando hubo una discapacidad, crearon otros proyectos adaptados a las nuevas habilidades.

Otro factor que intervino en la recuperación de los informantes se refirió a su desenvolvimiento en un entorno social favorable, en el cual las relaciones que establecían con los otros eran de aceptación y respeto. Era importante que quien había sufrido quemaduras fuera valorado por lo que era y no por su imagen; si no se lograba una aceptación total por parte de los otros, debía fomentarse la tolerancia a la nueva imagen corporal. Esta aceptación les permitió desarrollarse en ese ambiente con más soltura y seguridad, pues notaron que el aprecio de su persona no residía totalmente en su imagen.

## El impacto de las quemaduras en las relaciones sociales

### *La familia*

Mi familia, realmente mi hijo, fue el que me ayudó a salir un poquito de esto.

*Manuel, 38 años*

Para cada informante, el núcleo de la familia jugó un papel fundamental tanto en la recuperación física como en la aceptación de la nueva imagen corporal. Mediante las relaciones de respeto que se establecieron entre sus miembros, la familia se convirtió en un soporte ante el complicado proceso de sanación y resocialización. Esto les permitió ir recobrando la confianza en sí mismos.

Durante la hospitalización y la convalecencia de los informantes, sus familias les brindaron los cuidados y la atención necesaria para que mejorara su salud: los acompañaron física y emocionalmente, lo que los motivaba para continuar con el tratamiento y la rehabilitación. Asimismo, los apoyaron económicamente o asumieron el rol que los informantes cubrían antes del accidente.

Tras los accidentes de los entrevistados, podemos decir que las actividades de las familias se modificaron. La persona que sufrió las quemaduras y el encargado

de cuidarlo o acompañarlo, asumieron otros papeles, como los de enfermo-cuidador. Así, el cuidador ayudaba al accidentado a bañarse, comer, caminar, ejercitarse, entre otras actividades. En este periodo, la atención de la familia se centró en el cuidado y el bienestar de los informantes; por ello, se descuidó a otros miembros. Esto se acentuó cuando quien se había quemado era un niño o adolescente: los familiares lo sobreprotegían y se preocupaban por él con exageración, limitando su desarrollo personal y social, lo que le creaba una imagen propia de fragilidad.

Después de la inestabilidad familiar y la reorganización de las actividades, llegó un punto de equilibrio cuando los informantes se recuperaron físicamente, pudieron desenvolverse con independencia y asumieron de nuevo su papel. Esto les permitió recuperar su autonomía y reconstruir algunos aspectos de su identidad. Tras lo anterior, sus familiares comenzaron a prepararlos para uno de los procesos más complejos: salir a la calle y enfrentarse a las miradas de otras personas.

Hay que subrayar que la familia no siempre fue un refugio para los informantes; también se presentaron situaciones de distanciamiento y violencia. La separación se generó por las condiciones de salud y restricción de visitas durante la hospitalización. En ocasiones, el alejamiento se presentó cuando hubo rechazo temporal por parte de la familia hacia quien se quemó. Este rechazo pudo deberse a varias razones: el impacto de la nueva imagen, no saber cómo comportarse ni de qué forma ayudarlo o, simplemente, cómo reaccionar ante él. Incluso, algunos informantes se distanciaron de sus familiares por sentirse “diferentes”, y prefirieron evitar que se avergonzaran de ellos o los rechazaran.

El accidente de los informantes enfrentó a sus familias a una vivencia estresante, pues no estaban preparadas para hacer frente a las exigencias y demandas de tener un familiar con quemaduras. Entonces, surgieron brotes de violencia de los parientes hacia la persona accidentada o viceversa; incluso entre los mismos familiares. Existió abandono o rechazo temporal. Esto les resultó difícil de sobrellevar, pues los enfrentó a la vivencia de la soledad. En otros casos, los familiares manifestaron su enojo hacia la persona quemada por considerar que el accidente y sus secuelas fueron responsabilidad de éste. Para algunos, representó la pérdida de admiración de los hijos, que evitaban salir con ellos por vergüenza. Incluso, los familiares hicieron “comentarios desafortunados” como por ejemplo: “déjalo”, “busca a alguien bien”. Otro tipo de violencia que vivieron los accidentados se relacionó con la sobreprotección y el control de sus visitas y salidas, lo cual generó en los informantes sentimientos de inutilidad e incapacidad.

### *La pareja*

Me sentía mal y fea; incluso, le decía: ¿a qué vienes?, ¡a ver al monstruo!... Le decía: Vete, no me veas. El día que tú quieras saber de mí, háblame por teléfono. Y poco a poco lo fui alejando.

*Lulú, 44 años*

Para las personas entrevistadas, contar con el acompañamiento de una pareja se convirtió en un aspecto básico de su recuperación. Quienes tenían una relación estable recibieron el apoyo relacionado con el cuidado físico –alimentación, baño, comida– y el acompañamiento emocional más cercano; esto les permitió generar un mayor compromiso entre ellos. Además, sentirse amados les ayudó a recuperar su seguridad.

En algunos casos, el efecto fue contrario; por diversas circunstancias que tensaron la relación, se dio un distanciamiento en la pareja: ante la demanda de cuidados, en la pareja del accidentado hubo un desgaste físico, no sabía cómo actuar, qué decirle ni cómo apoyarlo, evitaba el contacto usual por miedo a la nueva imagen que le causaba sorpresa. También para los informantes fue difícil ver sus cicatrices; se sentían poco atractivos; llegaron a considerarse como unos “monstruos”. Mencionaban que eran una persona distinta de la que su pareja había conocido, por lo que prefirieron alejarse y evitar el contacto. Esta situación podía desencadenar la ruptura definitiva de la relación.

### *Los amigos*

Ya me siento bien, porque ya tengo amigos, ya tengo con quién jugar, ya puedo salir a la calle sin que me digan cosas malas.

*José Luis, 12 años*

Después del accidente, los informantes se sintieron inseguros para acercarse a sus amigos o entablar nuevas relaciones amistosas, pues temían la reacción ante su nueva imagen. A pesar del temor, reconocieron que contar con el acompañamiento y apoyo de sus amistades les ayudó a volverse a aceptar. Los amigos se preocuparon por su bienestar y salud, les brindaron comprensión y respeto, los hicieron sentir como personas “normales”, pues lograban olvidarse de las secuelas o de la

discapacidad mientras convivían con aquéllos. Los amigos eran una fuente de aprobación ante su nuevo aspecto. Cuando ésta era positiva, los informantes se aceptaron no obstante las secuelas.

A su vez, algunos informantes observaron abandono y falta de apoyo de sus amistades, por lo que se desilusionaron de éstas. Incluso, en ocasiones fueron los propios accidentados quienes propiciaron un distanciamiento, por temor a la comparación que podrían hacer con la imagen anterior: no asistían a las reuniones o impedían que los visitaran por miedo a los cuestionamientos que podrían hacerles sobre su estado de salud o imagen.

### *La escuela*

Me decían cosas feas: “quemado”, “chicharrón”.

*José Luis, 12 años*

La escuela es un espacio de difícil incursión para niños y jóvenes quemados. Las lesiones, tratamiento y rehabilitación les impidieron iniciar o continuar con regularidad sus estudios, por ello perdieron periodos escolares o retrasaron sus actividades académicas.

Cuando los informantes ingresaron a la escuela debieron enfrentar dificultades que impidieron un desarrollo escolar y relacional adecuado. En el aspecto académico, se presentaron problemas en su aprendizaje por las limitantes en las capacidades motrices u otras secuelas, que llevaron a un desempeño deficiente. Otra dificultad se relacionaba con el contacto con sus compañeros, que parecían no aceptarlos por la nueva condición e imagen con la que regresaban, “diferente” de la de ellos: sufrieron maltratos, burlas y fueron llamados con apodos. Ante este panorama, no les resultaba sencillo hacer amigos, aspecto esencial para conformar su identidad, pues los amigos dan un sentido de aprobación. No podemos negar que también hubo aceptación de sus compañeros y el establecimiento de amistades respetuosas conforme pasaba el tiempo y se creaban lazos de confianza.

Está por demás decir que las instituciones educativas no están preparadas para atender a los niños y jóvenes que han sufrido este tipo de lesiones. No existen lineamientos que permitan la sensibilización de profesores y alumnos para fomentar relaciones de respeto y cordialidad entre los alumnos. Otra deficiencia se refiere a la dificultad para realizar los trámites necesarios para ingresar a la escuela.

## *El trabajo*

Y después viene lo más difícil, que es tratar de integrarte a la vida productiva. Y entonces viene el problema de que nadie te quiere; cuando antes ibas a cualquier trabajo y, pues, mínimo, de barrendero lo sabías hacer. Y ahora no, ahora es diferente... Y sí, es un rechazo, un rechazo muy, muy fuerte el que no te den trabajo y tú con la necesidad de sentirte útil.

*Ramón, 34 años*

Un lugar donde los informantes se accidentaron fue en el espacio laboral, uno de los más peligrosos. En ocasiones, al lograr su recuperación física, regresaron al mismo empleo; esto, cuando el accidente fue de trabajo y conservaron las mismas habilidades y capacidades para desempeñarlo. Este regreso se dio tras un periodo de incapacidad que les otorgaron para favorecer su restablecimiento total. Una reincorporación paulatina a las actividades laborales les fue útil, pues estaban ansiosos y presionados ante los recuerdos del accidente.

La mayoría de los informantes debió modificar sus empleos por diversas condiciones: despido por la inasistencia laboral, la estancia hospitalaria o la recuperación; pérdida de habilidades y capacidades indispensables para el cargo, debido a las secuelas; autoempleo; falta de confianza para desempeñarse nuevamente en el trabajo; o inseguridad por su nueva imagen corporal.

El accidente y las secuelas representaron la imposibilidad de seguir laborando, lo que repercutió en su economía. Esta situación los llevó a buscar empleo sin estar recuperados por completo, para cubrir las necesidades de sus familias, sobre todo cuando cumplían el papel de proveedores.

Yo veía a mi esposa llorar porque le pidieron a la niña unas cosas en la escuela, y [le dije] dame mi gorra y dame una camisa de manga larga, y ya me pongo mi camisa de manga larga y me pongo mi gorra y pus salí a la calle... (Felipe, 51 años).

Contar con un empleo también les ayudó a satisfacer una necesidad personal de sentirse útiles y productivos; conseguir de nuevo una actividad laboral los llevó a considerarse personas "normales".

Otra dificultad que enfrentaron algunos de los informantes se vincula con el abandono de su trabajo debido a las secuelas estéticas que les quedaron, pues sus empleos requerían una "buena presentación" que, después del accidente, ellos ya no poseían. Por ello, buscaron otro tipo de actividad laboral donde no

fuera importante la imagen corporal, para evitar ser rechazados. Cuando tenían limitaciones motrices o amputaciones, enfrentaron la discriminación de los empleadores por las secuelas visibles o por considerar que no tenían las capacidades o habilidades necesarias para desempeñarse en el trabajo.

Los informantes experimentaron una situación de desventaja por haber sufrido una quemadura. Ahora debían tocar miles de puertas para obtener una oportunidad.

## Conclusiones

Tras finalizar esta investigación, notamos que las quemaduras dañan a las personas que las padecen a nivel físico, marcan y limitan su cuerpo; sin embargo, su impacto va más allá de la apariencia y capacidades físicas por los significados que circulan alrededor del cuerpo. Estas lesiones modifican abruptamente la vida de las personas que las padecen. No sólo hacen evidente que su imagen corporal se transformó, sino que ésta se convierte en un signo de distinción, en un motivo de estigma que afecta la concepción que ellos tienen de sí mismos, pues ahora su apariencia se relaciona con una imagen devaluada (Goffman, 1970; Knudson-Cooper, 1993).

Asimismo, identificamos que, después de sufrir una quemadura severa, los entrevistados atravesaron por un proceso de cuestionamientos iniciales relacionados con su apariencia y capacidades corporales, lo que derivó en la construcción de una imagen devaluada, para luego, al recuperarse, reorganizar su identidad y obtener estabilidad en su vida cotidiana.

Al inicio, las quemaduras tuvieron un impacto emocional en la vida de los informantes. Sin importar la gravedad de las secuelas, vivieron un proceso similar de impacto inicial, de conflictos y preocupaciones. En este periodo, se cuestionaron sobre sí mismos, su cuerpo, sus capacidades, el trabajo y la reacción que tendrían los demás ante su nuevo aspecto.

En la siguiente fase, la experiencia fue distinta, según las limitaciones impuestas por las secuelas (dependencia o independencia) y el efecto que tenían en los otros (aceptación o discriminación). Es aquí cuando los informantes comenzaron a entretejer una identidad vinculada con el estigma. Ellos no podían relacionar la imagen que observaban en el espejo consigo mismos; incluso, veían sus cicatrices o amputaciones como marcas que los distinguían del resto de la gente. Esto, porque el cuerpo humano es depositario de significados. Desgraciadamente, el cuerpo perfecto que la sociedad occidental ha construido es aquel que se impone como saludable y bello (Muñiz, 2007; Le Breton, 1995).

Aunque la presencia de los otros fue fundamental para lograr una recuperación total y restaurar la identidad social, los informantes temían el reencuentro con los demás por la modificación de su imagen corporal. Sin embargo, debieron encarar ese miedo de manejar su nueva imagen ante aquellos que los veían con sorpresa, “distintos”, “diferentes”, incluso “raros”, por no representar lo que antes eran. Para ellos, resultaba complicado afrontar las miradas y cuestionamientos de los conocidos, porque éstos les recordaban sus cambios, y sus críticas influían más que la de los extraños.

Para lidiar con lo anterior, los entrevistados empleaban una serie de estrategias a la hora de relacionarse con los otros. En algunos casos, se comportaban de forma “normal”, es decir, dejaban en segundo plano la existencia de una modificación física. Para que no les afectara demasiado la mirada extraña del otro, se comportaban como si nada hubiera pasado. Otra estrategia consistía en usar prendas que ocultaban sus secuelas y les permitían el acercamiento a otras personas. La estrategia más interesante es la actitud de afrontar que no hay nada que hacer con su accidente, que tienen una alteración física o motriz y que deben aprender a vivir con ella; pero no todos tomaron esta actitud. Algunas de estas tácticas coinciden con las mencionadas por Goffman (1970).

No obstante, tratar de nuevo con otras personas, afrontar sus preguntas, miradas y comportamientos, orillaron a los informantes a enfrentar su situación y aceptarla o resignarse a vivir con ella. Tuvieron que aprender a lidiar con esos cuestionamientos por el resto de su vida, pues, a donde fueran, esas actitudes de los extraños los volverían a sacudir.

Tras lograr lo anterior, pasaron a la fase de “recuperación”. Es decir, restablecieron la dinámica de la vida anterior a la quemadura, a pesar de las cicatrices, o se adaptaron a las nuevas condiciones y capacidades, si es que existían limitaciones motrices o amputaciones. En esta etapa reconstruyeron y reorganizaron su identidad, su vida y sus relaciones sociales, puesto que se ajustaron a la nueva imagen y a las nuevas capacidades corporales; esto, Soulier (1995) lo atestiguó en su trabajo con personas paraplégicas.

Es importante destacar que para los entrevistados la recuperación física no jugó un papel determinante; para ellos, lo fundamental era recuperar la independencia y lograr la estabilidad en su vida cotidiana, maximizando las capacidades con las que contaban a pesar de las pérdidas. Esto, con el objetivo de establecer una continuidad entre el pasado y el presente, que les permitiera reconocerse pese a los cambios. Con todo, es innegable que las quemaduras representaron una transformación en su vida y una nueva concepción de sí mismos.

El proceso que identificamos no consiste en una sucesión de fases absolutamente diferenciadas: son momentos que se entrecruzan y son distintos para cada

informante, además de que pueden prolongarse según la duración del tratamiento y de las repercusiones de las quemaduras en su identidad y en su vida cotidiana.

Estas lesiones podrían verse como un proceso individual de enfermedad-recuperación; sin embargo, no es así, pues no sólo alteraron la vivencia de las personas que las sufrieron, sino que impactaron en sus seres cercanos (familia, amigos, pareja), ya que sus relaciones se transformaron.

En el rubro de relaciones sociales se incluyeron aquellas importantes para los entrevistados, pues gracias a ellas pudieron sobreponerse al accidente. Las quemaduras colocan a quien las sufre en una posición de vulnerabilidad y dependencia, en la cual los vínculos sociales satisfactorios hacen la situación más llevadera. Quienes han sufrido quemaduras severas se relacionan con los demás de forma distinta, lo que repercute en la concepción que ellos tienen sobre sí mismos. Cuando las relaciones son de aceptación, respeto y “normalidad”, se genera, según lo comentado por los informantes, una identidad positiva. En caso contrario, cuando se vive el abandono, el rechazo o la violencia, quienes se han quemado construyen una identidad vinculada con un sentimiento de fealdad, desvalorización, dependencia, diferencia e inutilidad.

Adicionalmente, tomando este espacio como una oportunidad para reflexionar –lo que en apariencia nos aleja de los objetivos de esta investigación–, y basándonos en las entrevistas realizadas a expertos, los discursos de los informantes y de sus familiares, ilustraremos los obstáculos que los informantes debieron enfrentar para obtener atención médica, cuya eficacia puede marcar la diferencia en la experiencia y calidad de vida de éstos.

Una deficiencia en este sentido se refiere a la centralización de las instituciones y hospitales. Las instituciones que cuentan con unidades de quemados están ubicadas en ciudades de gran importancia, como el Distrito Federal, por lo que las personas accidentadas en zonas rurales o marginadas debían ser trasladadas a estos sitios desde su lugar de origen. Incluso, no todos los hospitales del Distrito Federal y su área metropolitana cuentan con los recursos necesarios para atender a este tipo de pacientes. Algunos sólo brindan los primeros cuidados (ambulatorios) para, posteriormente, enviar al paciente quemado a instituciones de atención especializada. En ocasiones, son trasladados al extranjero. Esto representa riesgos en su estado de salud por las complicaciones que pueden presentarse en los traslados y por la deficiencia de infraestructura médica en otros estados. Es necesario destacar que la población desconoce las instituciones a las que puede acudir para atender este tipo de lesiones, por lo que la atención que recibe no siempre es oportuna.

Además de los problemas de accesibilidad, hay deficiencias en los servicios que se brindan. Las personas que han sufrido quemaduras severas requieren un

tratamiento interdisciplinario que contemple diversas áreas: médica, psicológica y rehabilitación. En algunos hospitales sólo cubren las necesidades médicas, pues conceden prioridad a salvar la vida y descuidan los aspectos relacionados con la calidad de ésta, que se ve afectada por las secuelas que las quemaduras traen consigo en distintos niveles: físico, emocional y social. El área de rehabilitación no cuenta con los recursos necesarios para brindar este tipo de atención; en ocasiones, son los propios pacientes quienes compran los materiales para realizar sus ejercicios o los hacen de manera independiente.

Otra función que, idealmente, necesitarían cubrir los servicios de salud se relaciona con el apoyo a los familiares, quienes no están preparados para asumir la responsabilidad de atender a personas con este tipo de lesiones tan demandantes. Es esencial que la familia cuente tanto con un entrenamiento que les permita brindar los cuidados adecuados como con asesoría psicológica para hacer frente a esta situación tan estresante.

Estas situaciones reflejan las limitaciones en la intervención del personal médico para hacer más soportable la vida de las personas que se han quemado gravemente. Las deficiencias mencionadas pueden ser por las carencias de recursos y no por la voluntad del personal implicado, pues en los hospitales donde se atiende esta problemática de salud se han obtenido grandes resultados en la reincorporación de personas lesionadas a la vida cotidiana.

Incluso, como sociedad tampoco estamos preparados para favorecer la reincorporación de personas con secuelas graves, quienes padecen discriminación, exclusión, burlas y maltratos. Hace falta crear conciencia en la sociedad para que resguarde y propicie el desarrollo personal y social de quienes sufren graves lesiones. Por ello, y sin lugar a dudas, podemos decir que la mejor forma de encarar esta problemática de salud es la prevención, pues la mayoría de los accidentes de los informantes pudieron ser evitados. Se deben fomentar medidas de prevención dirigidas a las personas más vulnerables (niños, hombres en edad productiva, adultos mayores) y en los espacios donde ocurren los accidentes, como la casa y el trabajo. Actualmente existen grupos encargados de esta tarea, sin embargo, su labor no ha sido suficiente.

Por último, coincidimos con diversos autores, Velázquez (1985), Salisbury, Marville y Dingeldein (1986), que mencionan que, tras las quemaduras severas, debe existir un proceso de rehabilitación integral que incluya y asegure terapia física, psicológica y social –esta última, menos reconocida como una necesidad–. Para lograr la atención integral de este padecimiento es fundamental comprender que las quemaduras son más que lesiones físicas, pues tienen implicaciones de nivel social e identitario.

## Bibliografía

Aguado, José

- 2004 “Cuerpo humano, identidad e imagen corporal”, en *Cuerpo humano e imagen corporal. Notas para una antropología de la corporeidad*, Instituto de Investigaciones Antropológicas, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), México, pp. 31-62.

Álvarez, Carlos

- 2001 “Quemaduras: un problema de salud pública”, en José Conde y Antonio González (eds.), *Cuidados intensivos del paciente quemado*, Prado, México, pp. 1-6.

Aparecida, Lidia, et al.

- 2007 “Las representaciones sociales de los familiares de pacientes quemados” <<http://tone.udea.edu.co/revista/mar99/representaciones.htm>> [25 de septiembre de 2007].

Baz, Margarita

- 1999 “El cuerpo en la encrucijada de una estética de la existencia”, en Silvia Carrizosa (comp.), *Cuerpo: significaciones e imaginarios*, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México, pp. 25-41.

Fragoso, José

- 1986 “Estudio de seguimiento del paciente quemado”, tesis para obtener el título de Especialista en Medicina de Rehabilitación, UNAM, México, 23 pp.

Goffman, Erving

- 1970 *Estigma. La identidad deteriorada*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 173 pp.

Knudson-Cooper, Mary

- 1993 “Rehabilitación psicosocial y vocacional”, en Arnaldo Bendlin (comp.), *Tratado de quemaduras*, Nueva Editorial Interamericana de McGraw-Hill, México, pp. 644-653.

Le Breton, David

- 1995 *Antropología del cuerpo y modernidad*, Nueva Visión, Buenos Aires.

Muñiz, Elsa

- 2007 “Cuerpo y su corporalidad. Lecturas sobre el cuerpo”, en Miguel Ángel Aguilar y Anne Reid (coords.), *Tratado de psicología social. Perspectivas socio-culturales*, Anthropos, México, pp. 67-95.

Raich, Rosa María

- 2000 “¿Qué es la imagen corporal?”, en *La imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*, Ediciones Pirámide, Madrid, pp. 17-26.

- Salisbury, Roger E., Nancy Marville y G. Peter Dingeldein  
1986 *Manual de tratamiento en las quemaduras*, Salvat Editores, Barcelona, 323 pp.
- Sánchez, María del Rocío  
1985 “La imagen corporal del paciente quemado”, tesis para obtener el título de licenciado en Psicología, UNAM, México, 98 pp.
- Santos, Francisco, *et al.*  
2000 *¿Quemaduras? 100 preguntas más frecuentes*, Editores Médicos, Madrid, 110 pp.
- Sendel, Virginia  
2007 “Curso para instructores en prevención de quemaduras”, conferencia impartida por la Fundación Michou y Mau, I. A. P. como parte de la campaña “Cómo no quemarte”, llevada a cabo el 23 de junio, reconstrucción del curso, documento, 7 pp.
- Soulier, Bernadette  
1995 “Después del accidente, ¿quién soy ahora?”, en Bernadette Soulier, *Los discapacitados y la sexualidad*, Herder, Barcelona, pp. 15-34.
- Taylor, S.J. y R. Bogdan  
1986 *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*, Paidós, Barcelona, 343 pp.
- Trujillo, Elizabeth  
2007 “Una visión desde dentro: la experiencia del padecimiento en el proceso de recuperación de los pacientes accidentados”, tesina para obtener el título de licenciado en Psicología Social, Universidad Autónoma Metropolitana, México, 191 pp.
- Valles, Miguel  
1999 “Introducción a la metodología del análisis cualitativo: panorámica de procedimientos y técnicas”, en *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*, Síntesis, Madrid, pp. 339-401.
- Velázquez, Jesús  
1985 “Rehabilitación integral a pacientes con secuelas de quemaduras producidas en el siniestro de San Juan Ixhuatepec, Estado de México. Experiencias en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte”, tesis para obtener el título de Especialista en Medicina de Rehabilitación, UNAM, México, 103 pp.