



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



TESIS

**PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE
ACCIDENTES EN MENORES DE 9 AÑOS CON BASE A LA
INVESTIGACIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN EL HOGAR**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE :
LIC. EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTAN :

MA. DE JESÚS MEJIA SERRANO
N° DE CUENTA: 96618837

MARTINA ALDEGUNDA CASTAÑEDA TORRES
N° DE CUENTA: 96617610

DIGNA GUERRERO REYES
N° DE CUENTA: 96618277

MARÍA ELENA VALERIANO APARICIO ESCUELA NACIONAL DE
N° DE CUENTA: 996619944 ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

ASESORA DE TESIS:



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES


MTRA. MA. De los Angeles García Albarrán

MÉXICO

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

NOVIEMBRE, 2004



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.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	4
I.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
II. CONTEXTO DE LA UNIDAD DONDE SE REALIZA EL ESTUDIO....	7
II.- MARCO TEÓRICO	11
1.- El marco epidemiológico de accidentes a nivel internacional....	11
2.- Los accidentes en menores de 9 años en el marco del panorama epidemiológico del país.....	10
3.- La respuesta del sistema de salud.....	16
4.- Atención primaria a la salud y el sector de la salud.....	19
5.- Importancia de la educación para la salud.....	26
6. Planificación de un programa de Educación para la Salud.....	27
III.- METODOLOGÍA.....	33
1.- Tipo de estudio.....	33
2.- Muestra.....	35
3.- Criterios de inclusión y exclusión.....	36
4.- Hipótesis de trabajo.....	36
5.- Variables.....	37
6.- Fuente de información.....	39
7.- Validación de los datos.....	39

8.- Recursos humanos, materiales y financieros.....	39
9.- Consideraciones éticas.....	42
10.- Límites de tiempo.....	42
IV.- PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	44
1.- Resultados en la primera fase del estudio.	
ESTUDIO GRUPO CONTROL.....	44
▪ Características demográficas de la muestra.....	44
▪ Estado previo de la Información.....	50
▪ Porcentaje de accidentes por grupo de edad.....	51
▪ Distribución de accidentes	51
2.- Resultados en la segunda fase del estudio.	
ESTUDIO DE CASOS.....	52
▪ Características en relación con los niños estudiados. (Cuadro 1 a cuadro 5).....	52
▪ Tiempo transcurrido entre ocurrencia y demanda. (Cuadro 6 a cuadro 8).....	58
▪ Número de hermanos que asisten a guardería. (Cuadro 9 a cuadro 10).....	61
▪ Características familiares y socioeconómicas (Cuadro 11).....	64
▪ Características de las 217 personas que viven con los 46 niños afectados (Cuadro 12 a cuadro 16).....	65
▪ Características de la madre (Cuadro 17 a 19).....	70
▪ Factores de riesgo de la vivienda (Cuadro 20 a 21).....	73
▪ Por quienes eran atendidos los niños cuando se accidentaron (Cuadro 22).....	75
▪ Red social de apoyo (Cuadro 23 a cuadro 26).....	76

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	80
3.- Discusión.....	84
V.- INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PLANEACIÓN Y DISEÑO DE PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SOBRE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES.....	87
1.- Justificación.....	87
2.- Objetivo.....	91
3. Procedimiento.....	91
4.- Contenidos básicos que deben comunicarse a la madre y al familiar.....	92
4.1.- Los accidentes se pueden prevenir.....	92
4.2.- Recomendaciones en la diferentes causas de accidentes.....	94
4.3.- Precauciones en ámbitos fuera del hogar.....	94
4.4.- Consejos preventivos por grupos de edad.....	96
4.5.- Precauciones en el hogar.....	101
Planteamiento didáctico de los contenidos.....	107
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	128
BIBLIOGRAFÍA.....	132
ANEXOS. Formatos de recolección de datos.....	134

INTRODUCCIÓN

Actualmente los accidentes son una de las causas más frecuentes de mortalidad infantil constituyendo un importante problema de salud pública. El error humano esta presente en el 90 por ciento de los accidentes, lo que significa que nueve de cada diez pudieron evitarse, presentándose aproximadamente la mitad de los casos en el hogar.

La mayoría de los accidentes que sufren los niños son ocasionados por varias circunstancias, no por una sola en particular; generalmente los niños están expuestos de manera constante a situaciones peligrosas, pero el mayor número de accidentes son provocados por causas ordinarias. Los niños necesitan absoluta protección durante la primera infancia (desde el nacimiento hasta los cinco años); de ahí en adelante es necesario enseñarles que ellos mismos deben cuidarse. En esta primera infancia los padres pueden evitar los accidentes caseros que sufren los niños, y enseñarles a tener ciertas precauciones que les servirán cuando se relacionen con un mundo más amplio. Uno de los ejes utilizados para el estudio de las lesiones, ha sido el lugar donde ocurren, siendo la vía pública y los hogares lo más frecuentemente estudiados.

La atención que otorga la enfermera encaminada a la educación e información sobre la prevención de accidentes domésticos es de vital y trascendental relevancia sobre la prevención de accidentes domésticos, ya que los accidentes en el hogar son causa de más de 200.000 ingresos hospitalarios al año en México.

La participación de la madre o familiar del menor para evitar accidentes domésticos; va a depender en mucho de la información otorgada por parte de la enfermera, por lo que es necesario determinar la eficacia de la enfermera materno infantil en la prevención de accidentes domésticos en el menor de 9 años.

El primer apartado referente al planteamiento del problema, describe la importancia de definir los accidentes como un problema de Salud Pública y reconocer que es una prioridad que implica un replanteamiento de acciones ya que a pesar del conocimiento de su magnitud real, su atención no es todo lo amplio que se requiere, se destaca la participación de la enfermera profesional en las actividades de promoción a la salud; en el ámbito de la Investigación para identificar factores de riesgo, así como en el ámbito de la educación para la salud en el cual enfermería debe demostrar la enorme potencialidad y capacidad para incidir en la atención a los problemas prioritarios de la salud y por ende para innovar acciones del cuidado.

En el segundo apartado, se desarrolla el Marco Teórico, abordando de manera general la salud infantil en el mundo, se examinan en primer término los países con una alta tasa de mortalidad; se realiza un análisis del Panorama Epidemiológico del país en menores de 15 años, destacando las lesiones ocasionadas por accidentes, en donde emergen como un factor de muerte,

discapacidad y enfermedad que requiere ser reducido y evitado; se aborda la respuesta del sistema de salud, en donde la promoción de la salud constituye una línea estratégica dentro de las funciones prioritarias para la prevención y control de accidentes; Por último se cuestiona la atención primaria a la salud y el sector salud en cuanto a que las decisiones que se adoptan por el sector Salud, todavía favorecen la medicina clínica de carácter curativo y no el fomento de la salud pública de carácter preventivo, pero también se recuperan aquellos aspectos que posibilitan cambios en la forma de pensar sentir y actuar de la población en donde se destaca la participación de enfermería en el diseño y operación de programas de educación para la salud a partir de incidir en investigaciones acerca de factores de riesgo que propician la problemática de salud, en este caso de los accidentes en menores de 9 años, y a partir de estos aspectos desarrollar aquellos elementos que debe comprender el contenido educativo de los programas de prevención de accidentes, el cual debe ser planeada, diseñado, coordinado e impartido por enfermería.

En el tercer apartado se destacan aquellos aspectos metodológicos para llevar a cabo la investigación que será fundamento y eje de la participación de enfermería en los programas de educación para la salud en la prevención de accidentes. El diseño correspondió a un estudio en una primera etapa de **un grupo control**. Se definieron como grupo control a los niños de 0 a 5 años (50) que llegaron al consultorio de Enfermería Materno Infantil (EMI) de la Unidad de Medicina Familiar acompañados con los padres de familia, también a los niños que no fueron enviados a éste servicio por el medico familiar (50), siendo un total de 100 menores de 5 años.

Posteriormente se realizó un **estudio de casos**, se definió como estudio de casos a la población de niños de cero a nueve años (46 niños) que ingresaron al hospital General de Zona de Acapulco Guerrero, por presentar una lesión traumática accidental ocurrida en el hogar, lo anterior con el fin de investigar los factores de riesgo y las circunstancias en las que se dan los accidentes en el hogar para que con base a esto, establecer las acciones de enfermería y los contenidos de los programas de prevención de accidentes.

En el cuarto apartado, se presentan los resultados de la primera fase de la investigación realizada al **grupo control** en donde se destacan las variables estudiadas en relación con **las características demográficas de la muestra**, (grupo que se atendió en el consultorio de Enfermería Materno Infantil y grupo que se atendió en el consultorio de Medicina Familiar) fueron comparables en cuanto a:

- La edad del menor
- Edad de la madre
- Estado civil de los padres
- Nivel académico
- Ocupación de la madre

Importante identificar el nivel de información acerca de la prevención de accidentes que recibió la madre o la persona que llevo al niño a la Unidad de Medicina Familiar. Posteriormente a esta información, se investigo acerca del número de accidentes por grupo de edad, así como la distribución de accidentes por tipo de accidente

En la segunda etapa de la investigación con el **estudio de casos** de niños que presentaron accidentes y que fueron estudiados en el H.G.Z. de Acapulco Guerrero, se destacan las variables estudiadas en relación con la edad, sexo, si asiste a la guardería, horario, con quién vive, antecedentes de lesiones, tipo de lesión, causa externa (sólo se incluyeron en el estudio niños que presentaron lesiones accidentales); **Gravedad** (se consideró leve cuando fueron atendidos en el servicio de urgencias y posteriormente egresaron a su domicilio; **Moderada** y **Severa** cuando para su atención requirieron de hospitalización en cualquiera de los servicios de la unidad, de traslado a otra unidad o bien fallecieron), sitio de ocurrencia, día y hora, qué actividad realizaba y con quién estaba. En la demanda de atención se consideró: tiempo transcurrido entre la ocurrencia y la atención, día, hora, turno de la demanda, con quién llegó el niño, derivación del caso a su egreso del servicio de urgencias. En los casos que requirieron hospitalización se obtuvo: diagnóstico de ingreso.

CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA. Con el objeto de conocer los elementos que perfilan el entorno social y económico de los niños, se estudiaron variables tales como: tipo de hogar, características de los integrantes de la familia (edad, sexo, escolaridad), relación de parentesco, y ocupación.

FACTORES DE RIESGO DE LA VIVIENDA. Se incluyó la identificación de factores de riesgo específicos de acuerdo con los sitios de la vivienda. Se inquirió sobre la existencia de los factores mencionados con mayor frecuencia en el Marco Teórico al respecto, lo que generó un total de 4 factores de riesgo que se agruparon de la forma siguiente:

- 1) Factores de riesgo relacionados con la existencia de productos tóxicos al alcance de los niños.
- 2) Objetos peligrosos
- 3) Factores relacionados con la seguridad del niño (protecciones en escaleras, cunas o cama).
- 4) Factores de riesgo de la vivienda en general (instalaciones eléctricas, depósitos de agua, fácil acceso a azotea o calle, etcétera).

En el Quinto apartado se desarrolla una propuesta para la intervención de enfermería en programas de educación para la salud en la prevención de accidentes en menores de 9 años con base a los factores de riesgo en el hogar, así mismo, el marco teórico guió la investigación para establecer un diagnóstico de necesidades de aprendizaje y de salud de la población para ir construyendo y desarrollando los elementos didácticos que debe comprender el contenido educativo de los programas de prevención de accidentes, el cual debe ser planeada, diseñado, coordinado e impartido por enfermería.

OBJETIVO GENERAL

Con base a las características de la población estudiada del grupo control y de los resultados obtenidos de la investigación de factores de riesgo en el hogar del estudio de casos, diseñar un programa de educación para la salud en la prevención de lesiones por accidentes a menores de 9 años, para llevarlo a cabo por personal de enfermería en los servicios de EMI y de Medicina Preventiva del Hospital General de Zona de Acapulco Guerrero.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar y definir las características individuales, familiares, de seguridad en la vivienda y de la red social de apoyo para el cuidado del niño, que más se asocian con la ocurrencia de lesiones traumáticas en niños de cero a nueve años en el hogar.

2. Diseñar intervenciones de enfermería de educación para la salud en la prevención de lesiones por accidentes a menores de 9 años en el hogar, para llevar a cabo por personal de enfermería en los servicios de EMI y de Medicina Preventiva del Hospital General de Zona de Acapulco Guerrero.

I.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los accidentes, o mejor dicho, las lesiones traumáticas accidentales (es decir, las no intencionadas), constituyen la primera causa de muerte entre el año y los 20 años, destacándose además como la primera causa en años potenciales de vida perdidos (mayor que la suma de cáncer, cardiopatías y accidentes vasculares cerebrales) y en costos médicos. A esto habrá que añadir la invalidez, con el sufrimiento humano que comportan, y su elevado costo económico.

La mayor parte de lesiones accidentales son previsible y por lo tanto, en parte, susceptibles de prevención. Su cadena epidemiológica básica (agente causal, vector y huésped) es similar a la de las enfermedades, aunque en muchos casos es menos conocida.

El carácter multifactorial de las causas que los originan, la confusión existente entre los mecanismos que los generan (accidental o violento) y las consecuencias (lesiones). No existe coordinación entre las personas que observan o pueden actuar sobre los mecanismos (planificadores, urbanistas, etc.) y las que participan en la atención de las consecuencias (personal de salud).

La OMS, entre los objetivos de salud para todos en el año 2000, incluye la disminución en un 25% de la mortalidad por accidentes. El principal escollo para tal objetivo consiste en la falta de conocimiento actual sobre la génesis de los episodios de accidente. Sin embargo los presupuestos asignados en muchos países a la investigación para la prevención de lesiones accidentales son todavía muy inferiores a los de otras patologías, "más médicas", de menor prevalencia y costo social y económico.

La Encuesta Nacional de Salud¹, realizada en 1997, reveló que un 9% de la población entre 0 y 15 años tuvieron algún accidente en el último año. En el lactante y preescolar predominan los accidentes domésticos, sobre todo contusiones, heridas y quemaduras. En el escolar las intoxicaciones, y en el adolescente las caídas y accidentes de tráfico. La edad más frecuente de consulta hospitalaria urgente por este motivo es 2-3 años y se describen dos picos de frecuentación, uno entre los 1 y 3 años y otro entre los 11 y 14 años. Los accidentes son más frecuentes en los niños (60%) que en las niñas (40%), los accidentes que más ingresos ocasionan en términos absolutos son los traumatismos y las quemaduras.

Respecto a las lesiones que ocurren en el hogar, la población infantil es la que presenta el riesgo más alto de lesionarse en este ambiente. Lo anterior refleja el efecto de la exposición a este ambiente, debido a que son los que más tiempo

¹ Encuesta Nacional de Salud. S.S.a. México 1997

permanecen en él, sumado a las características individuales que incrementan el riesgo en estas poblaciones específicas.

En el caso de la población infantil (menores de 10 años), el hogar puede llegar a constituir un ambiente peligroso y un factor determinante en la ocurrencia de lesiones. Esta población se caracteriza por encontrarse en una etapa en la cual se aprende a través de experiencias basadas en ensayo y error, repetición, imitación, causa-efecto, etcétera. La población en edad preescolar disfruta de las actividades físicas, corriendo y saltando, llegando a veces a sobreestimar sus habilidades, lo que la lleva a realizar actividades inseguras, más allá de sus posibilidades. Si a lo anterior se agrega un ambiente falto de seguridad, como sucede en la mayoría de los hogares, diseñados para población adulta, las probabilidades de accidentarse se incrementan.

Dada la importancia del problema en estudio y la ausencia de investigaciones que den cuenta de los factores de riesgo que determinan la ocurrencia de lesiones en niños en el hogar en nuestro medio, **la ausencia de la participación de la enfermera profesional en las actividades de promoción a la salud; en el ámbito de la investigación para identificar factores de riesgo, así como en el ámbito de la educación para la salud en el cual enfermería debe demostrar la enorme potencialidad y capacidad para incidir en la atención a los problemas prioritarios de la salud y por ende para innovar acciones del cuidado**, ya que los accidentes pueden controlarse y los aspectos preventivos de los cuidados infantiles debe ser una constante del fenómeno de la salud durante la niñez.

Se requieren medidas de protección y educación a fin de proteger a un niño contra las lesiones accidentales. Las personas responsables en atenderlos deben conocer los riesgos normales de conducta que hacen que los niños sean universales a los accidentes y estar atentos a los factores ambientales que constituyen un riesgo para su integridad por lo que se realiza la presente investigación en servicios de urgencia y hospitalización de Hospital General de Zona del IMSS, logrando obtener información sobre el episodio mismo, sus causas y consecuencias, así como la percepción que de estos daños tiene la población estudiada.

II.- CONTEXTO DE LA UNIDAD EN DONDE SE REALIZA LA INVESTIGACIÓN

Hospital General Regional "Vicente Guerrero"

Dom. Av Ruiz Cotines S/N Col. Alta Progreso

Acapulco, Gro.

Datos Generales:

CAMAS CENSABLES: 261 (62 pediátricas)

CAMAS NO CENSABLES: 101 (10 pediátricas).

Especialidades:

Traumatología, Medicina Interna, Cirugía, Ginecología, Pediatría, Terapia Intensiva, Urgencias, Quirófano, Tococirugía, Laboratorio, Rayos X, Medicina Preventiva, Consulta Externa de Especialidades, Anatomía Patológica, Medicina Física y Rehabilitación, Farmacia, Almacén, Servicios Generales, Mantenimiento y Conservación.

Programas prioritarios:

Lactancia Materna, Alojamiento conjunto, Vacunación al Recién Nacido, Hipotiroidismo Congénito.

Certificaciones:

Hospital Amigo del niño y de la madre

Certificación de Hospitales por el Consejo Nacional de Salubridad

Hospital preparado para desastres.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

Programas prioritarios:

Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS)

Incluye el componente "La salud del niño de 0 a 9 años de edad":

- Promoción de la salud (Desarrollo psicomotor, estimulación temprana, alimentación, prevención de muerte súbita, prevención del raquitismo, prevención de accidentes, prevención de violencia familiar, prevención y control de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias)
- Vigilancia de la nutrición
- Prevención de enfermedades prevenibles por vacunación
- Identificación oportuna de enfermedades que afectan el desarrollo de los niños (Hipotiroidismo congénito, luxación congénita de cadera, defectos visuales, defectos auditivos, defectos posturales)
- Salud bucal

PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS:

No.	DIAGNÓSTICO	0-1 años	1-4 años	5-14 años	TOTAL
1.	Infecç vías resp altas	1007	1434	870	3 311
2.	Gastroenteritis	987	1 212	376	2 575
3.	Asma	296	789	587	1 672
4.	Traumatismo intracraneal	150	322	198	670
5.	Dolor abdominal	74	184	375	633
6.	Fiebre origen desconocido	218	203	186	607
7.	Fractura antebrazo	6	85	304	395
8.	Dorsalgia	3	5	21	29
9.	Diabetes mellitus	2	4	5	11
10.	Hipertensión esencial		2	5	7

Año 2003

(Ninguno de estos diagnósticos aparecen dentro de las diez principales causas de mortalidad en ese año.)

PROGRAMA DE LICENCIATURA SUA-IMSS-UNAM

DELEGACIÓN GUERRERO

Diagnóstico situacional. Comité de Enfermería del IMSS, marzo 2002

Total de Enfermeras	579
Con Licenciatura	65
Sin Licenciatura	514
Tasa global licenciatura	11.23

	2002	2003-2004	2004-2005
Tasa global licenciatura	11.23	15.91	20.61
Enfermeras formadas SUA/IMSS/UNAM		23	
Enfermeras aspirantes Lic.SUA-IMSS			23

III.- MARCO TEÓRICO

1.- El marco epidemiológico de niños accidentados a nivel Internacional

Entre 1990 y 1995, unos 11 millones de niños murieron anualmente antes de cumplir los 5 años y 8.2 millones de ellos no alcanzaron a cumplir 1 año. La mayor parte de esas muertes (98%) se registraron en los países en desarrollo, y en los países menos adelantados se produjo un tercio de las muertes de niños menores de 5 años. En el mundo desarrollado, sólo 11 de 1.000 recién nacidos murieron antes de cumplir el año entre 1990 y 1995; el número de muertes fue de 68 por 1.000 recién nacidos en el mundo en desarrollo. Los niños de los países menos adelantados corrieron peor suerte ya que 109 de 1.000 recién nacidos murieron antes de cumplir el año. De forma análoga, la mortalidad de niños menores de 5 años, un indicador más sensible de los factores socioeconómicos, ambientales y de conducta que la mortalidad infantil, fue siete veces más alta en los países en desarrollo y 12 veces más alta en los países menos adelantados que en los países desarrollados.²

Reconociéndose la importancia de redoblar los esfuerzos para disminuir la mortalidad en la niñez, en la Cumbre Mundial³, en favor de la Infancia y en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se propició la adopción de medidas para promover la supervivencia y salud infantiles y se fijaron metas para disminuir la mortalidad. En el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se establece que todos los países deben tratar de que la mortalidad infantil sea inferior a 35 por cada 1.000 nacidos vivos y que la mortalidad de los niños menores de 5 años se sitúe en 45 por cada 1.000 nacidos vivos en el año 2015.

Un estudio realizado por el *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, se examinaron en primer término los países con una alta tasa de mortalidad -aquellos en los que, según las últimas estimaciones de mortalidad, infantil se registraron desde 1995 por lo menos 100 muertes por cada 1.000 nacidos vivos o en los que se observa una tasa de mortalidad de niños menores de 5 años de 150 muertes por cada 1.000 nacidos vivos-, queda claro que les será difícil alcanzar las metas fijadas, aun cuando cada país mantenga a partir de 1995 una tasa de reducción equivalente a la tasa más alta que realmente se registre en uno de los miembros del grupo (2,3% anual). Los países que integran ese grupo pertenecen en su mayoría a la categoría de países

² Symposium on accident prevention in childhood. Report of a Symposium, 1993 Nov 14-15; Manila. Unpublished WHO document WHO/IRP/ADR, 1994.

³ Sussan MB, Burchinal JG. La red familiar del parentesco en la sociedad urbano-industrial de Estados Unidos. En: Anderson M, comp. Sociología de la familia. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica, 1980.

menos adelantados y están en gran parte en África, especialmente en África occidental y en África oriental. En Asia, los países que componen ese grupo están en el subcontinente indio y, en América Latina y el Caribe, Haití es el único país que integra este grupo⁴.

Si bien se calcula que la mortalidad infantil y en la niñez se ha reducido sistemáticamente desde 1970 en todas las regiones en desarrollo, hay indicios de que el ritmo puede haber comenzado a moderarse en el decenio de 1980, en particular en los países menos adelantados. En la mayor parte de estos países, la menor reducción de la tasa de mortalidad en la niñez se relaciona con la incidencia cada vez mayor de la infección por el VIH. En los países en que este fenómeno es importante, la tarea de disminuir la mortalidad en la niñez puede depender no sólo de los programas encaminados a luchar contra las enfermedades infantiles infecciosas típicas sino también de las medidas que se tomen para prevenir nuevos casos de transmisión del VIH⁵.

La mortalidad infantil y en la niñez en los países desarrollados es invariablemente más alta entre los varones que entre las niñas. No siempre ocurre lo mismo en los países en desarrollo, en los que la ventaja que les llevan las niñas a los varones en materia de supervivencia se ve disminuida a veces por otros factores, incluidas las prácticas de puericultura que, al discriminar en favor de los varones, conducen a un exceso de mortalidad de niñas. Si bien sólo en un reducido número de países en desarrollo se observa un claro exceso de mortalidad de niñas, el tamaño de esos países entraña que el fenómeno tiene una incidencia importante. Se estima, por ejemplo, que se registran anualmente 250.000 muertes prevenibles de niñas menores de 5 años⁶.

En los últimos 20 años, la comunidad internacional se ha movilizado para disminuir las muertes de niños que se pueden prevenir mediante la adopción de medidas estratégicas de bajo costo y gran alcance. A mediados del decenio de 1980, la inmunización de niños se transformó en un componente importante de muchos programas de salud. La inmunización y otras medidas en pro de la supervivencia de los niños contribuyeron a que se prestara apoyo a la salud y al desarrollo infantiles y a que se diera importancia al fomento de la capacidad y al sostenimiento de los programas, en los ámbitos comunitario y nacional⁷.

En el decenio de 1990 se intensificaron los esfuerzos internacionales para mejorar la supervivencia y el desarrollo infantiles, tarea en la que colaboraron estrechamente los gobiernos nacionales, los organismos del sistema de las Naciones Unidas, las organizaciones no gubernamentales y las organizaciones bilaterales y multilaterales. La Cumbre Mundial en favor de la Infancia, celebrada en 1990, constituyó un importante hito en cuanto al incremento de las medidas

⁴ Sussan MB, Burchinal I.G. Op. cit. p.p. 9-20.

⁵ IDEM

⁶ IDEM

⁷ Sussan MB, Burchinal I.G. Op. cit. p.p.22-30

encaminadas a fomentar la supervivencia y el desarrollo infantiles. En el informe del Secretario General de 1996 sobre los progresos hechos a mediados del decenio en la aplicación de la resolución 45/217 de la Asamblea General sobre la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, se señalaba que se avanzó considerablemente en la consecución de las metas fijadas para el año 2000. No obstante, pese a los adelantos, la mortalidad infantil sigue siendo inaceptablemente alta en el mundo en desarrollo, en particular en el África al sur del Sáhara y en Asia meridional⁸.

2.-Los accidentes en menores de 9 años en el marco del Panorama Epidemiológico de México

La salud de los niños ha seguido mejorando, como lo pone de manifiesto la erradicación de la poliomielitis desde 1991, la reducción drástica del sarampión, tos ferina, difteria y tétanos neonatal, el continuo descenso en la mortalidad infantil y de los menores de 5 años, así como de las muertes por enfermedades diarreicas y respiratorias. Estos logros se atribuyen a la conjunción de factores demográficos y socioeconómicos, a lo que se añaden las intervenciones específicas del sector: altas coberturas con esquema completo de vacunación, uso de sales de rehidratación oral y entrega de un paquete básico de servicios a la población sin acceso regular a los servicios de atención médica. No obstante, la salud de los niños no es homogénea en todo el país, con la zona central presentando tasas de mortalidad infantil más elevadas que las zonas norte y sur⁹.

Las principales causas de muerte en los menores de 1 año en 2000 fueron las afecciones del período perinatal, con tasa registrada de 7,5 muertes por 1.000 nacidos vivos en 1995, anomalías congénitas (2,7 por 1.000), neumonía e influenza (1,3), deficiencias de la nutrición (0,5) y accidentes 0,5)¹⁰.

En los hospitales públicos, en el año 2000 los motivos de egreso más frecuentes en menores de 1 año fueron las afecciones perinatales, con 157.454 casos y 57,3% del total de egresos, las enfermedades del aparato respiratorio (10,6 % del total), las enfermedades infecciosas y parasitarias (8,3%) y las anomalías congénitas (7,3%)¹¹.

En los niños de 1 a 4 años de edad los accidentes siguen siendo la primera causa de muerte, con tasas de 22,8 por cada 100.000 niños de 1-4 en el 2000 seguidos por la neumonía e influenza (16,4 por 100.000), las enfermedades

⁸ Symposium on accident prevention in childhood. Op. cit. p. 7

⁹ IDEM

¹⁰ IDEM

¹¹ IDEM

infecciosas intestinales (15,4), las anomalías congénitas (10,4) y las deficiencias de la nutrición (8,0)¹².

En el 2000, de los egresos hospitalarios de niños de 1-4 años, 32,8% del total corresponden a enfermedades respiratorias, 16,6% a enfermedades infecciosas y parasitarias y **10,7% a traumatismos y envenenamientos**¹³.

La morbilidad y mortalidad por accidentes se ha convertido en unos de los problemas prioritarios de salud en el mundo. A medida que disminuyen las causas de muerte debido a situaciones carenciales o infecciosas, los accidentes emergen como un factor de muerte, discapacidad y enfermedad que requiere ser reducido y evitado.¹⁴

Por otro lado, el aumento de los accidentes ocurridos en la ciudad de México se ha reflejado en un mayor número de niños lesionados en accidentes en años recientes que han sido internados en el hospital primero de octubre del Instituto de Seguridad Social para Trabajadores del Estado (ISSSTE) durante los últimos nueve años, en 1991 los egresos por accidentes significaron 5% y en 1997-98 aumentaron al 15.9%.¹⁵

En 1997 los accidentes ocuparon el cuarto lugar como causa de muerte en la República Mexicana con un peso relativo de 8.1% del total de las defunciones del país. El Instituto Nacional de Pediatría (INP) informa acerca de 1,219 niños hospitalizados por accidentes y el sistema Nacional de Salud, publicó que en 1994, hubo 259,610 egresos hospitalarios por traumatismos y envenenamientos.

Cualquier esfuerzo realizado para disminuir las tasas de mortalidad en la infancia debe ser necesariamente contemplar la prevención de accidentes y lesiones.¹⁶

En datos reportados por el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (1996), los accidentes siguen siendo en nuestro país la primera causa de defunción infantil y en particular , las quemaduras de origen térmico que generalmente, ocurren en el hogar en la etapa del lactante mayor y preescolar. Las quemaduras en niños ocurren la mayor parte en el hogar , la causa más frecuente es la escaldadura con 42% incluyendo las lesiones por agua caliente, seguida de lesiones, por fuego directo¹⁷.

En materia de morbilidad hospitalaria se informó de 7,651 egresos hospitalarios debido a envenenamientos y efectos tóxicos, los cuales representaron 3.6% del total de egresos por traumatismos y envenenamientos. A los cinco años son muy inquietos, tienden a llevarse todo a la boca para probar la consistencia y es también en este período, cuando suelen comer solos, brincar, reír, llorar y con

¹² IDEM

¹³ IDEM

¹⁴ Meneses Fmrea, Ruiz. R. y Hernández M. Accidentes y lesiones en cuatro hospitales Generales del Distrito Federal. Instituto de Salud Pública. México 1997

¹⁵ IDEM

¹⁶ IDEM

¹⁷ Secretaría de Salud. Anuario estadístico de accidentes y lesiones. México. 2002

facilidad pueden caer ,lo que hace que no esté concentrado en masticar y deglutir ocasionando los accidentes por bronco aspiración¹⁸

La introducción de un cuerpo extraño es un accidente que se presenta en el hogar, estos suelen ser: semillas, se presentan en menores de 3 años con más frecuencia y se localizan en los bronquios en las mayorías de las ocasiones, su manejo es urgente y su extracción es por endoscopia.

El manejo de las lesiones óseas en el niño tiene características especiales por tener particularmente formas anatómicas, fisiológicas y biomecánicas que las diferencian del adulto.¹⁹

Una alta proporción de las muertes suceden en el hogar (30%), por lo que se ha instrumentado una estrategia de capacitación a las madres para identificar los signos de alarma y acudir a los centros de salud. Las principales causas de muerte en el 2000 fueron los accidentes²⁰, con una tasa de 11,8 por 100.000 habitantes (16,2 en hombres y 7,3 en mujeres), entre los cuales los más frecuentes fueron los de tráfico de vehículos de motor (42% del total); el segundo lugar lo ocuparon los tumores malignos, con 4,3 por 100.000, de los cuales el más frecuente fue la leucemia. Le siguen las anomalías congénitas para las mujeres (2,0) y los homicidios para los hombres (2,5). El cuarto lugar lo ocuparon las neumonías e influenza para las mujeres (1,7) y las anomalías congénitas para los hombres (2,0). Comparando las principales causas de muerte en 1995 y en 1992, lo más notable es la disminución de las tasas de muertes por accidentes en 20 % (tasa de 14,8 en 1992)²¹.

En los niños de 5 a 14 años en el 2000, los traumatismos y envenenamientos constituyeron 20,5% de las hospitalizaciones, seguidos por las enfermedades del aparato respiratorio (17,1%), las enfermedades del aparato digestivo (13,1%) y las enfermedades del aparato genitourinario (7,4%)²².

En el 2000 se contaron 14.324 menores viviendo en las calles los cuales son atendidos por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) mediante una estrategia de corresponsabilidad de los niños, la familia y la comunidad, que incluye un estímulo económico, la entrega de una despensa básica y revisiones médicas preventivas, al menos tres veces al año²³.

La Encuesta Nacional de Nutrición (ENN) de 1998, última disponible, señaló que 41,9% de los menores de 5 años presentaban algún tipo de desnutrición para el

¹⁸ Secretaría de Salud. Anuario estadístico de accidentes y lesiones. México. Op. Cit. P. 12

¹⁹ Zaredo. A. Medicina Interna Pediátrica. Editorial Interamericana. México 1998

²⁰ Secretaría de Salud. Anuario estadístico de accidentes y lesiones. México. 2002

²¹ Secretaría de Salud. Anuario estadístico de accidentes y lesiones. México. Op. Cit. Pp. 9-12.

²² IDEM

²³ IDEM

indicador peso para la edad y que, por los criterios de peso para la talla y talla para la edad, 29,2% de los niños tenían algún tipo de desnutrición²⁴.

Los accidentes más frecuentes en infantes, preescolares y escolares fueron los de tráfico, seguidos por el ahogamiento y sumersión, y por las caídas accidentales, excepto en los menores de 1 año, para los que el segundo lugar corresponde a los envenenamientos accidentales. En la población de 65 y más años, la tasa de mortalidad por lesiones y accidentes también descendió entre 1992 y 1995²⁵.

En el 2000 se reporta poco más de 15.000 denuncias de maltrato infantil. La forma más frecuente es el maltrato físico, seguido del maltrato emocional y, en tercer lugar, el abuso sexual.

3.- La respuesta del sistema de salud

Para hacer frente a este problema de salud, en 1987 se creó el Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes, con la misión de proponer acciones de prevención, atención y control de daños a la salud en materia de accidentes y en marzo de 1998 se reinstala el mismo con objeto de:

1. Fortalecer la operación descentralizada de los Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes.
2. Instrumentar un programa de educación para la prevención de lesiones por accidentes.
3. Diseñar y operar un programa de formación, capacitación y desarrollo del personal de salud en la materia.
4. Fomentar la investigación sobre las lesiones por accidentes.

Políticas y planes nacionales de salud

Las principales políticas de salud se vinculan con la reorganización del sistema para ampliar la cobertura y prestar servicios eficientes y de calidad a la población, y con la atención a los trastornos derivados de los problemas epidemiológicos y demográficos actuales. Para atender al primero de estos objetivos, en 1995 se puso en marcha el Programa de Reforma del Sector Salud y para el segundo, la Secretaría de Salud definió en 1997 las funciones prioritarias en relación con la prevención y control de enfermedades.

La reforma del sector salud

El Programa de Reforma del Sector Salud 1995–2000 establece la libre elección por los derechohabientes de la seguridad social y del médico que los atenderá; la

²⁴ IDEM

²⁵ IDEM

creación de un seguro familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para la afiliación voluntaria de personas con capacidad de pago; la transferencia a los estados de los servicios de salud para la atención de la población abierta; el incremento de la participación municipal en salud; la ampliación de la cobertura; la reorganización del sistema, de modo que la Secretaría de Salud ejerza el papel rector y normativo y el IMSS separe las funciones de financiamiento y de provisión de servicios para introducir la competencia entre prestadores de servicios²⁶.

En agosto de 1996 se firmó el acuerdo nacional que transfiere del nivel central a los estados 121.000 plazas, 7.370 bienes inmuebles y US \$ 1.100 millones. La federación mantiene las facultades de establecer las normas de salubridad y regular los servicios, el control sanitario de productos y establecimientos, la certificación de profesionales y la acreditación de unidades de salud, la generación de estadísticas nacionales y la representación internacional del sector. Las direcciones estatales y municipios comparten la organización, operación y vigilancia de los servicios de salud públicos y privados, el control sanitario de los servicios a la población y el desarrollo de las tareas de promoción y orientación para la salud²⁷.

En 1996, la Secretaría de Salud puso en marcha el programa de ampliación de cobertura, basado en la prestación de un paquete básico de servicios de salud para la población con acceso nulo o limitado a los servicios médicos en la zona rural, que en 1997 llegó a cubrir a 6 millones de personas en 18 estados. En 1997 el IMSS introdujo el seguro familiar de salud para los que se afilien voluntariamente mediante el pago de una cuota complementada con un aporte del Gobierno²⁸.

Organización del sector salud

La organización del sistema de salud aún está estrechamente vinculada con las formas de producción, de modo tal que los empleados del sector privado y los trabajadores por cuenta propia están cubiertos por el IMSS, que se financia con las contribuciones de empleados, patrones y el gobierno; los trabajadores del sector público están cubiertos por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado y otros institutos como el de las fuerzas armadas, del petróleo y de la universidad nacional; un segmento de población no bien cuantificado se atiende en forma privada, y el resto (más de 40 millones de personas) en los establecimientos de la Secretaría de Salud y en el IMSS-Solidaridad. El 51% de la población tenía seguro médico (la seguridad social en la mayoría) en 1995. Unos 10 millones de habitantes no tenían acceso regular a los servicios de salud en 1995²⁹.

²⁶ Programa de reforma del sector Salud 1995-2000.

²⁷ Programa de reforma del sector Salud 1995-2000, p. 9

²⁸ Programa de reforma del sector Salud 1995-2000, p. 10

²⁹ Programa de reforma del sector Salud 1995-2000, p. 11

El ordenamiento jurídico del sector se basa principalmente en dos leyes generales, actualizadas periódicamente: la Ley General de Salud y la Ley del Seguro Social. En 1997 entraron en vigor un conjunto de modificaciones a la Ley del Seguro Social que renovaron esquemas y prácticas de los regímenes de pensiones y de salud, entre ellas la reducción del aporte patronal y el aumento del gubernamental, el desarrollo del seguro de salud familiar para los que deseen afiliarse voluntariamente, y la opción de reversión de cuotas para los empleados de un mismo centro de trabajo que prefieran ser atendidos por otros prestadores, en la que el IMSS conserva la función recaudadora. Ese año se introdujeron 52 reformas a la Ley General de Salud para hacer más efectiva la desregulación sanitaria, introducir una nueva clasificación de los medicamentos y desarrollar el uso de genéricos en el mercado privado, precisar la competencia de la Secretaría de Salud en el control de células humanas, mejorar la vigilancia de productos biotecnológicos y otorgar facultades a la Secretaría para determinar las leyendas de los envases de productos alcohólicos y de cigarrillos³⁰.

Las acciones de regulación sanitaria en los últimos cuatro años se orientaron hacia la prevención y control de enfermedades, especialmente en el primer nivel de atención (diabetes mellitus, cáncer del útero y de la mama, tuberculosis, VIH/sida, rabia); la normalización de los servicios a grupos especiales de población (la mujer en el embarazo, el parto y el puerperio, crecimiento y desarrollo de niños y adolescentes, servicios de planificación familiar y atención psiquiátrica); la descentralización (delegación de facultades a los estados en materia de salud pública, disposición de sangre y emisión de autorizaciones y licencias sanitarias), y las nuevas estructuras y órganos de la Secretaría de Salud (integración de patronatos en hospitales, institutos y jurisdicciones sanitarias, integración del Consejo Nacional de Salud y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico³¹).

La promoción de la salud constituye una línea estratégica dentro de las funciones prioritarias para la prevención y control de enfermedades definidas por la Secretaría de Salud. Las estrategias de trabajo son la educación para la salud y la participación social. Se aplican en seis componentes: salud familiar, salud integral del escolar, salud integral de los adolescentes, municipios saludables, ejercicios para el cuidado de la salud y desarrollo de contenidos educativos. Un componente clave es la estrategia de los municipios saludables, que ha propiciado el liderazgo político local de los presidentes municipales y la participación organizada de la sociedad en la definición de prioridades, y la ejecución de programas locales que generalmente tienen un enfoque de promoción de la salud. Otro proyecto en marcha desde 1996 es el llamado "de corazón a corazón", que integra iniciativas del sector empresarial privado, la Organización Panamericana de la Salud y la Secretaría de Salud, bajo la conducción de la autoridad nacional de salud, y que

³⁰ Programa de reforma del sector Salud 1995-2000. p.p. 15-21

³¹ IDEM

está realizando una importante campaña de comunicación social para la reducción del tabaquismo y del sedentarismo y la promoción de hábitos nutricionales saludables.

En 1997 la Secretaría de Salud estableció un nuevo modelo de prioridades en prevención y control de enfermedades, definiendo 10 programas de impacto directo en el estado de salud de grupos específicos de población: salud reproductiva; **atención a la salud del niño**; atención a la salud del adulto y del anciano; enfermedades transmitidas por vectores; zoonosis; mico-bacteriosis; cólera; urgencias epidemiológicas y desastres; VIH/sida y otras enfermedades de transmisión sexual, y adicciones³².

4.- Atención primaria a la salud y el sector de la salud

La atención primaria de la salud³³ ha contribuido de forma considerable al mejoramiento del estado de salud de la población. Sin embargo, tras la Declaración de Alma-Ata, transcurrió un largo periodo antes de que se comenzara a reorientar los recursos humanos y financieros hacia la atención primaria de la salud. Las decisiones que se adoptan en el sector de la salud todavía favorecen la medicina clínica de carácter curativo y no el fomento de la salud pública de carácter preventivo. Los sistemas y servicios de salud pública cuentan con menos recursos de los que necesitan y la atención de los grupos vulnerables, los discapacitados y las personas de edad recibe en general un apoyo insuficiente.

Respecto de los recursos humanos, mientras los países desarrollados con economías de mercado tienen un número estimado de 750 enfermeras y parteras por cada 100.000 habitantes y los países con economías en transición cuentan con un número estimado de 800 enfermeras, en los países menos adelantados hay sólo 20 enfermeras por cada 100.000 habitantes. Cabe señalar como algo positivo que va en aumento la demanda general de servicios de enfermería y partería y que en todas las regiones en las que funciona la Organización Mundial de la Salud (OMS) se informó del aumento de la demanda de apoyo a la capacitación de enfermeras y al desarrollo de recursos humanos³⁴.

En la mayor parte de los países aún se registra una marcada preferencia por confiar a los médicos la atención principal de los pacientes, aun cuando la experiencia demuestre que las enfermeras y otros trabajadores de la salud pueden prestar muchos de los mismos servicios con igual idoneidad. Es necesario intensificar la supervisión de la productividad de los trabajadores del sector de la salud, la calidad de los servicios y los costos.

En 1996 la OMS emprendió una iniciativa encaminada a tratar la amplia cuestión de la equidad en materia de salud y atención de la salud. Con esta iniciativa se

³² Programa de reforma del sector Salud 1995-2000, p. 24

³³ IDEM

³⁴ IDEM

busca garantizar que las necesidades de la población y no sus privilegios sociales determinen las oportunidades de lograr el bienestar y que se reduzcan las disparidades evitables que caracterizan el estado de salud de hombres y mujeres y de los grupos con distintos niveles de privilegio social o de los servicios de salud que se les presta.

Las intervenciones destinadas a solucionar los problemas de las personas de edad, los discapacitados y las personas con VIH/SIDA son más eficaces cuando se realizan en el ámbito comunitario. Análogamente, la promoción de la lactancia natural, el asesoramiento en salud genésica y la educación de las madres en puericultura tienen una repercusión más directa cuando provienen de personas que pertenecen a la comunidad que cuando parecen impuestos por una burocracia central.

Definición e importancia de la educación para la salud.

La estrategia de la atención Primaria a la Salud (A.P.S)³⁵, pretende que el individuo y la comunidad conozcan participen y tomen decisiones sobre su propia salud, adquiriendo así responsabilidades sobre ella. La única forma posible en que esto se realice, es que la comunidad pueda tomar conciencia de cuál es su situación, qué problemas ha de resolver por sí misma y sobre qué aspectos tiene derecho a exigir solución al nivel central.

Esta toma de conciencia y participación no brota espontáneamente en la comunidad si no es propiciada a través de la apertura de espacios de discusión y reflexión sobre aquellos problemas que más los afectan. Aquí entra la educación para implicar responsablemente al individuo y la comunidad en la toma de decisiones en la defensa y promoción de salud.

La decisión para la salud debe generar el desarrollo de todas aquellas potencialidades que transformen al individuo y la comunidad en dueños de su propio destino, en constructores de alternativas y soluciones.

Entendemos la educación para la salud³⁶ como un proceso que tiende a lograr que la población se apropie de nuevas ideas, utilice y complemente sus conocimientos para así estar en capacidad de analizar su situación de salud y decidir cómo enfrentar mejor, en cualquier momento, sus problemas.

¿ Por qué es importante la educación para la salud ?

³⁵ Sánchez Rosado, Manuel "Educación para la Salud" en Elementos de Salud Pública. México. Mendez Editores, 1998. p. 13

³⁶ Kroeger Axel y Luna Ronaldo (compiladores) "Educación para la Salud" en **Atención Primaria a la Salud**. 2da. Edición México OPS-PAX 1997. p.p. 151-181

1. Porque intenta fomentar la organización comunitaria mediante la reflexión crítica de aquellos factores sociales, políticos y ambientales que inciden en el estado de salud de la población en función de acciones concretas y organizadas para transformarla.
2. Propicia y estimula un espacio de intercambio entre distintas formas de saber, tales como el conocimiento técnico-científico y otras formas de conocimiento local a través de un diálogo democrático entre ellos. Reconoce la pluralidad cultural en que se desarrolla y la legitimidad de otra lógica, facilitando el encuentro horizontal entre distintas vertientes culturales y racionales.
3. Al involucrar a la comunidad en actividades de salud, va ganando experiencias de participación y por consiguiente abre camino hacia otras forma de comprometerse con su propio desarrollo³⁷.

Lo anterior nos lleva a analizar algunas principales deficiencias en los programas de educación para la salud desde el marco referencial y conceptual de éste trabajo:

A pesar de haber transcurrido muchos años desde la conceptualización de la A.P.S. que incluye la educación para la salud como instrumento fundamental para lograr una mejora de las condiciones de vida de la población³⁸, muchos de los programas de salud comunitaria continúan siendo deficitarios.

Entre las causas que condicionan estas deficiencias podemos señalar las siguientes:

- Frecuentemente los programas son diseñados a nivel central y no se adecuan a la realidad local. Esto puede manifestarse en diferentes formas:
- Los objetivos perseguidos por los programas no responden a los problemas sentidos por la población al no haber sido definidos en función de ésta.
- Los canales de información elegidos no logran llegar a los grupos objetivos; por ejemplo el uso de carteles escritos para una población analfabeta o de mensajes televisivos para grupos que carecen de aparato receptor.
- Se facilitan informaciones que no responden a preguntas o inquietudes de la población, o bien cuyos contenidos son incomprensibles por el

³⁷ Kroeger Axel y Luna Ronaldo (compiladores) "Educación para la Salud" en **Atención Primaria a la Salud**. Op. Cit. P. 160.

³⁸ Kroeger Axel y Luna Ronaldo (compiladores) "Educación para la Salud" en **Atención Primaria a la Salud**. Op. Cit. P. 168.

propio lenguaje, ajeno a la población, o por ser contrario a sus vivencias y valores.

- Se utilizan técnicas y materiales didácticos que no han sido puestos a prueba antes de su elaboración final y cuyo impacto educativo no ha sido medido. Así por ejemplo el uso de métodos didácticos semejantes a los de la escuela, olvidando que se trata de adultos.

Consideramos que una falla que se comete en algunos programas de salud es no ser coherentes con la disponibilidad de recursos. A través de carteles, folletos, películas y otros medios se estimulan a la gente a utilizar servicios que están escasamente disponible o totalmente ausentes. Por ejemplo, el promover el uso de sales de rehidratación oral, cuando pasan meses sin proveerlas; fomentar medidas de higiene como hervir el agua, cuando el costo de la leña es alto.

1. Aunque se ha prestado mucha atención a la elaboración de programas y materiales para la educación en salud, se ha descuidado con mucha frecuencia la preparación de las personas sobre quienes recaen la responsabilidad de realizar actividades de educación y promoción de la salud. La mayoría de ella no dispone ni recibe la información básica necesaria que le permitan diseñar, organizar y realizar prácticas educativas de acuerdo a las necesidades y al contexto de sociocultural de la población con quien trabaja.
2. Se pretende motivar a la población a incorporar conductas que no han sido adoptas por el propio equipo de salud. Por ejemplo, se promociona la higiene personal y de la vivienda presentando el centro de salud o puesto de salud unas condiciones de higiene lamentables. Se busca promover la reflexión y conciencia crítica por parte de la comunidad, que le lleve a organizarse y a trabajar como colectivos para resolver sus problemas, sin lograr que el equipo de salud actúe como equipo, discutiendo y planificando entre todos los aspectos técnicos y operativos de los programas.
3. Aunque los programas de la A.P.S. promueven la participación popular³⁹ incluso logran en ocasiones que se lleguen a una evaluación conjunta entre personal de salud y la comunidad de las actividades realizadas, pocas veces estas llegan a influir sobre las decisiones a nivel central. Por ejemplo se explica a los trabajadores básicos de salud de la campaña de vacunación para analizar entre todos las fallas y las deficiencias, observándose donde habría que realizar cambios; sin embargo en la siguiente jornada se cometen las mismas fallas: esto significa que no hubo influencia de la retroalimentación.

De ésta manera el personal de Enfermería tiene como meta principal del proceso de educación.

³⁹ Kroeger Axel y Luna Ronaldo (compiladores) "Educación para la Salud" en Atención Primaria a la Salud. Op. Cit. P. 162.

La educación para la salud es una tarea difícil, no sólo porque, habitualmente, el personal de salud que ha de llevar a cabo no se encuentra capacitado para ello sino también por no ser un trabajo que produzca trabajos inmediatos. A esta dificultad se agrega la presión de la población que requiere solución a sus problemas actuales de salud, es decir medicina curativa. Eliminar su trabajo a acciones curativas es una tentación fácil para el personal de salud, ya que representa la función para la cual ha sido capacitado y así soluciona dos problemas. Evita las dificultades de la educación para la salud y da respuestas inmediatas a las solicitudes de las comunidades.

Sin embargo el nuevo enfoque de las políticas de la salud⁴⁰ busca la implicación responsables de la comunidad en las acciones de salud. Para que esto sea posible se requiere en primer lugar un cambio de actitud por parte del personal de salud. Una posición frecuente por parte de este ha sido evitar socializar sus conocimientos incluso dando una información incomprensible en términos médicos, por temor a perder su autoridad como saber único.

Si se persigue un cambio en el papel de la comunidad en salud, el personal sanitario ha de aprender a escuchar, dialogar y aprender de los temas, así como compartir sus propios conocimientos.

El dialogo va a permitir al personal de salud entrar en contacto con otras formas de conocimiento como otro camino para ser las cosas. También va a facilitar a la población el conocimiento sobre el trabajo del equipo de salud, sus dificultades y limitaciones para poder tomar decisiones y aprender caminos conjuntamente.

Desde el momento que la gente se siente escuchada y comprendida con espacio para recibir sobre la salud, puede aceptar las responsabilidades frente a ella.

Consideramos que:

El éxito de la educación en salud sólo puede alcanzarse en la medida que el personal de enfermería logre captar la confianza y participación de la comunidad en los trabajos de promoción de salud, y estos son los posibles si se trabaja en función de sus necesidades, anhelos e inquietudes.

El equipo de trabajo de Enfermería en el centro de salud

Las actividades de prevención de enfermedades o promoción de la salud deben estar acompañadas de un buen nivel de prestación de servicios curativos básicos, en lo relacionado a su eficacia y el trato personal. La forma como el personal de enfermería organicen, planifiquen y ejecuten su trabajo decide en gran parte la confianza de la población a sus servicios de salud⁴¹.

⁴⁰ Programa de reforma del sector Salud 1995-2000.

⁴¹ Kroeger Axel y Luna Ronaldo. Op. Cit. p.1049

Si bien existen comunidades organizadas con experiencia colectivo lo mas frecuente es encontrar comunidades poco organizadas. Por ello tratar de aglutinar los esfuerzos de la comunidad en torno a la promoción de la salud y prevención de enfermedades, no es tarea fácil y requiere en primer lugar de un fortalecimiento del equipo de salud como tal, se debe buscar siempre que los trabajadores de salud impriman a sus actividades un carácter de trabajo en equipo.

Es indispensable conjuntamente establezcan sus recursos, conozcan sus limitaciones y estén en condiciones de plantear propuestas para mejorar la situación de la salud en la comunidad.

La credibilidad de esta propuesta dependerá mucho de la relación que la población establezca con el personal de enfermería. Lo que se debería esperar es que la comunidad sienta ese trabajo como propio y no solamente que lo acepte. Unas instalaciones extrañas al ambiente, frías donde solamente se recurre cuando hay problemas, donde no se presta un servicio con regularidad y hay mal humor difícilmente pueden llegar a sentirse como propias.

Una **unidad de primer nivel de atención**⁴² puede servir de lugar de información y difusión y actividades comunitarias de diverso orden. En sus instalaciones se puede realizar después de las labores diarias, diferentes eventos como charlas, reuniones o encuentros de grupos de la comunidad. Es muy importante que en un lugar visible se presenten los horarios de atención, los servicios que se prestan y las actividades de promoción que están programadas. Disponer de un espacio afuera para recreación de los niños mientras esperan ser atendidos y procurar que la comunidad y el buen trato de las personas que visitan el lugar, ayuda a contrarrestar ese sentimiento de intimidación y temor que generalmente esas instalaciones producen.

El personal de Enfermería debe disponer de un lugar adecuado para la reflexión continua sobre su trabajo, la preparación y elaboración de materiales y realización de actividades para la Educación para la Salud.

El centro de salud se convierte en un lugar de encuentro intercambio entre el equipo de salud y la comunidad.

⁴² Kroeger Axel y Luna Ronaldo (compiladores) "Educación para la Salud" en Atención Primaria a la Salud. Op. cit., p.p. 151-181

El rol del Enfermería como educador en salud comunitario

En las nuevas orientaciones de la educación para la salud una de las funciones atribuidas al educador es la de poder generar una conciencia crítica que derive en decisiones organizadas sobre problemas concretos que afectan a la población, a través del proceso educativo. Generar conciencia crítica en los otros, implica el esfuerzo de desarrollar la propia conciencia. Esto quiere decir, examinar las actitudes con que se asumen las relaciones con los compañeros de trabajo y la comunidad si se está abierto a escuchar a ser interpelado y si se es flexible con las propias convicciones⁴³.

Por eso consideramos que evaluar las prácticas de enseñanza, los aciertos y limitaciones las diferencias culturales con los participantes que impiden o aportan al proceso educativo, debe asumirse como un ejercicio permanente de Enfermería en su función de educador.

De alguna manera se acostumbra más a evaluar la formación de los participantes a través de una experiencia y menos la de los educadores y así precisar qué nuevas actitudes, conocimientos y habilidades se necesitan aprender para desempeñar mejor sus funciones. Si uno quiere cumplir un papel determinado es indudable que tiene que formarse para ello y evaluar periódicamente su experiencia formativa.

La función de fomentar la responsabilidad de las personas sobre su propia salud, así como de reducir la dependencia de la población, hace aparecer bajo una nueva luz el papel del personal de enfermería.

El compromiso con la educación para la salud exige que todo el equipo de la salud cambie radicalmente su manera convencional de pensar y actuar.

El personal de salud que trabaja en las A.P.S⁴⁴, se ve en la necesidad de integrar las actividades de salud con la cultura, la producción, la educación, la problemática de la mujer, el desarrollo de la organización, etc., tarea que va más

⁴³ Sánchez Rosado, Manuel "Educación para la Salud" en Elementos de Salud Pública. México, Mendez Editores, 1998. p. 28

⁴⁴ Kroeger Axel y Luna Ronaldo (compiladores) "Educación para la Salud" en Atención Primaria a la Salud. Op. cit., p.p. 181-182

allá de su papel tradicional en el campo de salud. En resumen, señalaremos algunas de las funciones que creemos son las más importantes para el mejor desempeño del trabajo del personal de Enfermería en el rol de educador en salud:

- Lograr canalizar y conducir las situaciones conflictivas improductivas y nocivas hacia un diálogo reflexivo al interior y entre el equipo de salud y las organizaciones de la comunidad.
- Fortalecer el rol del trabajador básico de salud en las comunidades a través del supervisiones adecuadas.
- Motivar a las personas que integran el equipo de salud a que periódicamente discutan y revisen el funcionamiento de las acciones de salud, buscando que éstas estén estrechamente relacionadas y sean apoyo concreto y práctico a otras iniciativas que en otros campos intentan mejorar las condiciones de vida de la población.
- Fortalecer el desarrollo basado en la autodeterminación y evitar modelos que impliquen dependencia, es decir, dotar a la población de herramientas apropiadas que le permitan conducir su propio desarrollo.
- Apoyar la formación de las personas que integran el equipo de salud discutiendo conjuntamente el diseño de los programas educativos su orientación, sus materiales de apoyo, sus limitaciones y el conjunto de aspectos que dificulta el conseguir la aceptación y participación activa de la población en la implementación de los mismos.

5.- Importancia de la educación para la salud

La Educación para la Salud⁴⁵ es uno de los capítulos más importantes de la salud pública, porque a través de un adecuado comportamiento de la población en el proceso de salud enfermedad es posible evitar un número considerable de padecimientos, retrasar su desarrollo, lograr la restauración de la salud en el menor tiempo o prevenir invalideles, incluso en muchos caso obtener una más rápida rehabilitación.

El problema es que la población en ocasiones ignora la existencia de los padecimientos, desconoce las verdaderas causas y los mecanismos de transmisión y, en consecuencia su conducta para prevenirlos y para curarlos está condicionada la información y orientación que haya recibido lo que muchas veces es erróneo porque se sustenta en creencias propuestas de orden mágico o religiosos⁴⁶.

⁴⁵ Sánchez Rosado, Manuel "Educación para la Salud" en Elementos de Salud Pública. México. Mendez Editores, 1998. p. 29

⁴⁶ IDEM

Seguramente que muchas enfermedades y muertes podría evitarse y la población tuviera suficiente información y orientación sobre: la existencia por lo menos de los principales padecimientos que afectan a la población las causas que determinan su presencia, los mecanismos de transmisión, el daño que la enfermedad ocasiona al individuo, a la familia y al comunidad; las medidas que deben seguirse para su prevención y la conducta de la persona y de la familia cuando se ha adquirido el padecimiento.

La deficiencia en la educación para la salud determina que el impacto de los programas de salud sean insuficientes, costosos y de poca duración. En general se observa que aunque el personal de salud reconoce el valor de la educación para la salud, los programas disponen de muy escasos recursos para realizar esta labor, lo que se traduce en una insignificante participación de la población y en un mal aprovechamiento de los servicios de salud. El rendimiento de los servicios de primer nivel es muy bajo y también lo es el índice de ocupación de los hospitales de segundo nivel para la población abierta lo cual es paradójico, porque las comunidades tienen muchas necesidades de atención y por otro lado existen servicios que se aprovecha muy poco⁴⁷.

Ante esta situación es indudable la necesidades incrementar la educación para la salud, tanto para lograr el efectivo auto cuidado de la misma, como para favorecer el uso adecuado de los servicios existentes.

La ATENCIÓN A LA SALUD actual debe ser esencialmente preventiva pero esto requiere de procesos de educación sanitaria dirigida a la población para que cambie su conducta, que la población se convierta en protagonista para pensar en su salud, por un comportamiento preventivo. Resulta fácil señalar ese cambio pero en la práctica es muy difícil porque tal vez se cree que ésta es cuestión de sentido común, el resultado es que los propios médicos no tienen una conducta preventiva hasta señalar cuántos médicos y estudiantes de medicina continúan fumando, sin importar el daño que se están ocasionando, o también observar incluso en las afueras de los grandes hospitales de nuestro país cuántos consumen alimentos preparados y manejados sin cumplir los requisitos mínimos de higiene⁴⁸.

6.- Planificación de un programa de educación para la salud

Como todo programa de desarrollo social, el diseño de una campaña de educación para la salud requiere de una serie de etapas.

⁴⁷ Sánchez Rosado, Manuel "Educación para la Salud" en Elementos de Salud Pública. México. Mendez Editores. 1998. p. 36

⁴⁸ Izquierdo A, Delás Amat J. Prevención de los accidentes desde la consulta. Medicina Clínica. Prensa Médica 1991. p. 57

PRIMERA ETAPA

Investigación local, para comprender mejor al grupo objetivo y sus necesidades.

SEGUNDA ETAPA

Planificación de actividades a partir de los resultados de la investigación para establecer métodos y objetivos.

TERCERA ETAPA

Desarrollo de los materiales que van a ser utilizados.

CUARTA ETAPA

Pruebas de los materiales en el seno de la comunidad a quien han de ser sometidos a pruebas de nuevo antes de su uso definitivo.

QUINTA ETAPA

Realización del programa

SEXTA ETAPA

Evaluación del programa, durante su desarrollo y al final del mismo.

Si se pretende realizar un programa participativo, ha de serlo en todas sus fases, es decir, las personas que constituyen el grupo objetivo, deben verse implicadas en todo el proceso desde la definición de los objetivos en función de sus necesidades hasta la evaluación del programa⁴⁹.

OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN LOCAL

Para hacer una planificación adecuada de la educación para la salud hay que comenzar por conocer las características condiciones de vida y necesidades de la población a quien va dirigida. Para ello se requiere una investigación a nivel local, que no tiene que durar mucho tiempo pero que nos va a aportar datos básicos imprescindibles para hacer más efectivo el programa.

Así se buscarán datos generales como características demográficas, status socio-económico, vías de comunicación y transporte presencia de servicios de salud oficiales y no oficiales, organización de la comunidad y líderes⁵⁰.

Un buen conocimiento previo del grupo objetivo o comunidad va a permitir que el trabajo de educación para la salud se adapte a la realidad local, incrementando así su eficacia.

⁴⁹ Sánchez Rosado, Manuel. "Educación para la Salud" en Elementos de Salud Pública...op. cit. p p. 148-156

⁵⁰ Sánchez Rosado, Manuel. "Educación para la Salud" en Elementos de Salud Pública...op. cit. p. 156

Muy importante antes de la elaboración de nuevos materiales didácticos, es la revisión de los existentes ya sean nacionales locales o internacionales; para ver cuales pueden ser utilizados.

Para que haya una buena adaptación socio-cultural del programa es necesario investigar sobre conocimientos y prácticas, tanto de la población como del personal de salud implicado en el programa⁵¹.

Por otro lado hay que establecer cuáles son las fuentes de información más confiables para la población, así como los canales de comunicación más efectivos que pueden ser muy variados, desde institucionales, líderes o comunicación interpersonal.

Es necesario penetrar el habla del grupo o comunidad objetivo, conocer su riqueza y adoptar los términos, expresiones y metáforas. Determinar si el uso o no de materiales escritos o gráficos es habitual entre la población⁵².

Efectividad de la intervención en prevención de accidentes

La prevención se basa en una doble estrategia, de protección y de promoción:

1. **Vía de la protección** o de modificación técnica del medio, con la eliminación de elementos capaces de lesionar ("seguridad") y su legislación correspondiente.
2. **Vía de la promoción educativa** o de modificación del huésped, a través de la educación (información y habilitación).

La efectividad de las intervenciones en prevención de accidentes es inversamente proporcional al esfuerzo que precisan. Por ello las medidas técnicas de protección que sean sencillas y poco engorrosas, al no precisar cambios de actitudes o conductas activas, resultarán más efectivas.

No se tienen muchos datos acerca de la efectividad de cada intervención educativa aislada, sin embargo el consejo promotor del uso de asientos de seguridad para los automóviles parece ser especialmente efectivo, reduciéndose la cifra de lesiones graves hasta en un 70%. La experiencia aplicado a niños menores de 4 años, y enfocado a la seguridad de ocupantes de coche, quemaduras y caídas) demuestra que el consejo sistemático es un método efectivo y factible en atención primaria.

Dada la complejidad del problema, se considera necesario un planteamiento multisectorial, que implique a la industria, a la escuela, a la publicidad e información pública y al Sector Salud.

⁵¹ IDEM

⁵² Vilamajó R, Tosquella R. Aproximación a los hábitos de prevención de accidentes infantiles en nuestro medio. Hospital Infantil de México. Pp. 45-49

Información continuada a la población a través de los medios de comunicación

- La educación, que implica acciones específicas y continuadas que mejoren los hábitos. La escuela puede jugar un papel trascendental. Falta mayor investigación sobre la motivación sobre conductas de seguridad a distintas edades, principalmente la adolescencia. Aún cuando se reconoce que la educación es esencial, se desconoce todavía el grado de eficacia preventiva de distintos métodos de educación grupal.
- La legislación o normativa puede potenciar el uso de medidas protectoras (por ej.: asientos de automóvil, casco en bicicleta o monopatín, seguridad de edificios con presencia de público, etc.).

Consejos preventivos en atención primaria

Está demostrada la eficacia de las medidas de protección de accidentes domésticos y en vehículos. A pesar de ello no ha sido aún evaluada la efectividad del consejo para adoptar dichas medidas. No obstante, todos los grupos de expertos recomiendan que en los controles del niño sano, e incluido en la práctica sistemática del consejo de salud a los padres, preguntar por las medidas de prevención de lesiones que la familia haya adoptado, para conocerlas y en su caso reforzarlas. Después podrán proponerse otros procedimientos de prevención de lesiones, de forma comprensible y concreta, entregando algún folleto-guía informativo, breve y práctico. Si esta guía les resulta atractiva y útil, algunos padres la consultarán con mayor detenimiento en su casa, reforzando el consejo. Estos folletos también sirven para que el sanitario no olvide ningún aspecto importante.

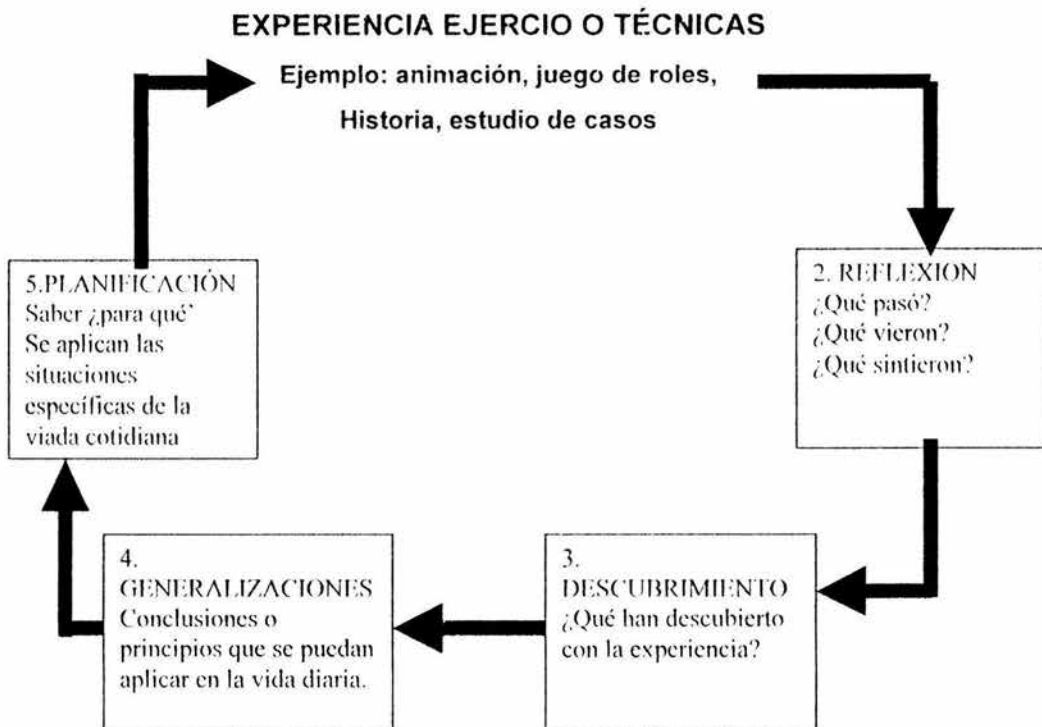
Dada la amplitud del tema, deberemos priorizar para cada familia los consejos según las necesidades más manifiestas y asumibles (priorizando las modificaciones de riesgos según el esquema habitual: gravedad, eficacia, factibilidad). Ello implica que en la historia clínica debe constar, en un lugar fácilmente identificable, la lista de los principales factores de riesgo presentes, tanto domésticos como del vehículo. Esta lista deberá obtenerse habitualmente por anamnesis mediante un listado de referencia consensuado por el equipo de trabajo. En las familias de mayor riesgo se aconseja una visita domiciliaria con exploración *in situ* de los factores de riesgo.

TECNICAS AUXILIARES EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Para llevar a cabo el trabajo en educación para la salud, se cuenta con una serie de instrumentos que lo facilitan que son las técnicas o ayudas didáctica.

El uso de técnicas auxiliares constituye una exigencia y necesidad para el educador en salud, el cual requiere de un entrenamiento previo para su implementación.

Lo importante de las técnicas está en encuadrarlas en el conjunto de los temas y objetivos comprobando que tienen una utilidad relativa en función de su papel de medio adecuado a un fin. Si no se les sitúa en este enfoque pierden su fuerza y eficacia. Su valor depende del grado de inserción en toda la dinámica de conjunto que va llevando a los participantes hacia una toma de conciencia personal y colectiva.



¿Cómo se define un accidente?

El comité de expertos de la OMS lo define como: "un acontecimiento no premeditado, cuyo resultado es un daño corporal identificable".

El diccionario de la Real Academia de la Lengua menciona: "es un suceso eventual o acción de la que involuntariamente resulta un daño para personas o cosas".

El Consejo Nacional de Seguridad de Estados Unidos dice: "son las circunstancias que en una serie de acontecimientos, causan habitualmente una herida, muerte o daño material, no intencional". Por lo tanto, es un evento impredecible o inevitable.

Si hablamos de prevención debemos recordar que tenemos medidas ACTIVAS y PASIVAS. Un ejemplo de esto podría ser: si tenemos una alberca en casa, la prevención activa sería enseñar al niño a nadar. La medida pasiva sería poner reja en torno a la alberca.

En el caso de los niños, sin importar la edad, el 50% de los accidentes ocurre en el hogar, y en los 3 primeros años de vida este porcentaje se eleva a más del 80%.

CAUSAS DE MORTALIDAD EN NIÑOS DE 1 A 9 AÑOS

Causas	No.	%
Accidentes	2,142	19.37
Infecciones gastrointestinales	2,062	12.65
Neumonía e IRA	1,255	11.35
Anomalías congénitas	716	6.47
Deficiencia nutricional	676	6.11

Fuente: INEGI, 1996

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD POR ACCIDENTES EN LOS NIÑOS

Menores de 1 año⁵³:

1. Asfixia (objeto ingerido)
2. Automóvil
3. Asfixia mecánica
4. Ahogamiento
5. Fuego (quemaduras)
6. Otros

1 a 4 años:

1. Automóvil
2. Fuego (quemaduras)
3. Ahogamiento
4. Asfixia (objeto ingerido)
5. Caídas

5 a 14 años:

1. Automóvil
2. Ahogamiento
3. Fuego
4. Armas de fuego
5. Caídas

⁵³ INEGI 1996

IV.- METODOLOGÍA

1.- Tipo de estudio

Para el estudio del grupo control

Comparativo.- Estudio que implica un análisis desde la perspectiva de características iguales de dos grupos⁵⁴, denominado grupo control cuyas cualidades se destacan y son diferentes en relación a intervenciones que han sido manipuladas por el investigador (orientación por parte de enfermería del servicio de enfermería materno infantil en relación a la prevención de accidentes en niños menores de cinco años), son dos grupos puesto que uno fue atendido por el servicio de Materno Infantil y el otro desde el consultorio de medicina familiar.

Observacional.- Por qué se lleva a cabo visitas domiciliarias para observar la incidencia que tuvo la orientación de enfermería dirigida a las madres en éste grupo de niños (orientación por parte de enfermería del servicio de enfermería materno infantil en relación a la prevención de accidentes en niños menores de cinco años)⁵⁵.

En la unidad de medicina familiar No. 61 DE Veracruz, Ver., en el período comprendido de SEPTIEMBRE 2002 A ENERO del 2003 con un tamaño de muestra de 100 pacientes formándose dos grupos: el de los pacientes que acudieron al módulo materno infantil y el de control de pacientes no enviados a este servicio. En cada grupo se aplicó un formato de recolección de datos.

En ésta primera fase el diseño correspondió a un estudio de grupo control. Se definieron como grupo control a los niños de 0 a 5 años (50) que llegaron al consultorio de Enfermería Materno Infantil (EMI) de la Unidad de Medicina Familiar acompañados con los padres de familia, aunque como se menciona durante el estudio, se le dio prioridad a la madre, también a los niños que no fueron enviados a éste servicio por el médico familiar (50), siendo un total de 100 pacientes menores de 5 años.

Para el estudio de casos

Observacional.- Por qué se lleva a cabo visitas domiciliarias para observar los factores de riesgo en el hogar de los niños accidentados en el periodo de julio del 2002 a enero del 2003 y que fueron atendidos en el Hospital

⁵⁴ Grawitz, Madeline. *Métodos y Técnicas de las Ciencias Sociales "Método clínico y método experimental"* Barcelona 1995, p.p. 11-13

⁵⁵ Op. Cit. P.14

General de Acapulco Guerrero en los servicios de Consulta externa y hospitalización.⁵⁶

Descriptivo. - Estudio que solo cuenta con una población la cual se pretende describir en función de un grupo de variables y respecto de la cual no existen hipótesis centrales, se tiene una hipótesis que se refieran a la búsqueda sistemática de asociaciones entre varias variables dentro de la misma población⁵⁷.

Retrospectiva. - Estudio cuyos sucesos acontecieron antes de la planeación de la investigación y que implica obtener información para confrontar las variables y encontrar hallazgos que guíen las acciones⁵⁸. Es decir, se llevo a cabo la investigación del grupo control y al concluir la recolección de datos de ésta primera fase, fue importante darle continuidad al estudio a través de trabajar ya en el contexto del HGZ de Acapulco Gro. el estudio de casos de niños que presentaron lesiones por accidentes en el hogar, para plantear una propuesta de educación para la prevención de accidentes.

La investigación se realizó tomando como referencia los registros de ingresos de menores de 9 años con diagnóstico de lesiones por accidentes en el servicio de Urgencias y consulta externa del Hospital General de Zona del IMSS de Acapulco Guerrero, así como los registros del departamento de estadística del hospital, dedicados a la atención de población abierta, con el fin de asegurar que todos los individuos que participaran en el estudio provinieran de la misma población.

En esta parte del estudio el diseño correspondió a un estudio de casos. Se definió como estudio de casos a la población de niños de cero a nueve años que ingresaron al hospital General de Zona de Acapulco Guerrero, por presentar una lesión traumática accidental ocurrida en el hogar.

El análisis de los resultados fue descriptivo, con el fin de conocer las distribuciones de frecuencias de las variables independientes para el grupo control y los casos.

En el análisis estadístico, la medida de las variables se realizará en escala cuantitativa o nominal aplicando la estadística de distribución de frecuencia

⁵⁶ Hernández Sampieri. Et. al. Metodología de la investigación Segunda edición. Mc Graw-Hill 2001. Capítulo 4, páginas 58 a 72

⁵⁷ IDEM

⁵⁸ Sandoval Ramiro. Et. al. Investigación en Salud. Métodos y ejemplos. UNAM campus Iztacala 2001. p.p. 64 a 68

2.- Muestra

Se entiende por muestra una parte representativa de la población que contiene al menos teóricamente, las características semejantes a la totalidad de la población. Algunos criterios de selección de la muestra son: el tipo de variable a estudiar y

medir, los objetivos del estudio, los recursos disponibles, el tiempo en que se llevara a cabo la investigación así como el procedimiento estadístico, el nivel de confianza y precisión que serán necesarios para darle validez a los resultados obtenidos⁵⁹.

TIPO DE MUESTREO

- En el muestreo intencionado sesgado, el investigador selecciona los elementos que a su juicio son representativos de la población lo cual exige al investigador un conocimiento amplio de la misma⁶⁰.

Para el caso de este estudio, se hizo un muestreo intencionado sesgado.

En la primera fase se selecciono del total de padres de familia que asistieron al consultorio de EMI (Enfermería Materno Infantil) en un periodo de un mes (50 niños que asistieron con sus padres y 50 niños que no fueron enviados a este servicio por el medico familiar), l grupo control que asistió al servicio de EMI, se le proporciono información por parte del personal de éste servicio acerca de la prevención de accidentes y a los cuatro meses se les aplico un cuestionario para observar la incidencia que tuvo la información recibida por el personal de enfermería de éste servicio.

En una segunda fase se estudio la morbimortalidad de la población infantil que ingreso por lesiones por accidentes durante cuatro meses (Septiembre 2002 a Enero 2003) y que ingresaron a razón de un promedio de 3 a 5 niños accidentados por mes, por lo que se extendió el estudio para aumentar la muestra de manera retrospectiva a seis meses (Julio 02 a Enero 03), con la revisión en el expediente de ingresos por accidentes de 0 a 9 años y con visitas domiciliaria concertando cita vía telefónica. Por lo tanto se inicia con el estudio en ésta **segunda fase con un total de 46 niños que tuvieron algún accidente**, durante el periodo del estudio de 6 meses que comprendió de Julio 2002 a enero 2003 para la etapa de recolección de datos, ya sea por entrevista directa aplicando el formato, por la revisión de expedientes de los casos de niños accidentados y por la realización de la visita.

⁵⁹ Sandoval Ramiro, Et. al. Investigación en Salud. Métodos y ejemplos. UNAM campus Iztacala 2001. p.p. 76 a 78

⁶⁰ IDEM

3.- Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión del grupo control:

Población de madres y niños de 0 a 5 años, población que se toma del servicio de EMI de la Unidad de Medicina Familiar

Inclusión del estudio de casos:

Niños de ambos sexos, con edades de cero a nueve años cumplidos, que presentaron cualquier tipo de lesión accidental y que fueron atendidos en el Hospital General de Zona de Acapulco Guerrero.

Exclusión:

Niños que procedan de casas de protección social o de internados, niños canalizados por otra unidad médica;

Niños con claras manifestaciones de maltrato (lesiones intencionales); estas últimas fueron excluidas ya que el estudio de las lesiones intencionales requiere de una metodología diferente a la planteada en el diseño de la investigación original.

Eliminación:

Niños cuyos padres o tutores rehusaran participar en el estudio. (Se cubrieron el total de las 46 visitas a los niños accidentados).

ACLARACIÓN HIPÓTESIS

Por tratarse de un estudio descriptivo documental no era necesario elaborar hipótesis, sin embargo se elabora una hipótesis de trabajo para guiar la investigación, pero queda abierta la posibilidad de investigaciones posteriores que se generen de los resultados que se obtengan en esta investigación.

4.- Hipótesis de trabajo

Las intervenciones de enfermería en la prevención de lesiones por accidentes en el hogar a través de programas de educación para la salud, no ha sido una prioridad para el cuidado de la niñez, por lo que la población cuenta con escasa información y sensibilización al respecto y aún prevalece de manera significativa un alto índice de lesiones por accidentes en el hogar en niños de la población de Acapulco Gro. atendidos en el IMSS.

5.- Variables

En la fase de investigación del grupo control

- **Características demográficas de la muestra**
- **Estado previo de la Información**
- **Porcentaje de accidentes por grupo de edad**
- **Distribución de accidentes**

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA MUESTRA

Con el objeto de conocer los elementos que perfilan el entorno social y económico de los niños, se estudiaron variables tales como:

- La edad del menor
- Edad de la madre
- Estado civil de los padres
- Nivel académico
- Ocupación de la madre

La edad que prevalece en los niños que asisten a la Unidad de Medicina Familiar acompañados de la madre es importante, ya que a través de su atención, enfermería participa en la información para la prevención de accidentes, es de llamar la atención que el grupo de 0 a 1 año que se atiende en el servicio de EMI es mayor que el que es atendido por el médico familiar, por lo que se observa que la participación de enfermería cada vez se hace más presente y por lo tanto implica mayor compromiso en el nivel de preventivo.

Variables en la fase de investigación del estudio de casos

CARACTERÍSTICAS EN RELACIÓN A LOS NIÑOS AFECTADOS

Las variables estudiadas en relación con el niño fueron: edad, sexo, peso, talla, lugar que ocupa entre sus hermanos, número de éstos, grado escolar, si asiste a la guardería, horario, con quién vive, tipo de lesión, causa externa (sólo se incluyeron en el estudio niños que presentaran lesiones accidentales), gravedad (se consideró leve cuando fueron atendidos en el servicio de urgencias y posteriormente egresaron a su domicilio, moderada y severa cuando para su atención requirieron de hospitalización en cualquiera de los servicios de la unidad, de traslado a otra unidad o bien fallecieron), sitio de ocurrencia, día y hora, qué actividad realizaba y con quién estaba. En la demanda de atención se consideró: tiempo transcurrido entre la ocurrencia y la demanda, día, hora, razones de la tardanza (en los casos en que fue superior a una hora), turno de la demanda, con quién llegó el niño, derivación del caso a su egreso del servicio de urgencias. En los casos que requirieron hospitalización se obtuvo: diagnóstico de ingreso, días estancia y motivo de egreso.

CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA

Con el objeto de conocer los elementos que perfilan el entorno social y económico de los niños lesionados, se estudiaron variables tales como: tipo de hogar, características de los integrantes de la familia (edad, sexo, escolaridad), relación de parentesco, y algunas variables relacionadas con ocupación. Se realizó un análisis especial de la madre con el fin de poder caracterizarla adecuadamente, ya que tradicionalmente ella es la encargada del cuidado del niño.

FACTORES DE RIESGO DE LA VIVIENDA

Se incluyó la identificación de factores de riesgo específicos de acuerdo con los sitios de la vivienda. Se inquirió sobre la existencia de los factores mencionados con mayor frecuencia en la bibliografía al respecto, lo que generó un total de 4 factores de riesgo que se agruparon de la forma siguiente:

- 1) Factores de riesgo relacionados con la existencia de productos tóxicos al alcance de los niños (medicamentos, productos de limpieza, cosméticos y solventes).
- 2) Objetos peligrosos (instrumentos cortantes, herramientas, líquidos calientes, bolsas de plástico, etcétera).
- 3) Factores relacionados con la seguridad del niño (protecciones en escaleras, cunas o cama). El análisis de los factores de riesgo relacionados con protecciones en cunas sólo se realizó en el grupo de 0-2 años.
- 4) Factores de riesgo de la vivienda en general (instalaciones eléctricas, depósitos de agua, fácil acceso a azotea o calle, etcétera).

Posteriormente se analizó por separado cada factor de riesgo y se elaboró un índice que permitiera agrupar las viviendas de acuerdo con la existencia de los factores de riesgo, categorizándolas de la forma siguiente: viviendas sin riesgos (aquéllas en las que no se informó de la existencia de alguno de los factores de riesgo estudiados); viviendas con bajo riesgo (en las que se indicó la existencia de tres de los 4 grupos de factores de riesgo analizados); con riesgo moderado (en las que se informó de la presencia de cuatro a ocho de los factores de riesgo estudiados), y con alto riesgo las que presentaron nueve o más factores de riesgo).

En el cuidado infantil (red de apoyo), se exploró lo relacionado con dicho aspecto, detectando aquellos casos donde la madre no proporcionaba la atención: edad, sexo, parentesco, escolaridad, actividad que realizaba al momento de ocurrir la lesión, percepción de gravedad de la lesión, aplicación de algún tratamiento, su tipo y de dónde se obtuvo la información para aplicarlo.

6.- Fuente de información

La fuente de información fue directa, y se obtuvo entrevistando a la persona que acompañaba al menor en el servicio de EMI, para el estudio de casos, en la visita domiciliaria fue directa, y se obtuvo entrevistando a la persona que acompañaba al menor en el hogar a partir de la revisión en el expediente de ingresos por accidentes de 0 a 9 años y con visitas domiciliaria concertando cita vía telefónica, utilizando un formato de recolección de datos para la identificación de factores de riesgo que propician las lesiones por accidentes en la vivienda, esta actividad de recolección de datos fue coordinado por cuatro enfermeras egresadas de la licenciatura en enfermería, y fue aplicado por las mismas. Además, en el trabajo de campo se contó con la asesoría del director del trabajo, que se encargaba de revisar los datos obtenidos, con el fin de detectar errores u omisiones y poder resolverlos oportunamente.

7.- Validación de los datos

La estandarización y validación de Los datos a recolectar requirió de un trabajo conjunto (encuestadores, coordinadores y asesor) que duró 6 meses, durante los cuales se presentaron y discutieron, por un lado, los elementos teóricos: diseño del estudio y su justificación, objetivos del mismo, metodología, requerimientos y control de la información a recabar por cada uno de ellos, características del cuestionario. Por otro lado, se llevaron a cabo varias sesiones prácticas en hospital hasta lograr que la preguntas contenidas en la guía de observación estuvieran estructuradas y se realizaran de tal forma que la respuesta obtenida fuera la esperada.

Por otra parte -ante la poca experiencia en el campo de medición de los factores de riesgo en la vivienda y con el fin de validar el formato para la identificación de factores de riesgo en el hogar, previo al trabajo de campo de la investigación, se realizó una prueba piloto en 5 niños en los que se llevó a cabo una visita domiciliaria, para corroborar los factores de riesgo en la vivienda. Posteriormente se hicieron los ajustes a la guía y se adecuó a la entrevista a las personas que se encontraban en el hogar de los niños accidentados.

8.- Recursos humanos, materiales y financieros

DISPONIBILIDAD DE SUJETOS

Esta investigación fue realizada por 4 pasantes de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, motivadas en realizar las tesis para su titulación.

INSTALACIONES Y EQUIPOS

Espacio.- La investigación y trabajos fueron realizados en las instalaciones de sala de juntas con la autorización de las autoridades de la institución.

El uso de teléfono y computadoras fueron utilizados en forma particular en los domicilios de las investigadoras.

Servicio de fotocopiado.- Fue costeado de forma externa por las integrantes del equipo.

Vías de transporte.- Acapulco es una ciudad con múltiples medios de transporte.

Servicio de computadora.- El acceso a información vía Internet, uso de correo electrónico, elaboración de trabajos, fue costeado en forma particular por las integrantes del equipo.

RECURSOS HUMANOS

RECURSOS HUMANOS	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
Archivistas	4	150.00	600.00
Capturitas y analistas	34	3,000.00	6,000.00
Subtotal			6,600.00

RECURSOS MATERIALES

RECURSOS MATERIALES	CANTIDAD	COSTO	TOTAL
Computadora	1	\$ 3,000.00	\$ 3,000.00
Impresora	1	2,387.00	2,387.00
Filtro de pantalla	1	289.00	289.00
Tinta para impresoras	1	2,000.00	2,000.00
Hojas blancas	2,000	244.00	244.00
Diskettes	20	70.00	1,400.00
Engrapadora	1	88.50	88.50
Grapas	4000	17.00	17.00
Clips	100	8.70	8.70
Lapiceros	4	5.60	22.40
Puntilla 0.5	4	3.80	15.20
Lápiz borrador	4	22.50	90.00

Repuesto de borrador	4	10.40	41.60
Perforadora	1	57.00	57.00
Fólder	100	98.00	98.00
Libreta de taquigrafía	4	6.00	24.00
Plumas	4	2.20	8.80
Lápiz corrector	4	32.00	128.00
Diurex	1	5.00	5.00
Marcadores	4	13.00	52.00
Reglas	4	1.60	5.20
Calculadora	4	220.00	880.00
Copias	2000	0.30	600.00
Subtotal			12,656.40

TRANSPORTE Y COMUNICACIÓN

TRANSPORTE Y COMUNICACIÓN	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
Transporte	4 personas	1,110.00	4,440.00
Llamadas telefónicas	10	50.00	500.00
Alimentación	6	58.00	348.00
Subtotal			5,288.00

TOTAL DE GASTOS

Recursos humanos	6,600.00
Recursos materiales	12,656.40
Transporte y comunicación	5,288.00

FINANCIAMIENTO

La investigación fue financiada en su totalidad por las pasantes de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia que realizaron la investigación en el Hospital General de Zona de Acapulco Guerrero, con un costo aproximado de \$ 24,600.00.

9.- Consideraciones éticas

La información recopilada mediante nuestros instrumentos de trabajo se realizó con previa autorización del departamento de investigación del Hospital General de Zona, siguiendo el cumplimiento ético de confidencialidad de los datos obtenidos.

10.- Límites de tiempo

- Del de febrero a Mayo: etapa de planeación para la construcción del objeto de estudio y elaboración del marco teórico que guiara la investigación.
- De junio a julio: etapa para la elaboración del instrumento de recolección de datos, basado principalmente en un formato para el vaciamiento de la información con atributos de variables de la investigación.
- Julio: Análisis piloto
- Agosto: Rediseño y planeación de la muestra
- Del mes de septiembre de 2002 al mes de enero del 2003, la revisión de expedientes de niños accidentados en un periodo de 6 meses del Hospital General de Zona de Acapulco, concertando citas vía telefónica para visitas domiciliarias. correspondiente a la etapa de trabajo de campo en la recolección de datos aplicando el formato a los familiares que se encontraban en los hogares de los niños accidentados, al realizarse la visita domiciliaria
- Se aprovecharon periodos vacacionales para dedicar tiempo íntegro a la investigación.
- Del mes de febrero a julio del 2003 se realiza el procesamiento de datos de toda la información que se recolectó a través de la información directa, de las visitas a domicilio y del expediente clínico.
- De agosto a septiembre del 03 se lleva a cabo el Análisis y la interpretación.
- De octubre de 2003 a marzo de 2004, se revisan aspectos conceptuales, metodológicos, estadísticos, de interpretación y análisis, así como puntos de discusión de la investigación, el aparato crítico que sustente los aspectos científicos de la misma con dirección y asesoría de la directora de tesis, de tal manera que pueda ser presentado como un trabajo recepcional para obtener el título de licenciadas en Enfermería y Obstetricia.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Elaboración del planteamiento del problema y del Marco teórico	2002 Febrero a mayo										
Elaboración diseño metodológico e instrumento de recolección de datos, basado principalmente en un formato para el vaciamiento de la información con atributos de variables de la investigación		Junio a Julio 02									
Análisis Piloto			Jul. 02								
Rediseño				Agost. 02							
Muestreo					Agosto 02						
Trabajo de campo. Recolección de datos						Septiembre 02 a Enero 03					
Procesamiento de datos							Febrero a Julio 03				
Análisis e interpretación								Agost. 03 a Sept. 03			
Informe final									Oct. 03	Nov. 03	Ene. 04

V.- PRESENTACIÓN DE RESULTADOS
PRESENTACIÓN DE CUADROS Y GRAFICAS

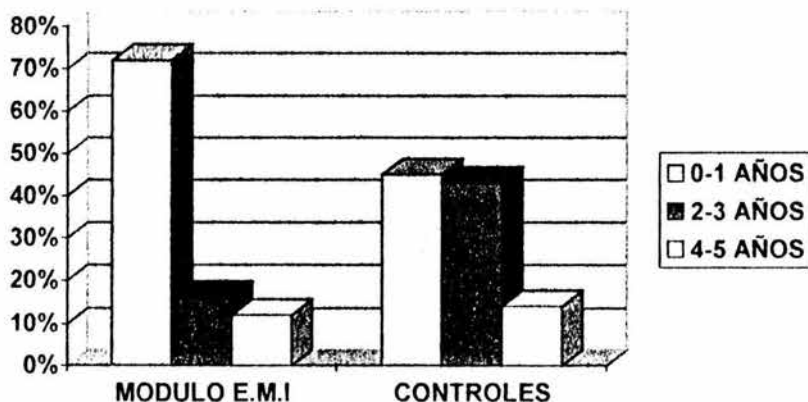
Resultados. ESTUDIO GRUPO CONTROL

CUADRO I
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

EDAD DEL MENOR	MODULO E.M.I.	CONTROLES	SIGNIFICANCIA
0-1 AÑOS	72%	45%	P < 0.05
2-3 AÑOS	16%	43%	
4-5 AÑOS	12%	14%	

Fuente: Entrevista a padres de niños menores de 5 años que asistieron a la UMF de Veracruz Ver. de Julio a dic. 2002

Se observa que la edad que prevalece en los menores que asistieron a la Unidad de Medicina Familiar acompañados de la madre es de 0 a 1 año con un 72% atendidos en el modulo de Enfermería Materno Infantil (EMI) y con un 45 % los que son atendidos en los consultorios de Medicina familiar y que se detectaron desde el control de admisión, en un porcentaje menor los menores cuyas edades fluctúan entre los 4 y 5 años con un 12 y 14 % respectivamente, es de llamar la atención que el grupo de 0 a 1 año que se atiende en el servicio de EMI es mayor que el que es atendido por el medico familiar, por lo que se observa que la participación de enfermería cada vez se hace más presente y por lo tanto implica mayor compromiso en el nivel de preventivo.



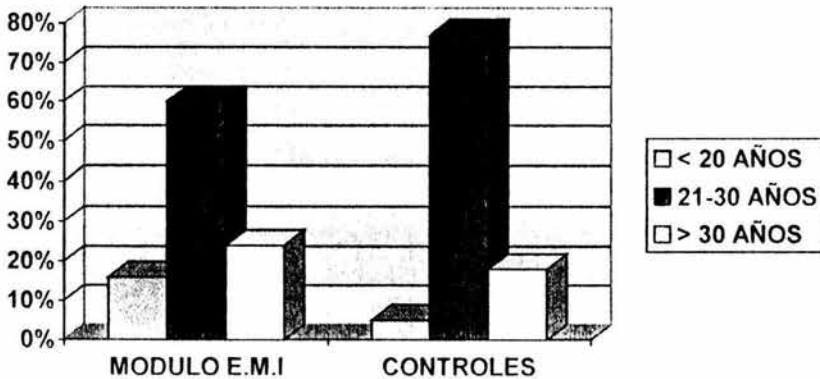
CUADRO 2

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

EDAD DE LA MADRE			
< 20 AÑOS	16%	5%	
21-30 AÑOS	60%	77%	
> 30 AÑOS	24%	18%	NS

Fuente: Entrevista a padres de niños menores de 5 años que asistieron a la UMF de Veracruz Ver. de Julio a dic. 2002

En relación a la edad de la madre fluctúa entre los 21 y 30 años en su mayoría tanto de los menores que asistieron al servicio de EMI como a los que se atienden por el consultorio de Medicina familiar, en un porcentaje menor aquellas madres de menos de 20 años.



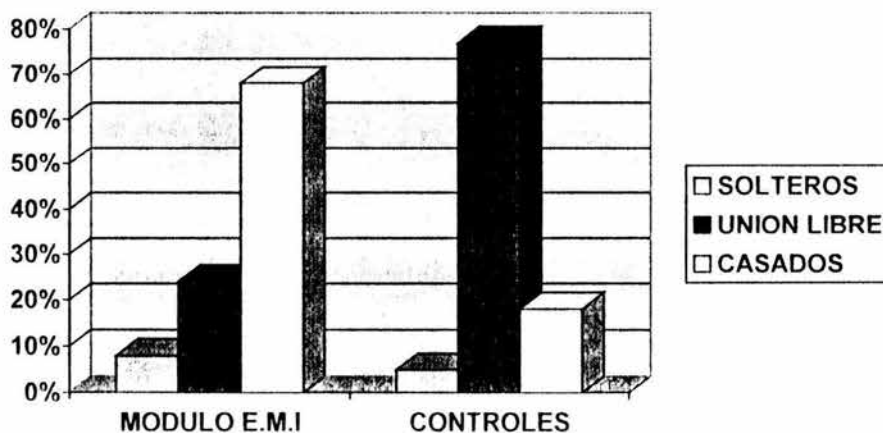
CUADRO 3

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

ESTADO CIVIL DE PADRES			
SOLTEROS	8%	5%	
UNION LIBRE	24%	77%	
CASADOS	68%	18%	NS

Fuente: Entrevista a padres de niños menores de 5 años que asistieron a la UMF de Veracruz Ver. de Julio a dic. 2002

El estado civil de los padres comparativamente con la ocupación de la madre, se justifica, puesto que se observa que un 68 % de las madres se dedica a labores del hogar pero el 32% es empleada, lo que abarcaría a las madres solteras y al porcentaje de madres en unión libre, como se observará en el estudio de casos de menores accidentados.



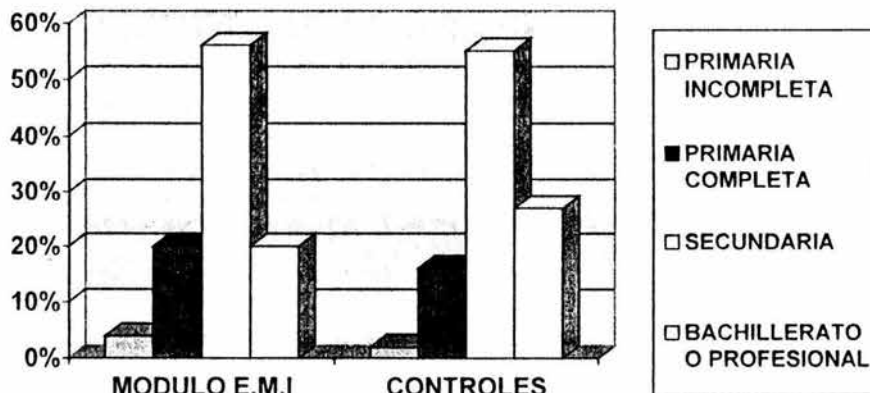
CUADRO 4

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

NIVEL ACADÉMICO (PADRES)			
PRIMARIA INCOMPLETA	4%	2%	
PRIMARIA COMPLETA	20%	16%	
SECUNDARIA	56%	55%	
BACHILLERATO O PROFESIONAL	20%	27%	NS

Fuente: Entrevista a padres de niños menores de 5 años que asistieron a la UMF de Veracruz Ver. de Julio a dic. 2002

El nivel académico de los padres de te grupo control tanto de los que acudieron a la EMI y a medicina familiar, los datos arrojan un porcentaje de casi el 30% con primaria incompleta y primaria concluida, y en un 56% con secundaria y un porcentaje menor con bachillerato, situación que nos hace reflexionar acerca de la extensión de la educación para la salud en esta población de manera permanente y continua puesto que las condiciones de comprensión son accesibles de acuerdo a sus características educacionales, aunque nuevamente se refleja ese 30% de la población que tiene factor de riesgo por su bajo índice académico.



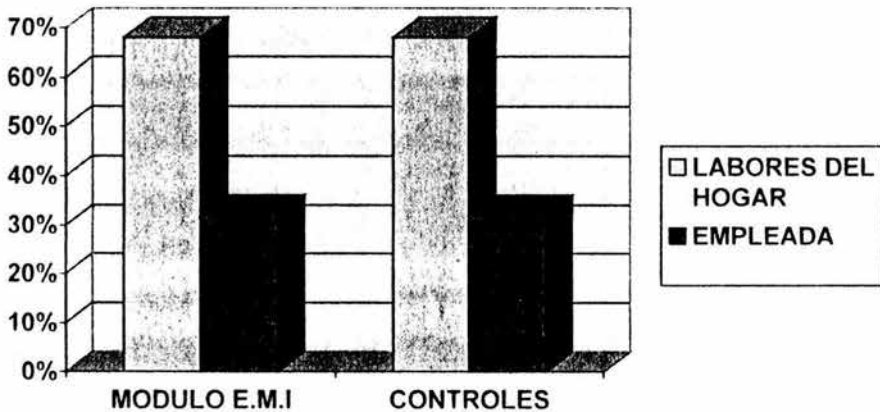
CUADRO 5

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

OCUPACIÓN DE LA MADRE			
LABORES DEL HOGAR	68%	68%	NS
EMPLEADA	32%	32%	

Fuente: Entrevista a padres de niños menores de 5 años que asistieron a la UMF de Veracruz Ver. de Julio a dic. 2002

En relación a la ocupación de la madre se observa que más del 60 por ciento se dedica a labores del hogar y el 32 por ciento es empleada, por lo que se infiere una falta de necesidad acerca de orientación para la prevención de accidentes.



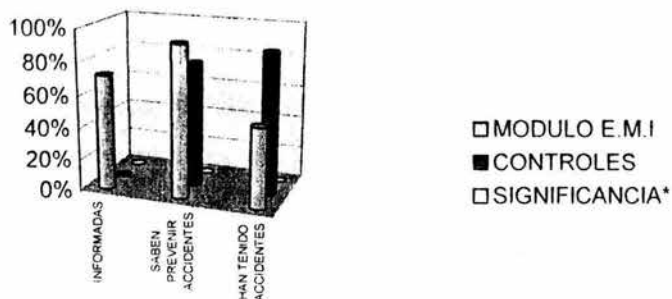
CUADRO 6

ESTADO PREVIO DE INFORMACION

	MODULO EMI	CONTROLES	SIGNIFICANCIA*
INFORMADAS	72%	0%	P < 0.05
SABEN PREVENIR ACCIDENTES	94%	78%	P < 0.05
HAN TENIDO ACCIDENTES	50%	88%	P < 0.05

Fuente: Entrevista a padres de niños menores de 5 años que asistieron a la UMI² de Veracruz Ver. de Julio a dic. 2002

En relación al **estado previo de información**, El 72% de las madres de menores de 5 años que acuden al módulo fueron informadas, el 94% refieren que saben prevenir accidentes, sin embargo, del total de menores atendidos y que además recibieron orientación acerca de la prevención de accidentes, el 50% refieren que han tenido accidentes. Situación que también puede observarse en el grupo de menores que se atendió en medicina familiar, pero que el porcentaje fue mayor, siendo éste de un 88%. Por lo que inferimos que es efectiva la orientación que proporciona enfermería del Modulo de Enfermería Materno Infantil en relación al otro grupo control, pero aún así prevalece la falta de información sistematizada y continúa por parte del personal de enfermería ya que se presentaron accidentes en un 50%.



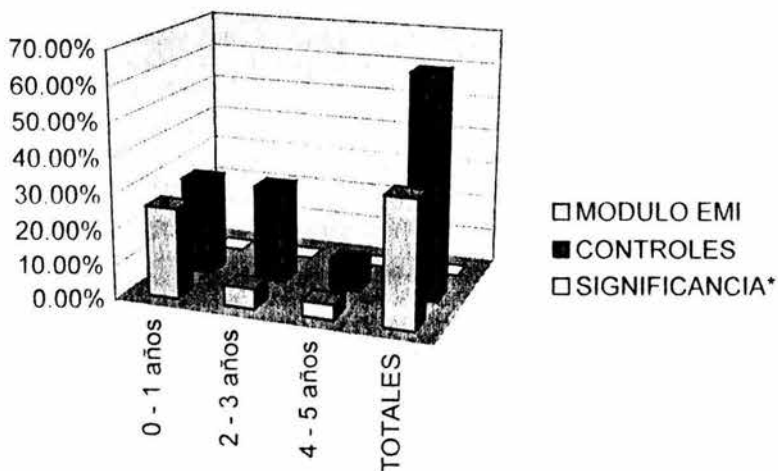
CUADRO 7

PORCENTAJE DE ACCIDENTES POR GRUPOS DE EDAD

	MODULO E.M.I.	CONTROLES	SIGNIFICANCIA*
0 - 1 años	26.09%	27.54%	NS
2 - 3 años	5.79%	27.54%	P < 0.05
4 - 5 años	4.35%	8.69%	NS
TOTALES	36.23%	63.77%	P < 0.05

Fuente: Entrevista a padres de niños menores de 5 años que asistieron a la UMF de Veracruz Ver. de Julio a dic. 2002

El porcentaje mayor de accidentes por grupo de edad fue en menores de 0 a 1 año, por lo tanto se considera a este grupo el más susceptible, el grupo de 4 a 5 años fue el que presentó el menor porcentaje.



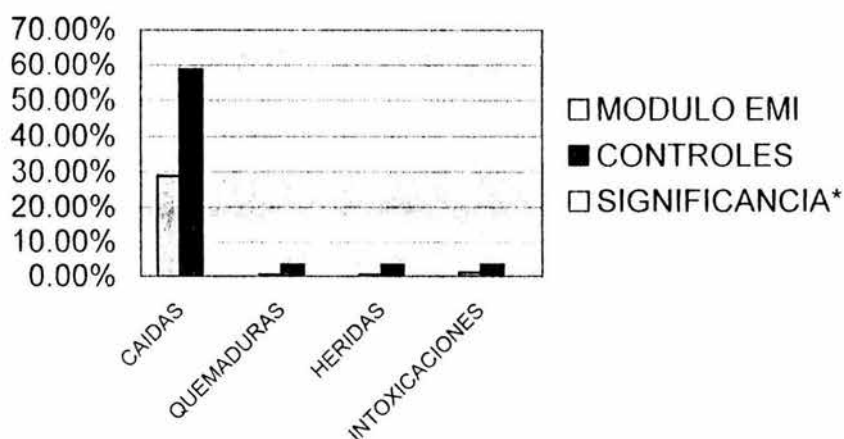
CUADRO 8
DISTRIBUCIÓN DE ACCIDENTES POR TIPO

MODULO <i>E.M.I.</i>	CONTROLES	SIGNIFICANCIA*	
CAIDAS	28.81%	58.76%	P < 0.05
QUEMADURAS	0.56%	3.39%	NS
HERIDAS	0.56%	3.39%	NS
INTOXICACIONES	1.12%	3.39%	NS

NS = diferencia no significativa.

Fuente: Entrevista a padres de niños menores de 5 años que asistieron a la UMF de Veracruz Ver. de Julio a dic. 2002

Del total de accidentes en el hogar el 28.81% fueron caídas, el 0.56% quemaduras, 0.56% heridas y el 1.12% intoxicaciones, correspondientes al grupo que acuden al módulo. En comparación con el 58.76% (P < 0.05), 3.39% y 3.39% correspondientes al grupo control.



2. Resultados. ESTUDIO DE CASOS

Se presentan los resultados de la revisión en el expediente de ingresos por accidentes de 0 a 9 años y con visitas domiciliaria concertando cita via telefónica, utilizando el instrumento de recolección de datos, agregando una guía de observación para la identificación de factores de riesgo que propician las lesiones por accidentes en la vivienda. La información se registró en los formatos, esta actividad de recolección de datos fue coordinado por cuatro enfermeras egresadas de la licenciatura en enfermería, y enfermeras de servicio y en área administrativa del Hospital General de Zona de Acapulco Guerrero.

Se destacan las variables estudiadas en relación con la edad, sexo, si asiste a la guardería, horario, con quién vive, antecedentes de lesiones, tipo de lesión, causa externa (sólo se incluyeron en el estudio niños que presentaran lesiones accidentales), gravedad (se consideró leve cuando fueron atendidos en el servicio de urgencias y posteriormente egresaron a su domicilio, moderada y severa cuando para su atención requirieron de hospitalización en cualquiera de los servicios de la unidad, de traslado a otra unidad, sitio de ocurrencia, día y hora, qué actividad realizaba y con quién estaba. En la demanda de atención se consideró: tiempo transcurrido entre la ocurrencia y la atención, día, hora, turno de la demanda, con quién llegó el niño, derivación del caso a su egreso del servicio de urgencias. En los casos que requirieron hospitalización se obtuvo: diagnóstico de ingreso.

Por lo que en este apartado se presentan los resultados del análisis descriptivo solamente de los casos ya que, dada la importancia del problema, en el cual se exploraron tanto algunas variables como la metodología empleada para el estudio de lesiones infantiles ocurridas en el hogar, las investigadoras consideran que presentar únicamente los resultados del análisis descriptivo de los casos permitió, por un lado, profundizar en el conocimiento del problema y, por el otro, proporcionar valiosa información para el diseño de futuros estudios en el tema, hecho que se hubiera perdido al presentar sólo los resultados del análisis comparativo entre los dos grupos controles.

Cuadro 1

Características en relación con los niños estudiados

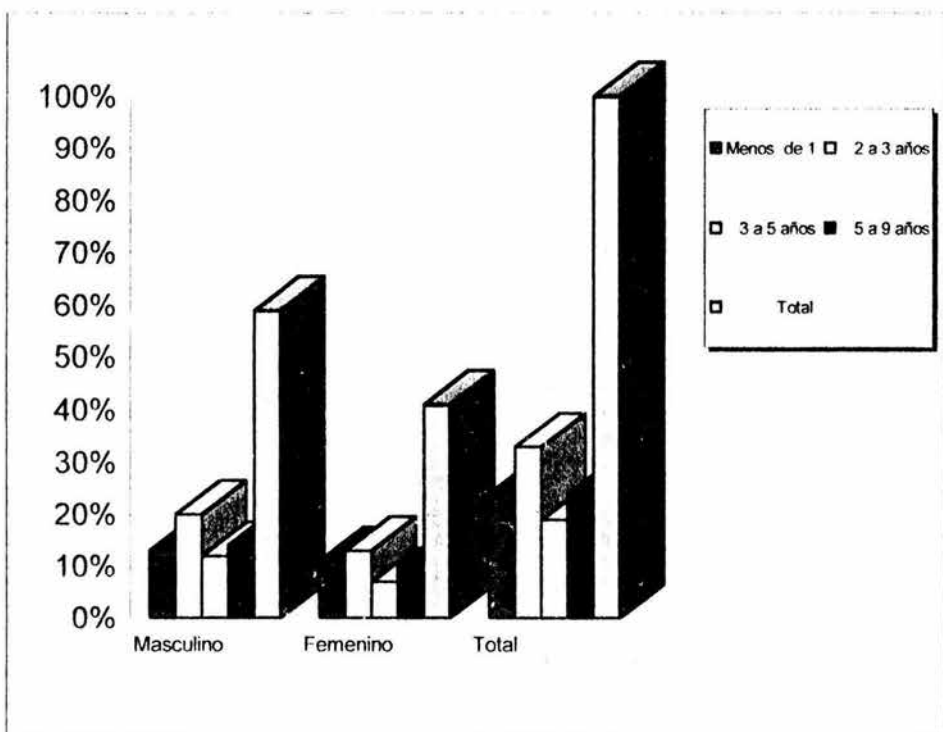
Sexo y Edad

Sexo y Edad	Menos de 1	2 a 3 años	3 a 5 años	5 a 9 años	Total
Masculino	13%	20%	12%	14%	59%
Femenino	11%	13%	7%	10%	41%
Total	24%	33%	19%	24%	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado en el HGZ. de Acapulco Gro. a familiares de 46 niños accidentados en el periodo de Julio 2002 a Enero 2003.

Edad y sexo.

La distribución de los casos según edad y sexo se presentan en la cuadro 1, donde destacan el sexo masculino y los grupos dos y tres años como los más afectados.



Cuadro 2

Características en relación con los niños estudiados

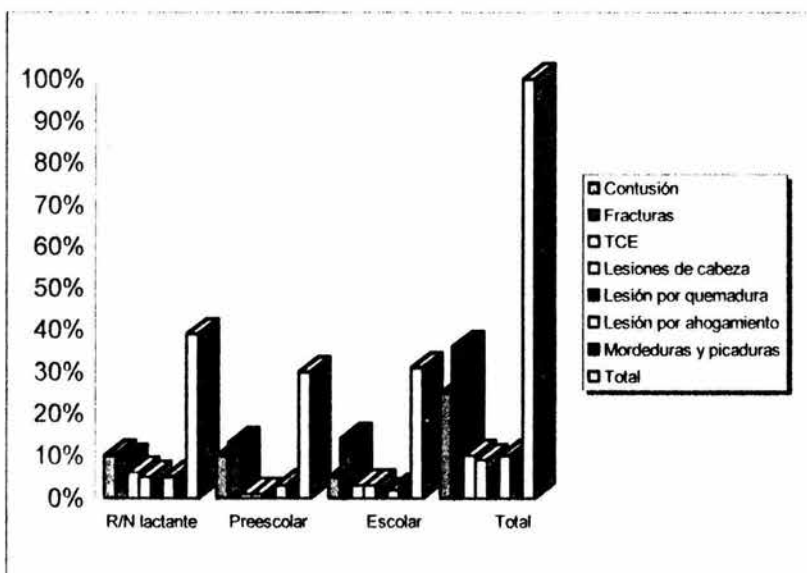
Tipo de lesión por grupo de edad

Tipo de lesión	R/N lactante	Preescolar	Escolar	Total
Contusión	10%	10%	5%	25%
Fracturas	9%	13%	14%	36%
TCE	6%	1%	3%	10%
Lesiones de cabeza	5%	1%	3%	9%
Lesión por quemadura	3%	1%	1%	5%
Lesión por ahogamiento	5%	3%	2%	10%
Mordeduras y picaduras	1%	1%	3%	5%
Total	39%	30%	31%	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado en el HGZ. de Acapulco Gro. a familiares de 46 niños accidentados en el periodo de Julio 2002 a Enero 2003.

Lesión.

Los tres principales tipos de lesión, según grupo de edad, se observan en la cuadro 2, presentando un patrón muy similar en relación con el sexo. Sobresalen las contusiones simples, los traumatismos cráneo-encefálicos y las heridas de la cabeza.



Cuadro 3

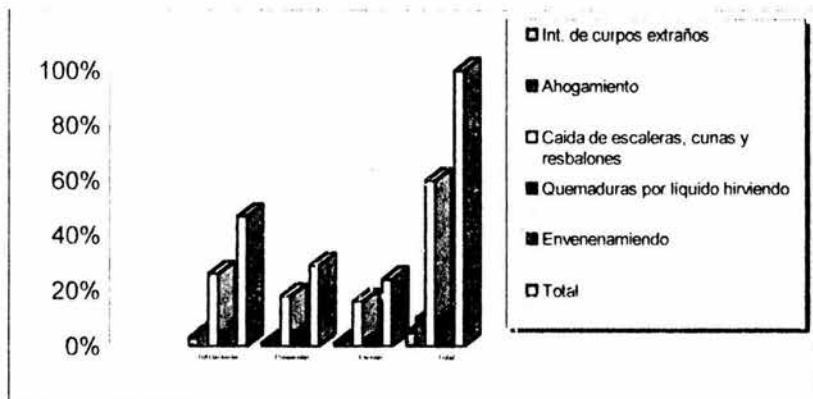
Características en relación con los niños estudiados
Causa del accidente por grupo de edad

Causas	R/N lactante	Preescolar	Escolar	Total
Int. de cuerpos extraños	3%	1%	1%	5%
Ahogamiento	6%	2%	2%	10%
Caída de escaleras, cunas y resbalones	26%	18%	16%	60%
Quemaduras por líquido hirviendo	4%	4%	2%	10%
Envenenamiento	8%	4%	2%	10%
Total	47%	29%	24%	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado en el HGZ. de Acapulco Gro. a familiares de 46 niños accidentados en el periodo de Julio 2002 a Enero 2003.

Causas externas

Las causas más frecuentes están estrechamente relacionadas con las características de desarrollo psicomotor de la población estudiada y destacan: las caídas de un nivel a otro (principalmente caídas desde escaleras y de la cama) y las caídas del mismo nivel (por resbalón, tropezón o traspíe). Cabe destacar que, en los casos de quemaduras con líquidos hirvientes, en la mayoría de las ocasiones se trató de agua caliente utilizada para el baño de los menores (cuadro 3). Existe una relación estrecha entre las causas y los tipos de lesión descritos anteriormente. Por otro lado, a pesar de que los casos de lesiones intencionales fueron excluidos de este estudio, en dos ocasiones se tuvo la sospecha de lesión intencional, con menores de un año y del sexo femenino.



Cuadro 4

Características en relación con los niños estudiados

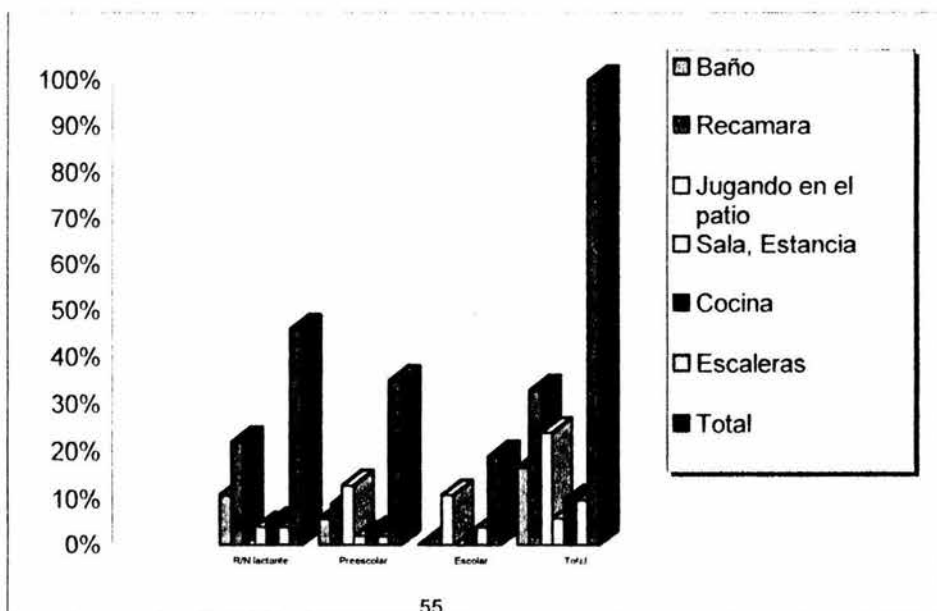
Lugar de ocurrencia por grupo de edad

Lugar de ocurrencia	R/N lactante	Preescolar	Escolar	Total
Baño	11%	6%	0%	17%
Recamara	22%	9%	2%	33%
Jugando en el patio	0%	13%	11%	24%
Sala, Estancia	4%	2%	0%	6%
Cocina	5%	3%	2%	10%
Escaleras	4%	2%	4%	10%
Total	46%	35%	19%	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado en el HGZ. de Acapulco Gro. a familiares de 46 niños accidentados en el periodo de Julio 2002 a Enero 2003.

Lugar de ocurrencia.

El cuadro 4 presenta los sitios donde se presentan los hechos accidentales con mayor frecuencia, según el grupo, lo que posiblemente está influenciado por el tiempo que permanece el menor en dichos sitios según la edad y que está en relación con su desarrollo psicomotor. Así, para los menores de un año la recámara es el sitio más peligroso, mientras que para los preescolares, el lugar donde acostumbran jugar (el patio) se constituye en el sitio de mayor peligro. La actividad que se registró como la que más frecuentemente realizaba el niño al momento de lesionarse era la de jugar. El 64 por ciento se encontraba solo (en el sitio de ocurrencia); sin embargo, el 12 por ciento se encontraba en compañía de su madre. (Cuadro 5)



Cuadro 5

CUADRO 5

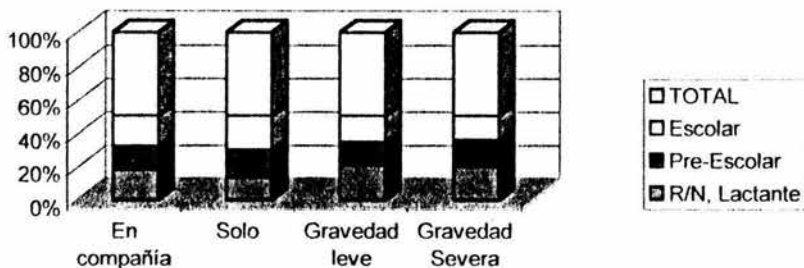
Características en relación con los niños estudiados
En compañía y gravedad de la lesión

Grupo de edad	En compañía	Solo	Gravedad leve	Gravedad Severa
R/N, Lactante	13%	17%	23%	18%
Pre-Escolar	10%	21%	15%	14%
Escolar	13%	26%	17%	13%
TOTAL	36%	64%	55%	45%

FUENTE: Cuestionario aplicado en el HGZ. de Acapulco Gro. a familiares de 46 niños accidentados en el periodo de Julio 2002 a Enero 2003.

Gravedad.

Con base en los criterios de gravedad mencionados en la metodología, se observa que el grupo de menores de un año, fue el más alto porcentaje de casos que ameritaron hospitalización, y esto a pesar de que fue el que presentó la menor demanda (cuadro 6). La variable sobre percepción de gravedad de la lesión arrojó los resultados que se presentan en la figura 6, donde al comparar la percibida por la población con la clínica (denominada como real, aunque ambas lo son), determinada por el médico, se observa un patrón totalmente inverso, sobre todo en los extremos de leve y severa. Se habían incluido las variables de incapacidad o secuelas, pero la imposibilidad del seguimiento de pacientes, una vez que egresaban del hospital, hizo poco confiables los resultados de ambas variables, por lo que fueron eliminadas.



Faltan páginas

N° 57-58

Cuadro 7

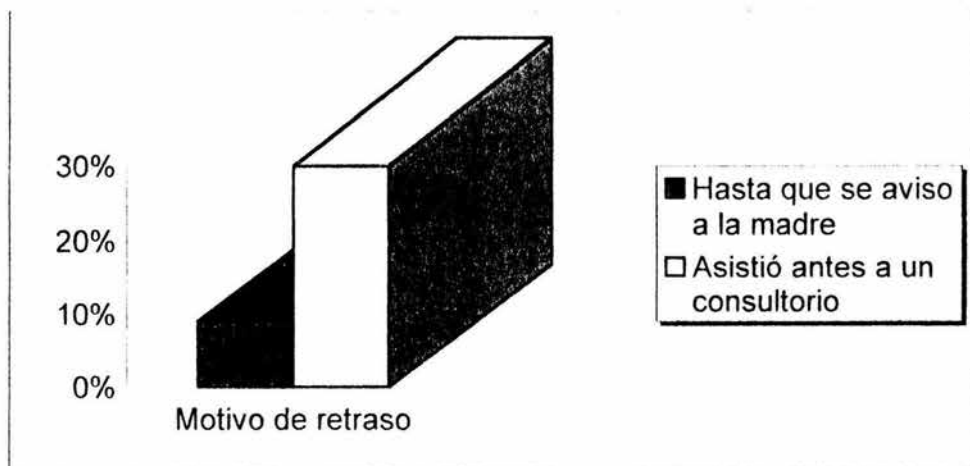
Tiempo transcurrido entre ocurrencia y demanda

Motivo de retraso

Motivo de retraso	
Hasta que se aviso a la madre	9%
Asistió antes a un consultorio	30%

FUENTE: Cuestionario aplicado en el HGZ. de Acapulco Gro. a familiares de 46 niños accidentados en el periodo de Julio 2002 a Enero 2003.

En la figura se presentan los motivos más frecuentes de retraso, entre los que destaca el de haber solicitado previamente atención médica (principalmente en un consultorio médico).



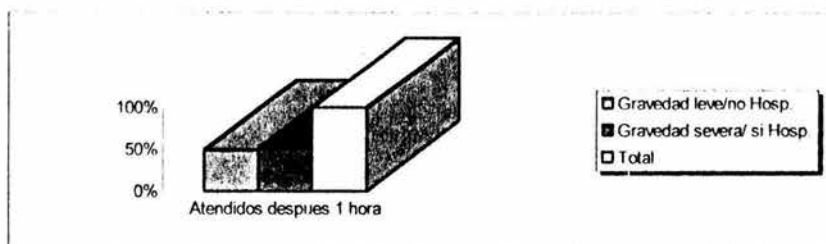
Tiempo transcurrido entre ocurrencia y demanda

Del 39% de la población que se atendió despues de 1 hora

Grado de la lesión	Atendidos despues 1 hora
Gravedad leve/no Hosp.	49%
Gravedad severa/ si Hosp.	51%
Total	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado en el HGZ. de Acapulco Gro.a familiares de 46 niños accidentados en el periodo de Julio 2002 a Enero 2003.

La variable sobre percepción de gravedad de la lesión arrojó los resultados que se presentan en la figura 8, donde al comparar la percibida por la población con la clínica (denominada como real, aunque ambas lo son), determinada por el médico, se observa un patrón totalmente inverso, sobre todo en los extremos de leve y severa. Se habían incluido las variables de incapacidad o secuelas, pero la imposibilidad del seguimiento de pacientes, una vez que egresaban del hospital, hizo poco confiables los resultados de ambas variables, por lo que fueron eliminadas.



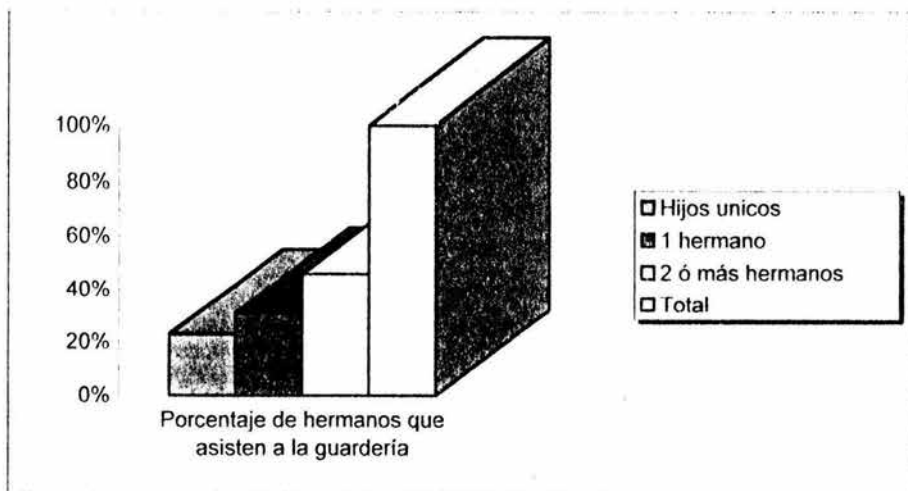
Cuadro 9

Número de hermanos que asisten a guardería

N° de hermanos	Porcentaje	Número
Hijos unicos	23%	1
1 hermano	31%	14
2 ó más hermanos	46%	21
Total	100%	46

FUENTE: Cuestionario aplicado en el HGZ. de Acapulco Gro. a familiares de 46 niños accidentados en el período de Julio 2002 a Enero 2003.

El 23 por ciento eran hijos únicos. El 30 por ciento tenía un hermano y el 46 por ciento restante dos o más. Es importante tener en cuenta esta variable, ya que la existencia de hermanos se ha registrado como factor de riesgo de lesión sobre todo en niños menores de cinco años.



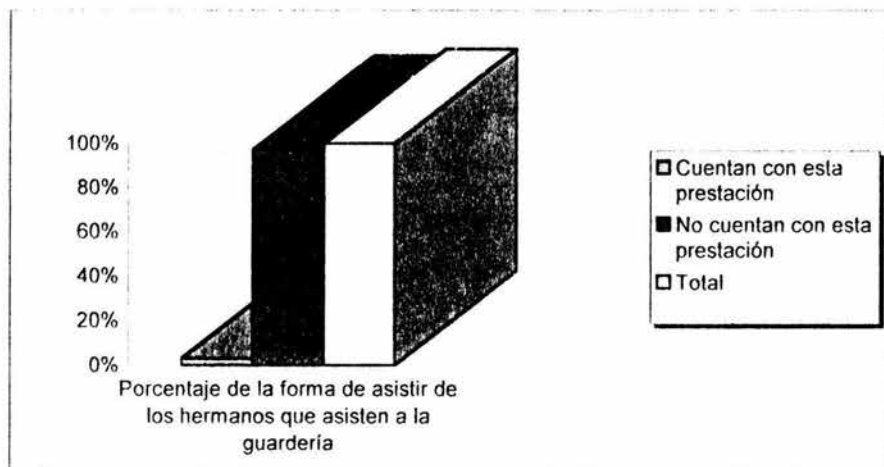
Cuadro 10

Número de hermanos y asistencia a guardería

Forma de asistir	Porcentaje	Número
Cuentan con esta prestación	3%	1
No cuentan con esta prestación	97%	45
Total	100%	46

FUENTE: Cuestionario aplicado en el HGZ. de Acapulco Gro. a familiares de 46 niños accidentados en el periodo de Julio 2002 a Enero 2003.

A pesar de que el 60 por ciento de los casos se encuentran en edad de acudir a guarderías, sólo el tres por ciento de éstos cuentan con esta prestación social.



Cuadro 11

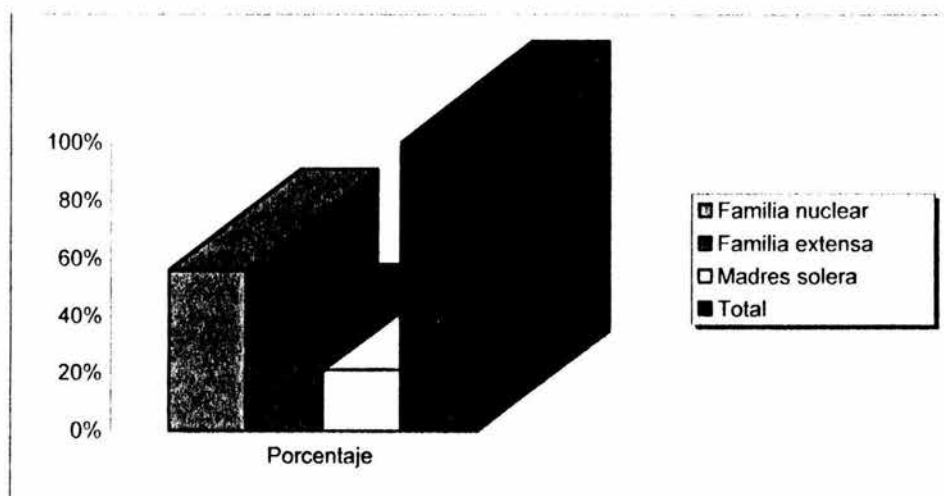
Características familiares y socioeconómicas

Tipo de familia de los niños accidentados

Tipo de familia	Porcentaje
Familia nuclear	56%
Familia extensa	23%
Madres solera	21%
Total	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado en el HGZ. de Acapulco Gro. a familiares de 46 niños accidentados en el periodo de Julio 2002 a Enero 2003.

Los resultados fueron: el 56 por ciento de los casos correspondían a familias nucleares; el 23 por ciento a familias extensas. En el 21 por ciento de los casos, el niño vivía solamente con la madre, y se trató de madres solteras. Si bien el estudio se refiere a **46 casos de niños lesionados. al analizar las características socio-económicas de las familias, los resultados corresponden al análisis de 217 personas**, mismas que habitan la vivienda con los niños y que, en lo fundamental, participan de las mismas condiciones socio-económicas y comparten los mismos riesgos o protecciones.



CUADRO 12

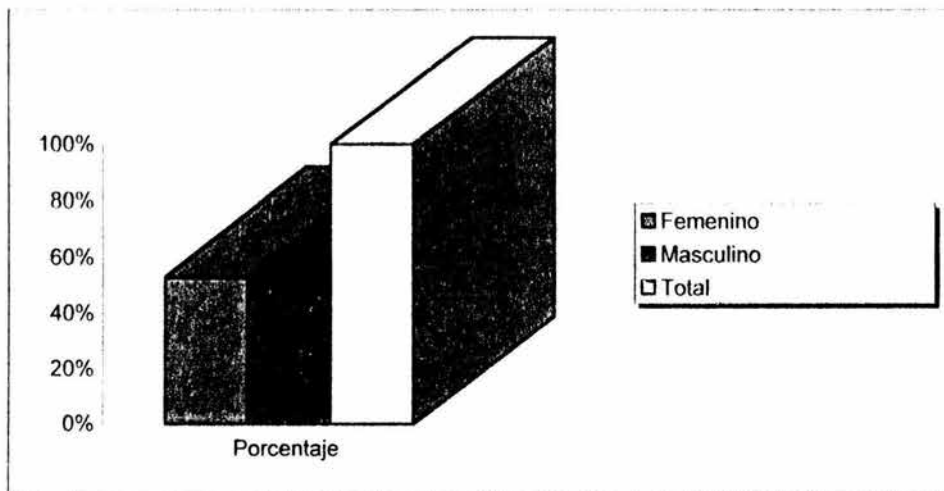
Características de las 217 personas que viven con los 46 niños afectados

Sexo de las personas que viven con los niños accidentados

Sexo	Porcentaje
Femenino	53%
Masculino	47%
Total	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado en el HGZ. de Acapulco Gro. a familiares de 46 niños accidentados en el periodo de Julio 2002 a Enero 2003.

El 53 por ciento correspondió al sexo femenino y el 47% al sexo masculino, y fluctúan entre 15 y 59 años, lo cual puede significar una potencial de red de apoyo para el cuidado del niño.



Cuadro 13

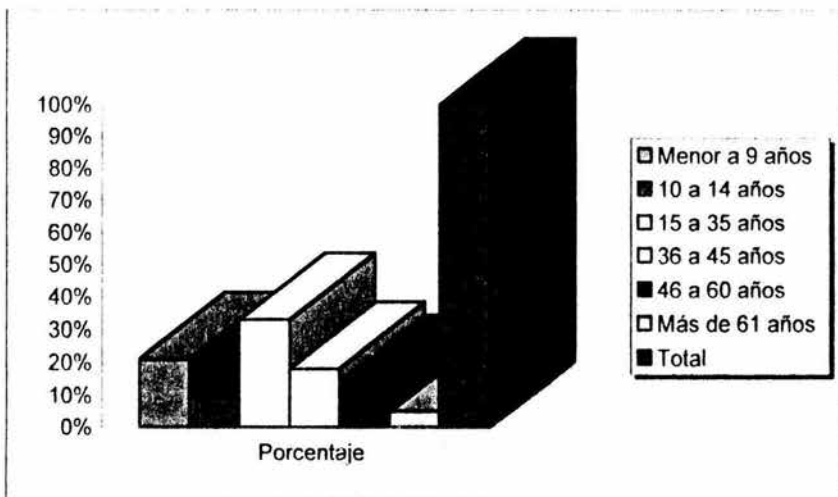
Características de las 217 personas que viven con los 46 niños afectados

Edad de las personas que viven con el grupo de niños accidentados

Edad	Porcentaje
Menor a 9 años	21%
10 a 14 años	9%
15 a 35 años	33%
36 a 45 años	18%
46 a 60 años	14%
Más de 61 años	5%
Total	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado en el HGZ. de Acapulco Gro.a familiares de 46 niños accidentados en el periodo de Julio 2002 a Enero 2003.

La edad de las personas que viven con el grupo de niños accidentados fluctúan entre 15 y 59 años, lo cual puede significar una potencial de red de apoyo para el cuidado del niño.



Cuadro 14

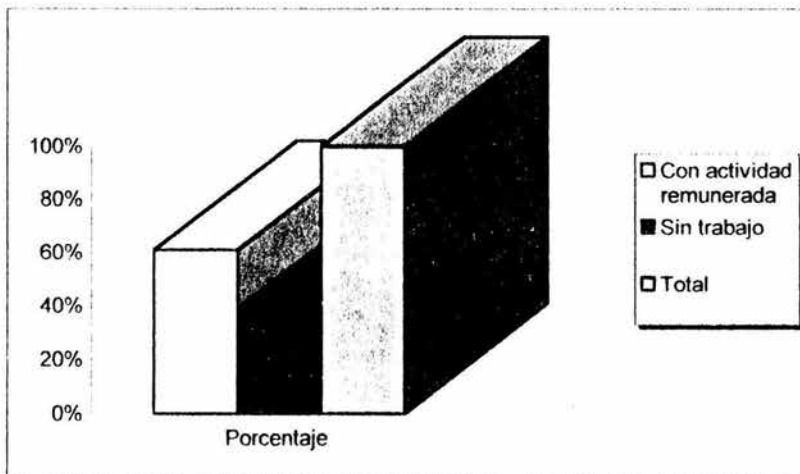
Características de las 217 personas que viven con los 46 niños afectados

Población económicamente activa. 65%

De la población de 15 a 59 años Considerada económicamente activa	Porcentaje
Con actividad remunerada	61%
Sin trabajo	39%
Total	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado en el HGZ. de Acapulco Gro. a familiares de 46 niños accidentados en el periodo de Julio 2002 a Enero 2003.

Con respecto a la población económicamente activa de los hogares, el 61 por ciento realiza alguna actividad remunerada, principalmente en labores manuales (artesanos, trabajadores fabriles, operadores de maquinaria etcétera). Y el 39% sin trabajo.



Cuadro 15

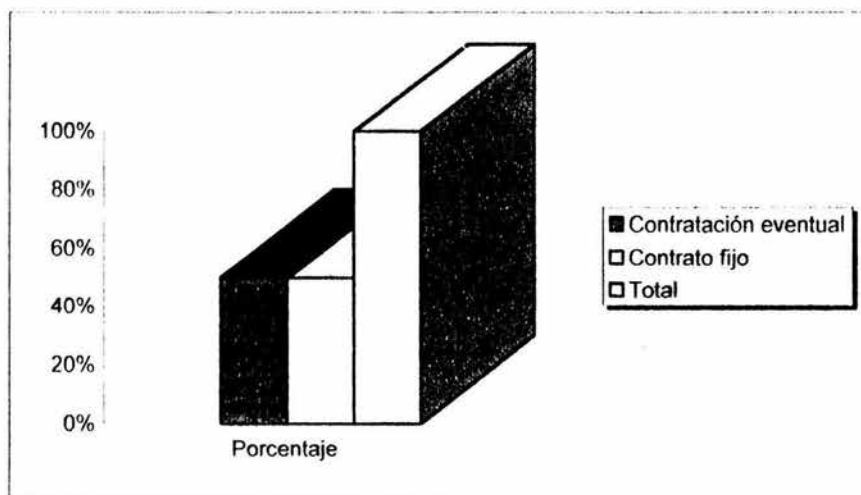
Características de las 217 personas que viven con los 46 niños afectados

Tipo de contrato de la población con actividad remunerada (de la madre o del padre).

Del 61% de la población con actividad remunerada	Porcentaje
Contratación eventual	50%
Contrato fijo	50%
Total	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado en el HGZ. de Acapulco Gro. a familiares de 46 niños accidentados en el periodo de Julio 2002 a Enero 2003.

El 50% de estos trabajadores tiene contratación eventual y solamente el 50% refiere tener un contrato fijo.



Cuadro 16

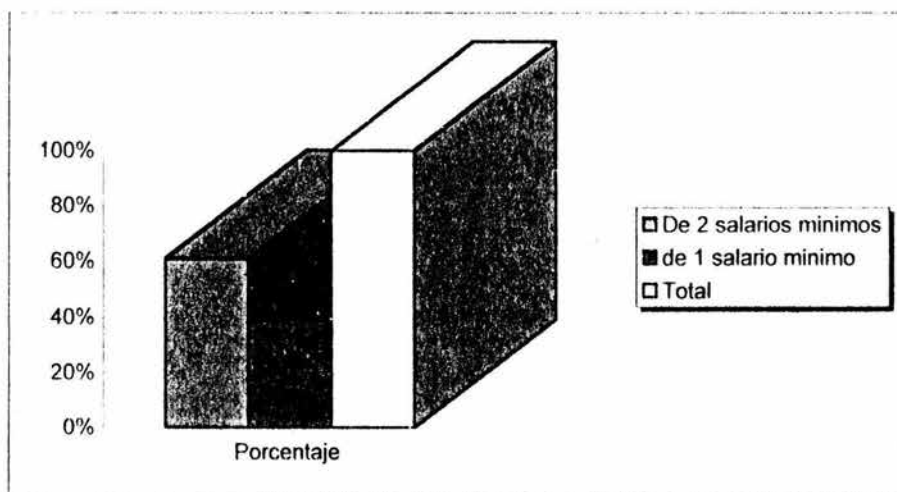
Características de las 217 personas que viven con los 46 niños afectados

Ingreso de la población con actividad remunerada

Ingreso	Porcentaje
De 2 salarios mínimos	61%
de 1 salario mínimo	39%
Total	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado en el HGZ. de Acapulco Gro. a familiares de 46 niños accidentados en el periodo de Julio 2002 a Enero 2003.

Del total de miembros de la familia que señaló tener un trabajo, sólo el 61 por ciento informó sobre sus ingresos, que en su mayoría equivalen a dos salarios mínimos y solo un 39% refiere tener ingresos de un salario mínimo.



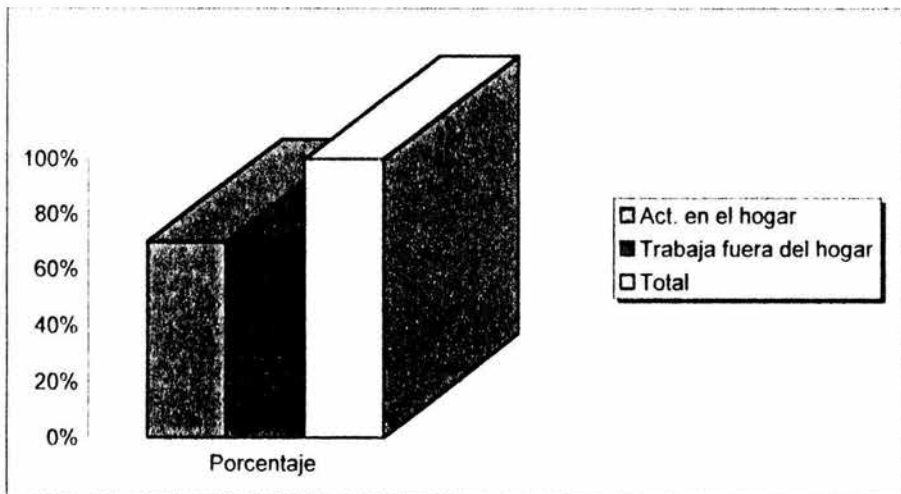
Cuadro 17

Características de la madre

Actividades de la madre	Porcentaje
Act. en el hogar	70%
Trabaja fuera del hogar	30%
Total	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado en el HGZ. de Acapulco Gro. a familiares de 46 niños accidentados en el periodo de Julio 2002 a Enero 2003.

A este respecto se considera importante destacar que un 70 por ciento de las madres se dedica a actividades del hogar y solo el 30% trabaja fuera del hogar. De este 30% de las madres que trabajan fuera del hogar, la lleva a permanecer ausente entre seis y 12 horas. Se desempeña principalmente en labores no manuales en el sector servicios y en labores no calificadas (afanadoras, empleadas domésticas o vendedoras ambulantes).



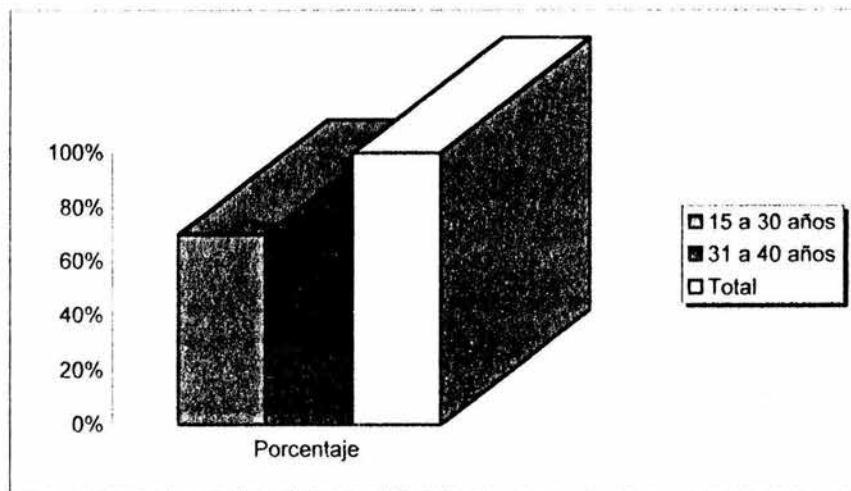
Cuadro 18

Características de la madre

Edad de la madre	Porcentaje
15 a 30 años	70%
31 a 40 años	30%
Total	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado en el HGZ. de Acapulco Gro. a familiares de 46 niños accidentados en el periodo de Julio 2002 a Enero 2003.

El 70 por ciento corresponde a mujeres jóvenes, entre 15 y 30 años de edad y, el 30% corresponde a madres entre 31 a 40 años, por lo que se observa que un porcentaje alto es de madres jóvenes.



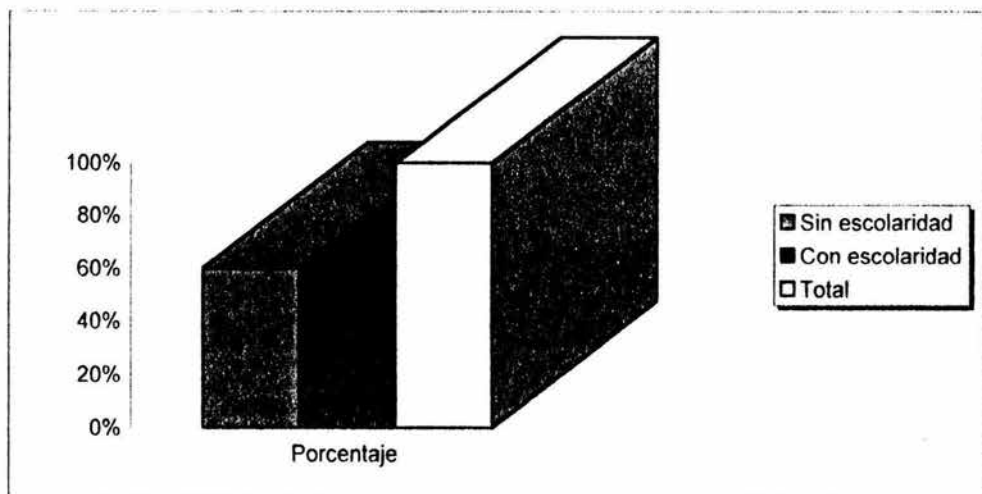
Cuadro 19

Características de la madre

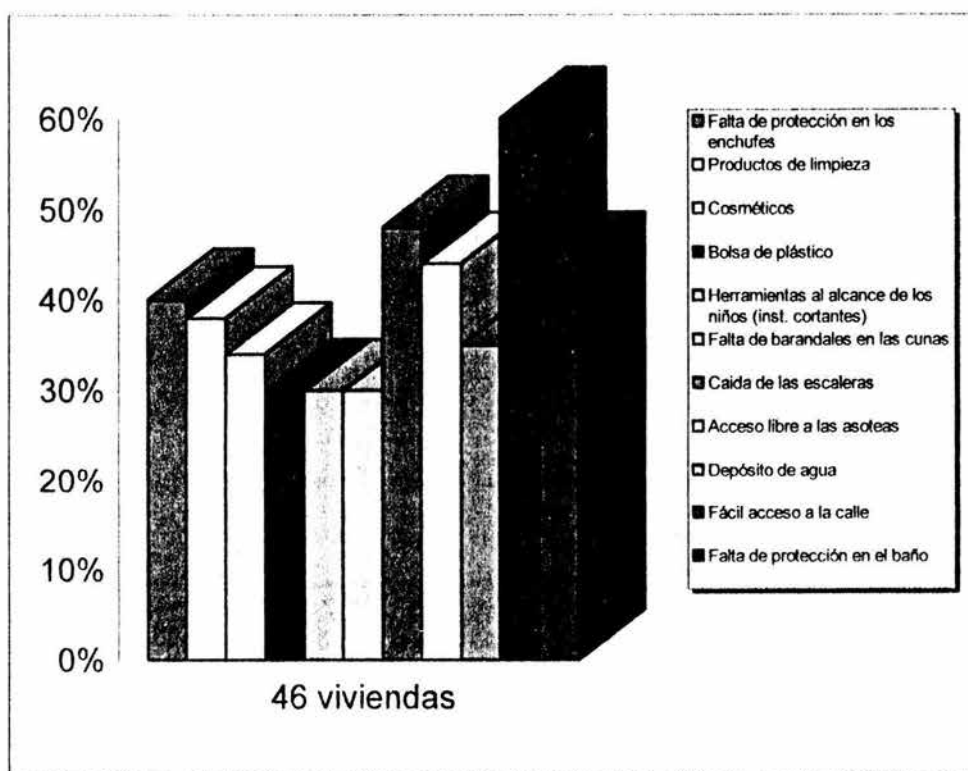
Escolaridad	Porcentaje
Sin escolaridad	60%
Con escolaridad	40%
Total	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado en el HGZ. de Acapulco Gro. a familiares de 46 niños accidentados en el periodo de Julio 2002 a Enero 2003.

En el cuadro se observa la distribución de esta variable tanto para el grupo de madres que trabajan, como en el de las que no lo hacen, donde destacan los grupos sin escolaridad y los de alta (profesionales). Se considera que su presencia en el sector productivo podría deberse, tal vez, a motivaciones diferentes: mientras las primeras probablemente lo hacen para tratar de asegurar su subsistencia, las segundas lo hacen por motivos de superación profesional, ya que el 60 por ciento corresponde a las madres sin escolaridad y 40 por ciento a las madres con escolaridad.



Finalmente, en el grupo factores de riesgo de la vivienda en general, se encontró que los más frecuentes fueron las puertas de salida y acceso a la azotea sin chapa, y los enchufes e instalaciones eléctricas sin protección.



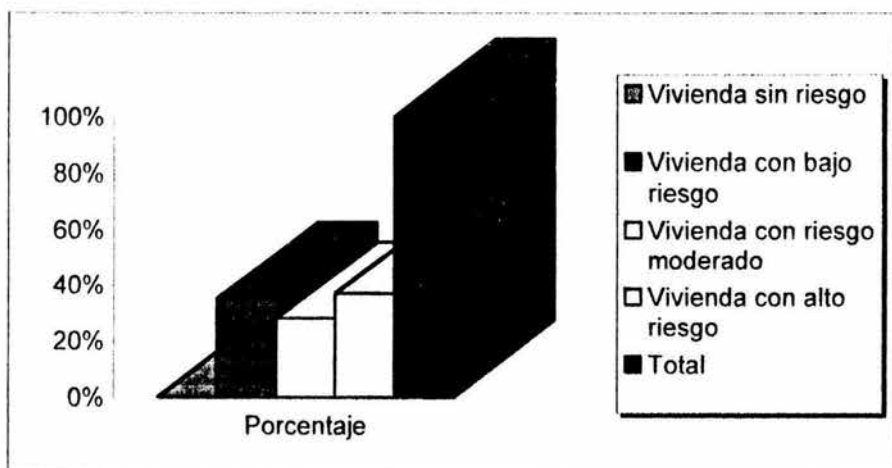
Cuadro 21

Factores de riesgo de la vivienda

Niveles de riesgo	Porcentaje
Vivienda sin riesgo	0%
Vivienda con bajo riesgo	35%
Vivienda con riesgo moderado	28%
Vivienda con alto riesgo	37%
Total	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado en el HGZ. de Veracruz. Ver. a familiares de 46 niños accidentados en el periodo de Julio 2002 a Enero 2003.

En los niveles de riesgo en la vivienda se puede observar que los rangos establecidos para la recolección de datos, son abarcativos a todas las viviendas, destacando el mayor porcentaje a la vivienda con alto riesgo, es de llamar la atención que no hubo alguna vivienda visitada que no tuviera algún factor de riesgo.



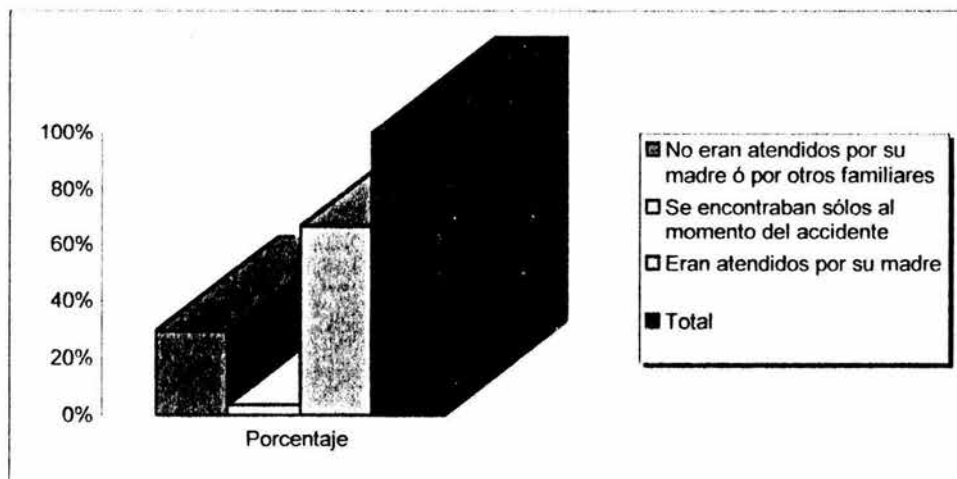
Cuadro 22

Por quienes recibían el cuidado los niños accidentados

Niños lesionados	Porcentaje
No eran atendidos por su madre sino por otros familiares	29.40%
Se encontraban solos al momento del accidente	3.80%
Eran atendidos por su madre	66.80%
Total	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado en el HGZ. de Acapulco Gro. a familiares de 46 niños accidentados en el periodo de Julio 2002 a Enero 2003.

En el cuadro se demuestra por quienes recibía el cuidado los niños cuando presentaron la lesión por accidente en el hogar, un porcentaje alto del 66.80 la mamá se encontraba con el niño y otro porcentaje de casi un 30 por ciento no se encontraba con la madre pero sí con otros familiares, solo un 4 por ciento se encontraba solo, por lo que se piensa que la madre y familiares no tienen una adecuada información para la prevención de accidentes principalmente en el hogar.



Cuadro 23

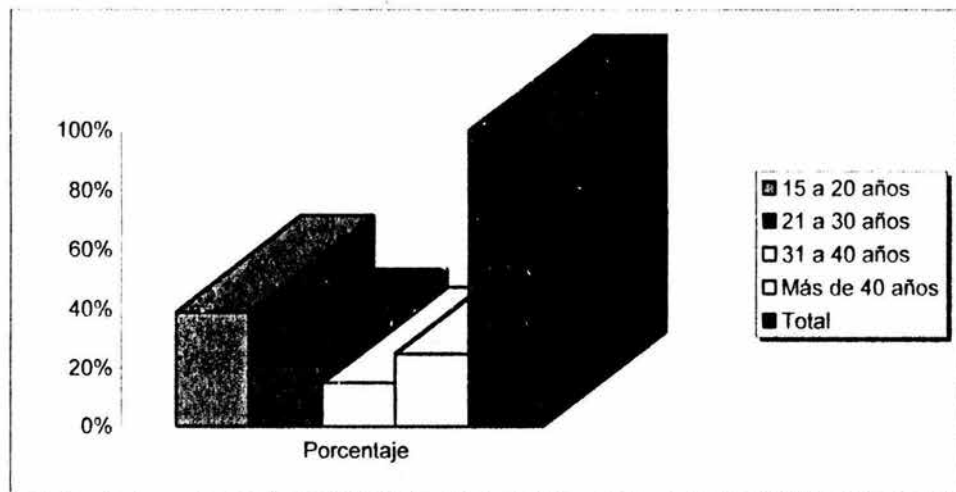
Red social de apoyo

Edad del familiar encargada del cuidado del niño accidentado

Persona encargada	Porcentaje
15 a 20 años	39%
21 a 30 años	21%
31 a 40 años	15%
Más de 40 años	25%
Total	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado en el HGZ. de Acapulco Gro.a familiares de 46 niños accidentados en el periodo de Julio 2002 a Enero 2003.

Se considera una red de apoyo a aquellos grupos, personas o familiares que apoyan de manera directa a una persona que requiere de cuidados para la satisfacción de sus necesidades básicas, de tal manera que para esta investigación nos estaremos refiriendo específicamente a familiares que intervienen en el cuidado a los niños y son parte fundamental en la presencia de accidentes. Es de llamar la atención que la edad de las personas que atienden a los niños fluctúa en un porcentaje alto de los de más de 40 años y otro porcentaje considerable de los de 15 a 20 años, por lo que se puede inferir que la población joven no cuenta con los conocimientos para la prevención de accidentes y la población de más de 40 años tiene otro tipo de actividades domesticas que distrae su atención del cuidado al niño.



Cuadro 24

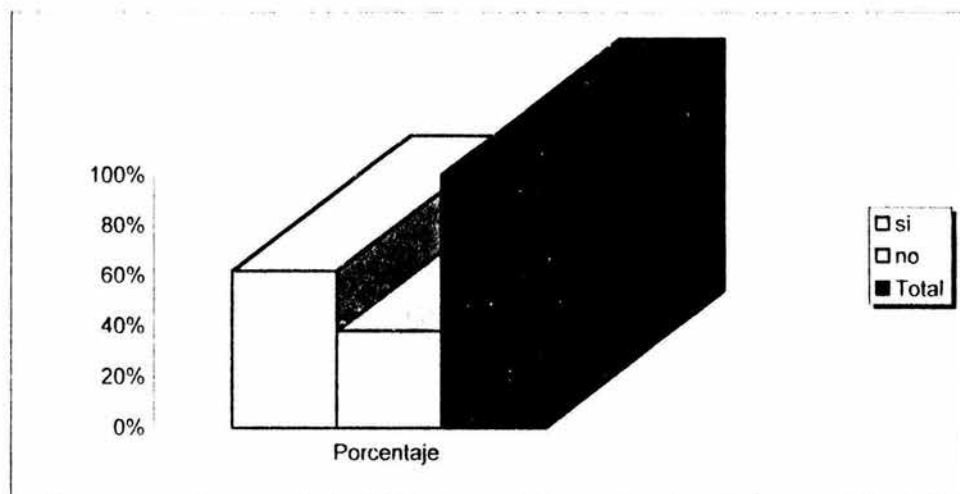
Red social de apoyo

Recibió información el familiar del niño

Se le dio al niño accidentado algún tipo de atención en el hogar	Porcentaje
si	62%
no	38%
Total	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado en el HGZ. de Acapulco Gro. a familiares de 46 niños accidentados en el periodo de Julio 2002 a Enero 2003.

El cuadro representa si el niño accidentado recibió algún tipo de atención, la persona a la que se entrevistó en el hogar, refirió que el niño recibió atención, principalmente la aplicación de algún remedio casero y aplicación de algún medicamento, pero no se menciona en que consistió, casi el 40 por ciento refiere no haber proporcionado ninguna atención.



Cuadro 25

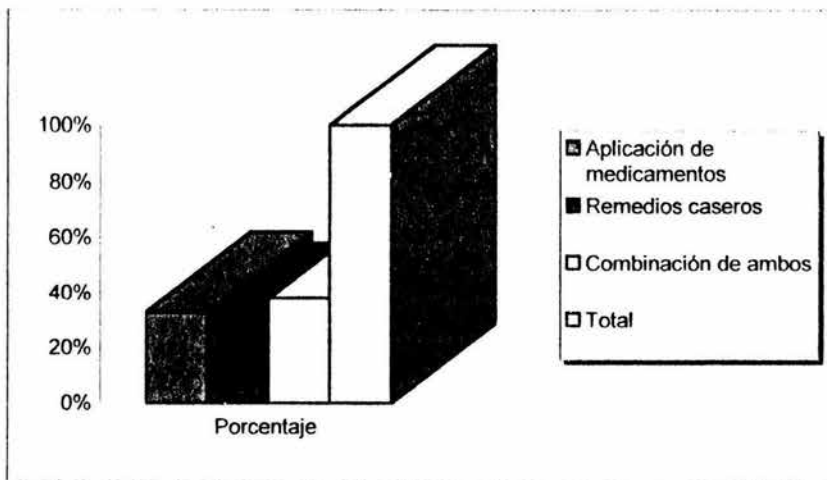
Red social de apoyo

Atención que recibió el niño antes de llegar al Hospital

Tipo de atención	Porcentaje
Aplicación de medicamentos	33%
Remedios caseros	29%
Combinación de ambos	38%
Total	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado en el HGZ. de Acapulco Gro. a familiares de 46 niños accidentados en el periodo de Julio 2002 a Enero 2003.

En relación al tipo de atención que recibió el niño accidentado en el hogar, del 62 por ciento que afirmó haberle proporcionado algún tipo de atención, en un sentido proporcional la tendencia fue la aplicación de remedios caseros y la aplicación de medicamentos y un 38 por ciento la combinación de ambas.



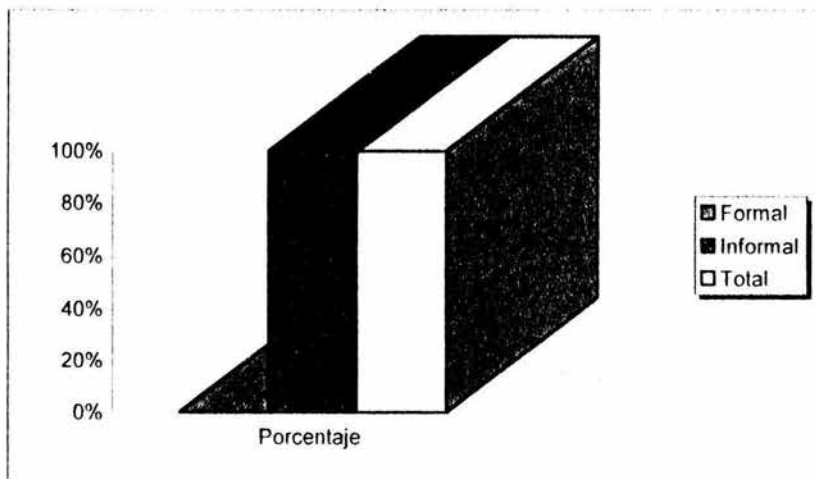
Cuadro 26

Tipo de información que recibió la persona

Información	Porcentaje
Formal	0%
Informal	100%
Total	100%

FUENTE: Cuestionario aplicado en el HGZ. de Acapulco Gro. a familiares de 46 niños accidentados en el periodo de Julio 2002 a Enero 2003.

El cuadro representa el tipo de información que recibió el familiar del niño accidentado y en su totalidad el familiar manifestó que recibieron orientación con respecto al tratamiento a seguir con el niño accidentado, sin ninguna otra información que apoyará posibles secuelas o alguna información para la prevención de accidentes.



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los resultados obtenidos de las variables estudiadas en los 46 casos fueron los siguientes:

1.-CARACTERISTICAS EN RELACION CON LOS NIÑOS ACCIDENTADOS

Edad y sexo.

La distribución de los casos según edad y sexo se presentan en la cuadro 1, donde destacan el sexo masculino y los grupos dos y tres años como los más afectados.

Lesión.

Los tres principales tipos de lesión, según grupo de edad, se observan en la cuadro, presentando un patrón muy similar en relación con el sexo. Sobresalen las contusiones simples, los traumatismos cráneo-encefálicos y las heridas de la cabeza.

Causas externas

Las causas más frecuentes están estrechamente relacionadas con las características de desarrollo psicomotor de la población estudiada y destacan: las caídas de un nivel a otro (principalmente caídas desde escaleras y de la cama) y las caídas del mismo nivel (por resbalón, tropezón o traspie). Cabe destacar que, en los casos de quemaduras con líquidos hirvientes, en la mayoría de las ocasiones se trató de agua caliente utilizada para el baño de los menores. Existe una relación estrecha entre las causas y los tipos de lesión descritos anteriormente. Por otro lado, a pesar de que los casos de lesiones intencionales fueron excluidos de este estudio, en dos ocasiones se tuvo la sospecha de lesión intencional, con menores de un año y del sexo femenino.

Lugar de ocurrencia.

El cuadro 4 presenta los sitios donde se presentan los hechos accidentales con mayor frecuencia, según el grupo, lo que posiblemente está influenciado por el tiempo que permanece el menor en dichos sitios según la edad y que está en relación con su desarrollo psicomotor. Así, para los menores de un año la recámara es el sitio más peligroso, mientras que para los preescolares, el lugar donde acostumbran jugar (el patio) se constituye en el sitio de mayor peligro. La actividad que se registró como la que más frecuentemente realizaba el niño al momento de lesionarse era la de jugar. El 64 por ciento se encontraba solo (en el sitio de ocurrencia); sin embargo, el 12 por ciento se encontraba en compañía de su madre.

Gravedad.

Con base en los criterios de gravedad mencionados en la metodología, se observa que el grupo de menores de un año, fue el más alto porcentaje de casos que ameritaron hospitalización, y esto a pesar de que fue el que presentó la menor demanda. La variable sobre percepción de gravedad de la lesión arrojó los resultados determinada por el médico, se observa un patrón sobre todo en los extremos de leve y severa.

Tiempo transcurrido entre ocurrencia y demanda.

El 39 por ciento de los casos solicitó atención después de una hora de ocurrida la lesión. En la figura 8 se presentan los motivos más frecuentes de retraso, entre los que destaca el de haber solicitado previamente atención médica (principalmente en un consultorio médico). Al relacionar al grupo que tardó más de una hora en demandar atención médica con el criterio de gravedad moderada o severa, se observó que el 51 por ciento de ellos requirió hospitalización.

Número de hermanos.

El 23 por ciento eran hijos únicos. El 30 por ciento tenía un hermano y el 46 por ciento restante dos o más. Es importante tener en cuenta esta variable, ya que la existencia de hermanos se ha registrado como factor de riesgo de lesión sobre todo en niños menores de cinco años.

Asistencia a guarderías.

A pesar de que el 60 por ciento de los casos se encuentran en edad de acudir a guarderías, sólo el tres por ciento de éstos cuentan con esta prestación social. (Cuadros 10, 11 y 12)

2.-CARACTERISTICAS FAMILIARES Y SOCIOECONOMICAS

Los resultados fueron: el 56 por ciento de los casos correspondían a familias nucleares; el 23 por ciento a familias extensas. En el 21 por ciento de los casos, el niño vivía solamente con la madre, y se trató de madres solteras. Si bien el estudio se refiere a **46 casos de niños lesionados. al analizar las características socio-económicas de las familias, los resultados corresponden al análisis de 217 personas**, mismas que habitan la vivienda con los niños y que, en lo fundamental, participan de las mismas condiciones socio-económicas y comparten los mismos riesgos o protecciones. El 53 por ciento correspondió al sexo femenino y el 47% al sexo masculino, y fluctúan entre 15 y 59 años, lo cual puede significar una potencial de red de apoyo para el cuidado del niño. Con respecto a la población económicamente activa de los hogares, el 61 por ciento realiza alguna actividad remunerada, principalmente en labores manuales (artesanos, trabajadores fabriles, operadores de maquinaria etcétera). El 50 por ciento de estos trabajadores tiene contratación eventual y solamente el 50% refiere tener un contrato fijo. Del total de miembros de la familia que se señaló tener un trabajo, sólo el 61 por ciento

informó sobre sus ingresos, que en su mayoría equivalen a dos salarios mínimos y solo un 39% refiere tener ingresos de un salario mínimo.

Características de la madre. A este respecto se considera importante destacar que un 70 por ciento de Las madres se dedica a actividades del hogar y solo el 30% trabaja fuera del hogar. El 70 por ciento corresponde a mujeres jóvenes, entre 15 y 30 años de edad y, el 30% corresponde a madres entre 31 a 40 años, por lo que se observa que un porcentaje alto es de madres jóvenes. En el 30 por ciento de los casos la madre trabaja fuera del hogar, lo cual la lleva a permanecer ausente entre seis y 12 horas. Se desempeña principalmente en labores no manuales en el sector servicios y en labores no calificadas (afanadoras, empleadas domésticas o vendedoras ambulantes).

Respecto a la escolaridad de las madres. En el cuadro se observa la distribución de esta variable tanto para el grupo de madres que trabajan, como en el de las que no lo hacen, donde destacan los grupos sin escolaridad y los de alta (profesionales). Se considera que su presencia en el sector productivo podría deberse, tal vez, a motivaciones diferentes: mientras las primeras probablemente lo hacen para tratar de asegurar su subsistencia, las segundas lo hacen por motivos de superación profesional, ya que el 60 por ciento corresponde a las madres sin escolaridad y 40 por ciento a las madres con escolaridad.

3.- FACTORES DE RIESGO DE LA VIVIENDA

De manera aislada, los factores de riesgo que se presentaron con más frecuencia fueron: falta de protección en los enchufes (40%), productos de limpieza (38%), cosméticos (34%), bolsas de plástico (30%), y herramientas (30%) al alcance de los niños; falta de barandal en las cunas (30%) y en las escaleras (48%); acceso libre a la azotea (44%); Presencia de depósitos de agua (35 %); fácil acceso a la calle (60 %); Falta de protección en el baño (44%).

Como se mencionó en la sección de metodología, los factores de riesgo se agruparon en cuatro categorías.

1) Factores de riesgo relacionados con la existencia de productos tóxicos al alcance de los niños (medicamentos, productos de limpieza, cosméticos y solventes).

2) Objetos peligrosos (instrumentos cortantes, herramientas, líquidos calientes, bolsas de plástico, etcétera).

3) Factores relacionados con la seguridad del niño (protecciones en escaleras, cunas o cama). El análisis de los factores de riesgo relacionados con protecciones en cunas sólo se realizó en el grupo de 0-2 años.

4) Factores de riesgo de la vivienda en general (instalaciones eléctricas, depósitos de agua, fácil acceso a azotea o calle, etcétera).

En el cuadro se presenta la distribución de los casos que indicaron la existencia de los factores de riesgo en cada una de estas categorías. Destaca la falta

de medidas de seguridad para el niño, como son las protecciones en cunas y escaleras. En el primer grupo, el factor de riesgo más frecuente fue la presencia de productos de limpieza y tóxicos al alcance de los niños. Para el grupo de factores de riesgo por objetos peligrosos, los registrados con mayor frecuencia como presentes y al alcance de los niños fueron: los instrumentos cortantes y los líquidos calientes. Respecto a los factores de riesgo relacionados con la no existencia de medidas de seguridad específicas, sobre todo para el grupo de los niños de cero a dos años, se encontró que el factor de riesgo más frecuente fue la falta de barandales o protecciones en cunas o camas.

Finalmente, en el grupo factores de riesgo de la vivienda en general, se encontró que los más frecuentes fueron las puertas de salida y acceso a la azotea sin chapa, y los enchufes e instalaciones eléctricas sin protección.

Al relacionar los grupos de factores de riesgo con la edad y el sexo de los niños con lesiones accidentales, se observa que no existe una relación cuando se analizan estas variables por separado. Esto es, la presencia de los factores de riesgo es similar en las casas de niños y de las niñas de todos los grupos de edad. Sin embargo al analizar las diferencias de edad controlada por sexo, se observa que los varones menores de dos años tienen un exceso de riesgo de estar expuestos a objetos peligrosos en su vivienda. El factor de riesgo que más explicó esta diferencia fue la presencia de fluidos calientes cerca de los niños.

Nivel de riesgo de la vivienda: Se observa que se identifican un total de 11 factores de riesgo en el total de viviendas donde habitan los 46 niños accidentados y estudiados en ésta investigación, considerándose necesario hacer hincapié que así sea un solo factor de riesgo se hace necesario trabajar programas de Educación para la Salud en relación a estos factores de riesgo y la manera como se debe prevenir accidentes, con los posibles integrantes de la red de apoyo y la madre del niño, de tal manera que se hace una clasificación de factores de riesgo de acuerdo a la incidencia de factores en el hogar y a las causas que determinaron la lesión, considerando la vivienda de bajo riesgo con 2 o menos factores de riesgo (35 %); de riesgo moderado con 3 factores de riesgo (28 %); y de riesgo alto con más de 3 factores (37 %).

4.-RED SOCIAL DE APOYO (CUIDADO INFANTIL)

Del total de casos estudiados, 29.4 por ciento no eran atendidos por su madre; en la mayoría existía una red de apoyo para su cuidado, constituida principalmente por la abuela y otros familiares (hermanos, padres y tíos). El 3.8 por ciento de los niños lesionados no tenía quién los cuidara y se encontraban solos en la vivienda al momento de ocurrir la lesión por accidente (cuadro 24).

Respecto a la edad de la persona encargada, más de la mitad fueron adultos jóvenes encontrando que un 39 % se encuentra entre 15 a 20 años, un 21 % entre 21 y 30 años y un 15 % entre 31 y 40 años.

En el 62 por ciento de los casos se proporcionó algún tipo de atención en el hogar al niño lesionado, no así un 38 por ciento de niños lesionados que no recibieron ningún tipo de atención previo a la llegada al hospital.

La atención más frecuente fue la aplicación de medicamentos, seguida de remedios caseros y, por último, una combinación de ambos.

La fuente de información a la que se acudió para seleccionar el tipo de atención proporcionada (medicamento o remedio casero), **fue principalmente informal** (vecino, taxista, comadre, abuela, etcétera).

3.- Discusión

El diseño de este estudio presentó dificultades, ya que se intentaba realizar uno de tipo exploratorio sobre los factores de riesgo de lesiones accidentales en niños en el hogar. Se optó por un diseño de casos el cual, por un lado, presenta limitaciones inherentes al mismo y, por el otro, el haber utilizado solamente población que demanda atención a servicios de urgencia y de éstas, la que lo hace en hospitales para población abierta. Por lo tanto, los resultados sólo pueden ser referidos a la población que se incluyó en el estudio.

Es importante recalcar el hecho de que el estudio se realizó en un hospital del IMSS perteneciente al sector público y que, en investigaciones similares en otros países, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre la demanda por lesiones en hospitales públicos y privados. Dichas diferencias se refieren a la causa externa, tipo de lesión y lugar de ocurrencia y posiblemente están determinadas por el nivel socioeconómico, de tal manera que deberán considerarse en el planteamiento de programas preventivos en este campo.

Por otra parte, la identificación de factores de riesgo en la vivienda, solamente a través de entrevistas y con base en los resultados de la visita domiciliaria, destacan la necesidad de diseñar investigaciones basadas en encuestas en hogares, que permitan corroborar la presencia objetiva de dichos factores de riesgo y obtener así conclusiones más valederas en este rubro.

La predominancia del sexo masculino habla de una distribución muy similar a la que se observa para este tipo de daños en la población general. Asimismo, vale la pena destacar la gran diferencia que se encontró en el caso de los menores de cinco años y en el sexo masculino, lo que plantea la necesidad de hacer análisis estratificado por edad en futuros estudios que sobre el tema se realicen en la población infantil.

Los resultados orientan hacia la posibilidad de realizar intervenciones dirigidas al campo de la prevención primaria y secundaria. En relación con la primera,

dentro de los hallazgos respecto a la red social de apoyo parece importante resaltar que para la mayor parte de la población estudiada la madre del niño es la persona encargada de su cuidado y, en los casos que no es ella, las personas encargadas son, en su mayoría, población adulta con un nivel escolar de primaria completa. Las características anteriores se consideran de gran importancia como factores que pueden incidir positivamente en el cuidado del niño, además de que destacan la necesidad de profundizar en el análisis de las otras variables de la red social de apoyo. Cabe aquí recalcar que más del 10 por ciento de las lesiones ocurrió a pesar de que el niño estaba a cargo de una persona adulta y que ésta se encontraba presente al momento del accidente. Lo anterior plantea la necesidad de que, en futuros estudios, se analice la existencia de la red tanto en tiempo como en calidad, además de considerar que el problema es multifactorial.

Respecto a las características de seguridad en la vivienda, los factores de riesgo observados hacen pensaren una situación paradójica pues, por un lado, la población sí reconoce los riesgos, pero, por el otro, se ha acostumbrado a vivir con ellos. Uno de los grandes retos en términos de prevención de las lesiones es lograr, a través de intervenciones educativas, que la población realmente aplique las medidas de seguridad que están a su alcance. En síntesis, no se debe perder de vista el contexto social y las condiciones de infraestructura sanitaria al momento de plantear programas de prevención de accidentes en el hogar.

En relación a la prevención secundaria, es necesario considerar los resultados obtenidos en relación con el retraso en la demanda de atención y sus motivos, ya que reflejan el desconocimiento de la población en cuanto a las medidas que se deben tomar cuando se produce la lesión para mejorar el pronóstico (limitación del daño y tratamiento oportuno). El manejo que la población hace del problema de las lesiones traumáticas, es el mismo que para cualquier otro problema de salud, cuando el primero, además de la consulta, requiere de un tratamiento inmediato que, en la mayoría de las veces, no se encuentra disponible en un consultorio.

Lo anterior es también válido respecto a los datos que generaron las preguntas sobre si se aplicó algún tipo de atención y la fuente de esta información, donde se identifica la necesidad de promover programas de educación para la salud a nivel masivo, así como la ubicación de los servicios de salud en la comunidad en general, y médica en particular, recalcando que la atención de urgencias es gratuita por ley.

Es necesario destacar el papel que juega la enfermera materno infantil en la atención prehospitalaria de las lesiones infantiles; en este estudio sólo se pudo conocer su participación previa a una demanda hospitalaria. En trabajos similares al presente se ha recomendado incluir a este tipo de personal en futuros estudios sobre el tema. Mención especial merece el licenciado en

Enfermería y su influencia, tanto en la prevención como en la atención de las lesiones en niños.

Con relación a la condición de trabajo materno fuera del hogar, destaca el hecho de que, de los casos estudiados cerca de la mitad son trabajadores, lo cual puede incidir de manera importante en las condiciones de atención a la salud de la madre del niño así como, en las garantías para su protección, básicamente en los menores de cinco años, en calidad beneficiarios de programas como las guarderías infantiles.

La situación anterior, aunada al hecho de que una elevada proporción de estas madres tiene que permanecer entre seis y 12 horas diarias fuera del hogar por motivos de trabajo, sugiere la importancia de desarrollar un estudio que profundice en el conocimiento de esta situación de desprotección social a la madre que trabaja y su relación con el cuidado del niño.

VI.- INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PLANEACIÓN Y DISEÑO DE PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SOBRE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

1.- Justificación

Se pone a consideración la incorporación de un nuevo componente al Programa de Atención a la Salud del Niño el cual es "Prevención de Accidentes en menores de nueve Años" teniendo como objetivo disminuir la mortalidad y morbilidad ocasionada por accidentes y/o lesiones, a través de medidas de prevención de factores de riesgo en el hogar, la escuela y la vía pública; pretendiendo con ello mejorar los niveles de salud de los niños y niñas. Por lo cual se deberán efectuar diagnósticos actualizados por jurisdicción de la situación epidemiológica de las lesiones por accidentes, y material de educación para la salud para lograr los objetivos del programa

Los riesgos de accidentes en los niños, son diferentes entre una edad y otra, sin embargo, la mayoría de los accidentes pueden prevenirse.

Actividades de educación para la salud en la comunidad

Se ha considerado que las funciones de educación para la salud son inherentes a todos los trabajadores de la salud y por lo tanto aparentemente no se requiere personal especializado, sin embargo en la práctica se observa que la falta de personal que promueve, oriente, planea, coordina, supervisa y evalúa estas actividades condiciona que esta acción educativa sea de escasa magnitud. Es conveniente estimular la preparación de personal específico para incrementar estas labores y también es de señalarse que habitualmente los recursos económicos que destinan las instituciones a la educación para la salud son relativamente escasos. En esta labor, la posibilidad de disponer de mayores recursos se dificulta porque los resultados de la educación para la salud no son fácilmente demostrables y menos a corto plazo, y con frecuencia esto es lo que más interesa a las instituciones¹.

La educación para la salud debe ajustarse a las necesidades de la comunidad de las familias y de los individuos de acuerdo con el procedimiento que se siga. Siempre tendrá validez establecer prioridades en función de los principales problemas de salud que se presentan de la conducta de la población al respecto y de los recursos disponibles.

¹ Sánchez Rosado, Manuel "Educación para la Salud" en Elementos de Salud Pública. Op. cit. p. 28

En términos generales el contenido educativo debe comprender los siguientes aspectos²:

- 1) Existencia del problema o de la enfermedad,
- 2) Las causas y los mecanismos de transmisión,
- 3) Los daños que ocasiona al individuo,
- 4) Medidas que se deben tomar para su prevención y control,
- 5) Conducta del individuo y de la familia ante la enfermedad.

Aunque existe en todas las edades la capacidad de cambiar de ideas actitudes y comportamientos es indudable que este cambio depende de muchos factores, entre otros, de la edad, estructura económica, vivencias, valores culturales, interés, recurso y técnicas que se emplean.

Es necesario que el propio individuo tenga o se le motive el interés y la necesidad del cambio; es decir tiene que haber esfuerzo propio porque el aprendizaje es un proceso activo no pasivo. Hay que demostrar que a través de nuevos comportamientos se contribuirá a alcanzar un estado de salud deseable para su bienestar o sea que la población debe tener conciencia de la importancia de la salud y de los verdaderos factores que la afectan.

Una persona cambiará su conducta solamente si comprende bien lo que debe hacer y si está convencida que el hacerlo es un medio para alcanzar un fin deseado. Estos dos aspectos encierran en síntesis la posibilidad del cambio. Desde luego no puede esperarse demasiado de lograr un estilo de vida adecuado de la población si no se modifican las condiciones socioeconómicas que finalmente son las que lo determina.

PROCEDIMIENTOS EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Los procedimientos que se siguen en la educación para la salud se pueden agrupar en los tres siguientes: 1) individuales 2) grupales y 3) medios de comunicación social³.

1. Los procedimientos individuales comprenden a la entrevista que puede realizarse expresamente para realizar orientación sobre algún aspecto de salud o aprovechando el contacto por algún otro motivo. La entrevista tiene su técnica especial; en ella se trata la información y orientación en forma precisa de acuerdo con situaciones concretas. La entrevista tiene la ventaja de que hay una relación directa entre el educador y educando; en general es un procedimiento bastante efectivo pero se requiere que se establezca una relación de confianza basada en la actitud y conducta honesta del orientador, en sus conocimientos del tema y en la habilidad para saber

² Sánchez Rosado, Manuel "Educación para la Salud" en *Elementos de Salud Pública*. Op. cit. p. 30

³ Sánchez Rosado, Manuel. "Educación para la Salud" en *Elementos de Salud Pública*. op. cit. p.144 - 148

relacionarse con los demás. La entrevista, a pesar de las ventajas que tiene porque los problemas se abordan a nivel particular en cada caso sin embargo el universo que puede cubrir es bajo es costosa y no hay suficiente personal para cubrir la amplia cobertura que se requiere⁴.

2. Los procedimientos grupales son bastante utilizados por el personal de salud y en ellos se deben aplicar las técnicas del trabajo con grupos apoyados por los medios auxiliares didácticos.

Prácticamente todo el personal del equipo de salud debe participar en estas labores. Cuando las actividades comprenden pláticas a grupos sobre temas específicos, al educador para la salud le corresponde promover estas pláticas para que sean médicos, enfermeras, ingenieros sanitarios, etc., según el tema quienes los impartan pero también en el nivel operativo es frecuente que el educador imparta orientación directa en ciertos temas.

3. Los medios de comunicación social tienen la ventaja que permiten una gran cobertura, por su enorme penetración pero debe tenerse información a qué grupos llegan. La televisión en las grandes comunidades urbanas alcanza a casi todos los hogares, sin embargo en las comunidades rurales este medio cubre poca población, la radio tiene más penetración. Un problema de los medios de comunicación social es que los temas no pueden particularizarse a cada situación concreta sino que se abordan en forma general⁵.

Los servicios de salud deben promover una mayor participación de los medios de comunicación social en estas labores, estableciendo congruencia con las acciones correspondientes de orden grupal e individual.

Aspectos generales a considerar por el personal de Enfermería en su rol como educador para la salud

Enfermería como educador para la salud debe tomar en consideración los siguientes puntos:

1. Conocer lo mejor posible lo que el individuo, la familia y la comunidad saben y hacen en relación con la salud y la enfermedad.
2. Determinar los recursos que pueden utilizarse en la educación para la salud.
3. Tener presente que no basta con que la gente capte un mensaje o una idea, lo importante es que adopte actitudes y conductas favorables para la salud.

⁴ IDEM

⁵ IDEM

4. Los cambios de conducta y hábitos no son fáciles de lograr, se requiere de múltiples esfuerzos y acciones según el caso que creen conciencia plena del problema, que formen nuevas actitudes en relación al mismo y sobre todo determinen una nueva conducta para prevenir la enfermedad o para solucionar el problema.
5. La educación para la salud debe ser una acción programada con metas precisas y en apoyo a situaciones concretas. No se piense que con mensajes aislados e imprecisos pueda lograrse cambios de conducta "contra la contaminación contamos contigo" , "ponga la basura en su lugar". Es necesario definir bien lo que se desea que se haga y por que.
6. Las motivaciones para forjar nuevas conductas deben sustentarse en las necesidades interés y posibilidades existentes. Es mas fácil motivar si la motivación se encuentra en los propios intereses y valores de la comunidad.
7. Los medios auxiliares deben utilizarse como apoyo a los procedimientos básicos y no aislados.
8. Todo material de apoyo debe examinarse previamente para juzgar si es adecuado para el tema que se vaya a impartir.
9. Es muy importante conocer y tomar en cuenta las características de los educandos tanto desde el punto de vista individual, familiar y social⁶.

Enfermería en la educación para la salud debe tomar en cuenta la influencia de las autoridades, de los líderes, de los grupos, así como de los médicos, curanderos, de las madres y en general la presión social y de grupo.

Enfermería como educador para la salud tiene un campo amplio de acción puesto que puede participar en todos los niveles de acuerdo con las siguientes funciones generales⁷:

- 1) investigación del problema y de recursos
- 2) elaboración y difusión de normas
- 3) planeación de programas
- 4) promoción o ejecución de actividades educativas
- 5) organización y trabajo con grupos
- 6) coordinación de recursos
- 7) promoción de la orientación y movilización social en las actividades educativas
- 8) asesoría y supervisión de las actividades, particularmente de las que se encomiendan a la población
- 9) información y evaluación de las acciones.

⁶ Sánchez Rosado, Manuel. "Educación para la Salud" en Elementos de Salud Pública..op. cit. p p.148 - 152

⁷ IDEM

Por lo tanto, Enfermería debe procurar cuidar que:

- 1) su aspecto sea agradable
- 2) tratar con respeto, comprensión y cortesía a todos
- 3) emplear voz clara, lenguaje sencillo y que se entienda fácilmente por el público a quien se dirige
- 4) inspirar confianza
- 5) saber estimular la participación de los educandos
- 6) tomar en cuenta la hora, el día y la duración de la entrevista o de la exposición
- 7) procurar relacionar el tema con situaciones reales.

En la práctica, como ya se dijo, todo el personal de enfermería debe realizar actividades educativas aprovechando el contacto que por diversas circunstancias tiene con la población y en forma especial cuando una familia o un individuo así lo requiera.

La persona no puede participar activamente en el cambio de la situación, si no se le orienta para que adquiera conciencia de ella y se le apoya para desarrollar su capacidad para transformarla. Necesita el hombre darse cuenta de su realidad, descubrir que es transformable y que él puede, junto con los demás, lograrlo. Esto debe ser el objetivo primordial de la educación. Crear conciencia en la población de su realidad, formar una conducta crítica y fomentar la intervención comprometida para el cambio social.

2.- Objetivo

Comunicar a los padres que los accidentes son una causa frecuente de daño a la salud e incluso de la muerte de los niños y que estos sucesos inesperados pueden prevenirse, si toman una actitud de anticipar la presencia de un accidente a través de medidas de prevención.

3.- Procedimiento

- Forme grupos integrados por madres cuyos hijos tengan menos de 5 años
- Estos grupos los coordina la Trabajadora Social y participa el resto de personal de salud de la Unidad Médica
- Para la capacitación siga los lineamientos indicados en este documento
- Deje claro el siguiente mensaje: con los accidentes no se puede tener una actitud pasiva, sino una actitud activa y propositiva
- Registre estas acciones en la Cartilla de Salud del Niño

4.- Contenidos básicos que deben comunicarse a la madre y al familiar

4.1.- Los accidentes se pueden prevenir

Es nuestro deseo proporcionarle esta información para poder comenzar a tomar conciencia entre todos sobre la Prevención de los Accidentes en la Infancia.

- Cada año ingresan a los Servicios de Emergencia 33.000.000 de Niños, la mayoría de ellos por ACCIDENTES.
- Como resultado de esos Accidentes, quedan DISCAPACITADOS en forma PERMANENTE 50.000 Niños por año.
- Como resultado de esos Accidentes, quedan DISCAPACITADOS en forma PERMANENTE 50.000 Niños por año.
- MUEREN por esos Accidentes entre 40.000 y 50.000 Niños por año⁸.

Cifras que preocupan:

- Sólo el 10 % de los Accidentes son atribuibles a Factores No Controlables.
- El 90 % de los Accidentes son PREVISIBLES Y POTENCIALMENTE EVITABLES.
- Se estima que el 44 % de los Niños de 0 a 6 años ha sufrido al menos 1 Accidente.
- En México, por cada 1000 Accidentes cuyas víctimas son Niños, aproximadamente 2 Mueren, 2 quedan Inválidos de por vida y el 99 % quedan con diversas Secuelas.
- Los Niños más frecuentemente accidentados son los que tienen entre 2 y 5 años.
- Los Accidentes se producen en el HOGAR en el 50 % de los casos.
- El 80 % de los Accidentes del Hogar ocurren en la COCINA.
- El 30 % de los Accidentes de los Niños ocurren en Lugares Públicos.
- El 10 % de los Accidentes de los Niños ocurren en el sitio de trabajo de los Padres.
- El 10 % de los Accidentes de los Niños ocurren en los Automóviles u otros medios de Transporte.
- El 80 % de los Accidentes de los Niños menores de 1 año ocurren en SU HOGAR, mientras que entre el año y los 4 años los Accidentes del Hogar suman el 60 % y, entre los 6 y 12 años, el 30 %⁹.

⁸ Datos obtenidos del panorama epidemiológico a nivel nacional en México. Secretaría de Salud. 2000

⁹ Datos obtenidos del panorama epidemiológico a nivel nacional en México. Secretaría de Salud. 2000

Las **Causas de Muerte** de Niños menores de 1 año por Accidente en el Hogar son:

- Asfixia por Inmersión,
 - Ingestión de un Cuerpo Extraño,
 - Quemaduras
 - Caídas de Cambiadores, Sillas Altas o Camas.
-
- Las caídas fueron la causa principal de visitas a emergencia en el 2000. en niños entre 1 y 4 años de edad.
 - La causa principal de muerte para niños entre 1 y 14 años son los accidentes automovilísticos. Muchos de estos niños se hubiesen salvado si hubieran estado en un asiento de seguridad. Otro problema que existe para los niños menores de 1 año, es dormir en un ambiente peligroso. Muchas veces lo que pensamos que es cómodo, como frazadas, acolchados, almohadones, juguetes de peluche, pueden causar asfixia. Es recomendable consultar con su pediatra con respecto a la mejor manera de poner a dormir a su bebé.
-
- Los accidentes, son sucesos a los que se expone una persona de manera involuntaria y súbita que se traducen en una lesión corporal, mental o muerte.
 - Se producen por la inexperiencia de los padres y/o por la autonomía e interés del niño a explorar su mundo.
 - De las muertes ocasionadas por accidente, la mitad de ellas ocurren en el hogar y dentro de este la cocina ocupa el primer lugar.
 - Ante los accidentes no se puede tener una conducta expectante ,sino activa y propositiva ,para lo cual se liene que desde recién nacido, el niño está expuesto a diferentes tipos de accidentes¹⁰.

Dado que el 90% de los accidentes son previsible y potencialmente evitables, es conveniente que recordemos todos la siguiente frase:

"CUANDO UN NIÑO SUFRE UN ACCIDENTE, CASI SIEMPRE HAY UN ADULTO RESPONSABLE"

¹⁰ Datos obtenidos del panorama epidemiológico a nivel nacional en México. Secretaria de Salud. 2000

4.2.- Recomendaciones en la diferentes causas de accidentes.

Accidentes en automóviles.

Los niños menores de cinco años deben viajar en el asiento de atrás, en una silla especial ,con su cinturón de seguridad para sostenerles en caso de colisión. No los lleve cargando en el asiento de adelante

Ingestión de sustancias tóxicas o peligrosas.

Colocar en lugar seguro, fuera de la vista y alcance del niño, productos como : a) medicamentos ya sean tabletas o jarabes, b) productos de limpieza para el hogar, para quitar grasa, limpiar la estufa, vidrios, muebles etc., c) bebidas alcohólicas.

Como los niños imitan conductas, se recomienda no ingerir medicamentos delante de ellos. Por ningún motivo deberán guardarse medicamentos o productos que no son comestibles, en recipientes donde habitualmente se guarda comida ,ni tampoco en recipientes como botellas de refresco.

Cuidar al niño cuando..se baña en tina, juega cerca de fuentes, piscinas o el mar

Prevención de quemaduras por sustancias calientes.

No dejar solo al niño cuando se encuentre en lugares como la cocina ,donde existen líquidos calientes que pueden quemarlo.

Prevención de quemaduras solares.

No exponer desnudo al niño por tiempo prolongado. Si se asolea a la luz solar directa particularmente cuando lo lleva al mar o balnearios, deberá aplicar sobre la piel del niño sustancias protectoras contra los rayos ultravioleta.

Prevención de intoxicación por plomo.

Evitar contacto con objetos y con pinturas que contengan plomo¹¹.

4.3.- Precauciones en ámbitos fuera del hogar

EN LA ESCUELA

Están reglamentadas las características de higiene y seguridad de los edificios escolares. A pesar de las precauciones, es inevitable que los niños sufran traumatismos, habitualmente leves o moderados, sobre todo durante los primeros años de su escolaridad.

PRECAUCIONES EN LA CALLE

La educación vial no es actualmente responsabilidad del sector sanitario. La requieren los niños por ser peatones, patinadores y conductores de bicicleta o

¹¹ Zaredo. A. Medicina Interna Pediátrica. Editorial Interamericana. México 1998. p.p. 37-45

ciclomotor (casco, habilidad, prudencia). El consejo antialcohólico en adolescentes puede considerarse como parte de la prevención de futuros accidentes.

El uso de casco al ir en bicicleta resulta muy eficaz (40-75% de reducción de traumatismos craneales en quienes lo usan), pero su consejo es poco efectivo, por lo que debe recomendarse una legislación específica que aumente su uso.

Otros dos ámbitos de prevención de accidentes extra-domésticos son:

- La prevención del ahogamiento por inmersión. Para ello se debe enseñar al niño a nadar lo antes posible.
- La prevención de las quemaduras solares: en épocas de verano debe aconsejarse la evitación de la exposición excesiva al sol de mediodía.

PRECAUCIONES EN EL AUTOMÓVIL

Tránsito/automóviles – Se trata de desarrollar programas para reducir el número de accidentes automovilísticos o la gravedad de las lesiones causadas por éstos. Esto incluye, prevenir que las personas conduzcan a alta velocidad, en estado de ebriedad, con agresividad, etc. Al peatón se trata de informar que no cruce a la mitad de la calle o donde no hay un alto. Si va en bicicleta, patineta, etc., que use casco y otros equipos de protección."

¿En qué forma ayudan específicamente a la familia ?

Cómo se deben usar los asientos para transportar niños en el automóvil.

Clases para prevenir conducir bajo la influencia del alcohol. Muchas personas no saben que una sola bebida alcohólica afecta la manera de conducir ya que disminuye los reflejos y procesos mentales. Incluso algunas medicinas pueden tener efectos similares."

Los niños deben ir asegurados dentro del vehículo según las siguientes recomendaciones:

- De 0 a 9 meses: silla de seguridad en asiento anterior (*) y en sentido inverso a la marcha.
- De 9 meses a 3 años: silla delantera (*) orientada en sentido inverso a la marcha o silla trasera fija orientada en el sentido de la marcha.
- De 3 a 12 años: en asientos traseros cojines elevadores (con respaldo para menores de 6 años), mecanismos de ajuste del cinturón del automóvil o cinturones especiales. No conviene utilizar un cinturón diseñado para adultos hasta la adolescencia.
- Evitar que vayan de pie, en brazos de un adulto, en el asiento delantero (salvo con los dispositivos mencionados) o sin cinturón.
En caso de disponer el coche de "air bag" para el acompañante del

conductor, los niños de cualquier edad deberán viajar en el asiento trasero¹².

4.4.- Consejos preventivos por grupos de edad.

Los aspectos preventivos más importantes cambian con la edad del niño.

Descripción del consejo

En todo caso no se trata de coaccionar o sobreproteger al niño e inhibir sus necesidades de exploración del medio, sino de ayudarlo a él y a su familia a conocer dicho medio y a evitar las situaciones de grave riesgo.

Los pequeños "accidentes" cotidianos deben utilizarlos los padres para que el niño aprenda la existencia de riesgos, inicie su identificación y genere actitudes de evitación o protección.

La responsabilidad en cuanto a educación vial y prevención de conductas violentas corresponde a la familia y la escuela. El papel del sistema sanitario se limita a informar a las familias sobre aspectos concretos a cuidar.

Lo más factible es usar un folleto que se explicará a la familia¹³.

PUNTOS A DESTACAR

1. Los accidentes constituyen la primera causa de muerte entre el año y los 40 años, y la primera causa en "años potenciales de vida perdidos", mayor que la suma de cáncer, cardiopatías y accidentes vasculares cerebrales.
2. En el lactante y preescolar predominan los accidentes domésticos, sobre todo contusiones, heridas y quemaduras; en el escolar las intoxicaciones, y en el adolescente, las caídas y accidentes de tráfico.
3. Alrededor del 70% de las quemaduras y prácticamente todas las intoxicaciones ocurren en el hogar. La cocina es la estancia más peligrosa.
4. El consejo para la promoción del uso de asientos de seguridad en los automóviles es especialmente efectivo reduciéndose la cifra de lesiones graves hasta en un 70%.

¹² Meneses Fmrea, Ruiz. R. y Hernández M. Accidentes y lesiones en cuatro hospitales Generales del Distrito Federal. Instituto de Salud Pública. México 1997

¹³ Sánchez Rosado, Manuel "Educación para la Salud" en Elementos de Salud Pública. México. Mendez Editores, 1998. p. 39

5. En la historia clínica debe constar en un lugar fácilmente identificable la lista de los principales factores de riesgo presentes, tanto domésticos como en los vehículos.
6. El consejo del uso de casco al ir en bicicleta resulta muy eficaz (40-75% de reducción de traumatismos craneales en quienes lo usan), pero poco efectivo, por lo que debe recomendarse una legislación que aumente su uso.
7. Los pequeños "accidentes" cotidianos pueden utilizarlos los padres para que el niño aprenda la existencia de riesgos, inicie su identificación e incorpore actitudes de evitación o protección.

REGLAS BÁSICAS A "PRUEBA DE NIÑOS"

- Nada está fuera del alcance para siempre... **No importa lo alto que esté.. No importa lo bien escondido.**
- Los venenos matan más niños que las enfermedades infectocontagiosas.
- Si veo o produzco un peligro potencial para el bebé lo corregiré inmediatamente.
- Mantener seguro al bebé ES TAREA DE LOS PADRES, no es responsabilidad de una reja de seguridad, de una cerradura, de una puerta o de un estante alto, etc.
- La seguridad es una actividad para toda la vida.
- Mejor es evitar que remediar.
- Los padres deben aprender a entrenar los sentidos y en especial los ojos para prever y reconocer peligros en potencia.
- Quien quita la ocasión, quita el peligro.
- Un niño solo en un entorno activo es un niño en peligro.

Consejos de cómo los padres pueden evitar a que ocurran accidentes a sus hijos.

De 0 a 2 Años:

EN EL COCHE:

Cuando se maneje respeten siempre las normas de circulación y tengan en cuenta que:

De 0 a 9 meses el niño debe estar sentado en una silla de seguridad en el asiento anterior, en sentido inverso a la marcha y sujeto con el cinturón de seguridad.

Después de los 9 meses y hasta los 3 años deberá ir sentado en su silla en el asiento posterior y con el cinturón de seguridad siempre puesto.

De 3 a 12 años irá sentado en asientos traseros con cojines elevadores (con respaldo para menores de 6 años) y con el cinturón de seguridad puesto.

Jamás debe llevarse al niño en brazos en la parte delantera del coche.

Evita que vayan de pie, o sin-cinturón¹⁴.

De 2 a 6 Años

EN EL COCHE:

En estas edades los niños siempre se sentarán en los asientos posteriores.

Antes de los 4-5 años de edad el niño deberá ir en su silla con el cinturón de seguridad puesto. A partir de los 5 años irá sentado sobre un cojín y también llevará puesto el cinturón de seguridad.

Enseña a tu hijo a que se baje de los vehículos siempre por las puertas más cercanas a la acera.

En el coche, los niños deben ir sentados. No es el sitio adecuado para saltar.

Recuerda utilizar el seguro para niños en las puertas traseras de los coches¹⁵.

Coche

A partir de los 3 meses y hasta los 5 años:

1. Debe viajar en una silla de seguridad.
2. Con cinturón de seguridad para niño, tipo arnés.
3. Y la silla en el asiento posterior fijada con el cinturón de seguridad¹⁶.

Después de los 5 años:

1. Con cinturón de seguridad.
2. En el asiento posterior.
3. No debes permitir que saque las manos por la ventana.

¹⁴ Zaredo. A. Medicina Interna Pediátrica. Editorial Interamericana. México 1998. p.p. 22

¹⁵ Op. Cit. P. 32

¹⁶ Op. Cit. P. 29

EN LA CALLE:

A esta edad, los niños piden salir constantemente a la calle. Aprovecha cualquier situación y momento para que tu hijo comprenda la necesidad de tener cuidado al cruzar la calle. Los niños no sienten el peligro. Salen a la calle con la idea de jugar. Enseña a tu hijo a cruzar los semáforos cuando este esté verde. Y a que mire a un lado y otro, y a cruzar siempre por los pasos de peatones, con tranquilidad. Vigila a tu hijo constantemente.

Enseña al niño a caminar siempre por la acera no por la calzada prestando atención a las entradas y salidas de coches y otros vehículos de los garajes.

Los niños también aprenden observando las conductas de los mayores. No infrinja ninguna regla de tráfico delante de tu hijo. Le restaría autoridad moral¹⁷.

En el recién nacido

- Acuéstelo siempre boca arriba o de lado, nunca boca abajo .
- No lo deje solo por períodos prolongados. Siempre esté al pendiente de él, aun cuando esté dormido .
- Evite tener a su alcance cojines, trapos o plástico que accidentalmente puedan tapar su carita y sofocarlo.
- Asegúrese de que en el lugar donde lo acuesta no haya arañas, alacranes o algún otro tipo de animales nocivos.
- Nunca le dé para que juegue objetos con los que pueda cortarse, picarse o lo suficientemente pequeños para que corra el riesgo de asfixiarse con ellos al llevárselos a la boca.

Durante el primer año de vida

Es una etapa difícil, pues los niños en su afán por investigar el mundo que les rodea, frecuentemente estarán en peligro. Los accidentes más frecuentes en el hogar son:

- Las intoxicaciones por medicamentos, productos de aseo, monóxido de carbono, hongos y plantas.
- Las quemaduras por fuego, líquidos calientes, electricidad, productos químicos .
- Los ahogos o asfixia por bolsas de plástico, introducción de cuerpos extraños en nariz y boca, o bien estrangulación durante el juego.

Si usted aplica las siguientes medidas de prevención, el riesgo será mucho menor:

- No guarde las medicinas y los productos tóxicos o no comestibles en recipientes para comida o en botellas de refresco.

¹⁷ Op. Cit. P.35

- Evite que sus niños entren a la cocina cuando usted esté cocinando, no deje utensilios con alimentos calientes al alcance de ellos, recuerde que andan explorando la casa.
- Cuando esté bañando a sus hijos no los deje solos .
- No permita que sus hijos corran con objetos o juguetes puntiagudos y cortantes, vasos de vidrio, dulces en la boca o cualquier otro objeto.
- No coloque velas o veladoras cerca de las camas, cunas o lugares donde duermen, procure que las camas no estén pegadas a la pared, para evitar que insectos y arañas caigan en ellas .
- Tenga cuidado de no colocar al paso de los niños objetos o muebles que puedan ocasionarles tropiezos y caídas; que no haya objetos peligrosos o pesados que puedan jalar cuando pasan.
- Ponga tapas de seguridad en las tomas de luz eléctrica.
- No deje solos a los niños en sillas o mesas, mantenga en alto los barrotes de la cuna¹⁸.

Entre uno y cuatro años

En esta edad, los niños poco a poco se desplazan por todos lados, interés y curiosidad los exponen a que puedan tener accidentes, aplique las siguientes medidas de seguridad:

- Evite que jueguen con bolsas de plástico porque se pueden asfixiar si se cubren con ella la cabeza.
- Retire objetos o juguetes pequeños como canicas, muñequitos, cochecitos, que puedan llevarse a la boca y tragárselos.
- Procure no tener instalaciones de luz eléctrica en mal estado, los niños pueden introducir sus dedos y quemarse o electrocutarse.
- Evite que los niños jueguen en la calle, en escaleras , cerca de estufas eléctricas o de gas, recipientes de agua caliente, coladeras, cisternas y pozos.
- A temprana edad enséñeles a nadar. Cuando esté cerca de fuentes, albercas, arroyos, ríos o del mar, vigílelos estrechamente.
- Siempre que estén muy calladitos y silenciosos investigue qué están haciendo, ya que pueden estar en peligro.
- Cuando los niños estén expuestos por mucho tiempo al sol, protéjalos con ropa adecuada y aplíqueles cremas protectoras.
- Si en casa tiene animales, asegúrese de que no sean un peligro para sus hijos, enséñeles que estas mascotas no son juguetes y que pueden lastimarlo¹⁹.

¹⁸ IDEM

¹⁹ Zaredo. A. Medicina Interna Pediátrica. Editorial Interamericana. México 1998. p.p.12-15

Consejos preventivos de los accidentes infantiles según el grupo de edad

De 0 a 2 años	<ul style="list-style-type: none">- Seguridad en el automóvil.- Temperatura del agua de baño.- Prevención de incendios en el hogar (cocina).- Elementos peligrosos del hogar (espitas, enchufes, puntas, cortantes, ventanas, ángulos de puertas)- Prevención de la aspiración de cuerpo extraño.- Almacenamiento de drogas y sustancias tóxicas y cáusticas (a partir de los 9 meses).- Teléfono del Instituto de Toxicología.
De 2 a 6 años	<ul style="list-style-type: none">- Seguridad en el automóvil y educación vial.- Almacenamiento seguro de fármacos y sustancias tóxicas.- Elementos peligrosos del hogar.- Prevención de incendios en el hogar.- Seguridad en las piscinas.- Prevención de la aspiración de cuerpo extraño.- Seguridad en bicicleta.- Teléfono del Instituto de Toxicología.
De 6 a 14 años	<ul style="list-style-type: none">- Seguridad en el automóvil y educación vial.- Seguridad en bicicleta, ciclomotor y monopatín.- Consejo antialcohólico en adolescentes.- Prevención de incendios en el hogar.- Seguridad en las piscinas.- Prevención de intoxicaciones.- Prevención de la conducta violenta y el uso de armas en adolescentes.

4.5.- Precauciones en el hogar

Un bebé de seis o siete meses ya empieza a moverse, lo que significa que es hora de tomar medidas de precaución dentro de la casa para evitar accidentes. Existen muchas posibilidades de accidente, ante esta realidad, a continuación le presentamos algunas recomendaciones que le ayudarán a que su hogar se convierta en un lugar más seguro para su hijo²⁰:

- ❖ A partir del cuarto mes, el bebé puede rodar con su cuerpo y estos movimientos pueden hacerlo caer de la cama o cambiador a menos que se le proteja en todo instante.

²⁰ IDEM

- ❖ No lo deje solo mientras lo cambie sobre la cama, mesa, sofá, silla o cambiador. Póngalo en su cuna o en el cochecito (debidamente asegurado) cuando no pueda sostenerlo.
- ❖ Utilice rejas o puertas de seguridad para evitar su acceso a escaleras. Cierre las puertas de lugares adonde puede entrar y lastimarse. No lo deje gatear en la cocina.
- ❖ No utilice andadoras ya que son frecuente causa de accidentes: el niño puede salirse de ellas, caerse por las escaleras. La andadora le permite llegar a lugares desde donde puede tirarse encima objetos pesados o líquidos calientes.
- ❖ Utilice alfombras no resbalosas.
- ❖ Ponga una reja protectora al principio y al final de la escalera.
- ❖ Cierre bien las puertas del sótano.
- ❖ No amontone cosas en la escalera.
- ❖ Coloque sus muebles lejos de la ventana.
- ❖ Utilice correas en las sillas para que el niño no se salga.

Ahogo y sofocación

- ❖ Mantenga bolsas de plásticos, cuerdas de cortinas y persianas fuera del alcance de su niño.
- ❖ Mantenga cualquier objeto cuyo tamaño sea menor de dos pulgadas lejos del bebé ya que se los puede meter a la boca.
- ❖ Evite comidas como maníes, uvas, salchichas, chicles y caramelos duros hasta que su bebé sea mayor.
- ❖ Nunca le coloque un chupón con cinta alrededor del cuello.
- ❖ Un niño pequeño puede ahogarse en sólo unos pulgadas de agua; así que nunca deje de supervisar lo mientras lo bañe en la bañera de la casa o en la piscina. Si tiene una piscina cercana a la casa o en su propio jardín, ponga una cerca protectora o alarma que indique que el niño está abriendo la puerta para entrar a la piscina. Si lo va a bañar en la piscina asegúrese de que el salvavidas sea apropiado para su tamaño.

- ❖ Últimamente se ha preferido poner al bebé a dormir boca arriba y sin objetos que puedan obstruir las vías respiratorias en caso de que quedara atrapado entre ellos.
- ❖ Las bolsas de plástico pueden ser peligrosas (algunos niños pequeños meten la cabeza y pueden ahogarse).

Quemaduras:

- ❖ Las casas con chimeneas, braseros, estufas de leña o eléctricas tienen mayor riesgo de que se produzcan quemaduras o incendios, por lo que debe disponerse de extintores y extremar el cuidado con los niños.
- ❖ Mantenga a su hijo lejos del fuego de la chimenea, calentador y horno.
- ❖ Siempre revise la temperatura del agua antes de bañarlo.
- ❖ Cuando cocine, vire las manijas de las ollas hacia adentro.
- ❖ Mantenga los platos calientes fuera de la orilla de la mesa.
- ❖ No deje que su hijo use fuegos artificiales.
- ❖ Mantenga los fósforos fuera de su alcance.
- ❖ Tenga un extinguidor de fuego a mano.
- ❖ Haga un plan de escape de incendios.

Descargas eléctricas

- ❖ Todo huequito en la pared le resulta interesante al bebé, así que cubra enchufes de electricidad para que su niño no los toque.
- ❖ Mantenga los electrodomésticos fuera de su alcance.
- ❖ Mantenga aparatos eléctricos lejos de salidas de agua.

Envenenamiento

- ❖ Mantenga las medicinas, productos de limpieza y químicos fuera del alcance de los niños.
- ❖ Mantenga la medicina a la mano, pero utilícela sólo si el médico le autoriza.
- ❖ Busque atención médica si ve algunas de estas señales: Sangre en las eses, diarrea, vómitos que persistan por horas

Reglas básicas *ante un animal*:

- ❖ Algunos animales domésticos pueden morder o atacar a los niños si no están correctamente domesticados o adiestrados.
- ❖ Debe dejarse que el animal sea el primero en mostrarse amistoso.
- ❖ No debe hacerse nunca el primer movimiento.
- ❖ Es necesario moverse lentamente.
- ❖ NUNCA acerque la cara al hocico del animal.
- ❖ No AZUSAR nunca al animal.
- ❖ No dar de comer al animal con la mano.

Enchufes eléctricos:

- ❖ El enchufe debe cubrirse con protector plástico.
- ❖ El enchufe debe cubrirse con un mueble pesado.
- ❖ Evitar que el niño tome: pasadores, alfileres, clips, alambres y toda clase de objetos de metal y que los trate de enchufar en el contacto eléctrico.
- ❖ Asegurarse de que se dispone de interruptor diferencial (ICP), que los enchufes tienen toma de tierra y que están cubiertos.

EN LA COCINA:

- La **cocina**: es el lugar más peligroso para los niños pequeños. Especialmente cuando se está cocinando²¹.
 - Todos los productos de limpieza deben guardarse en alto.
 - Nunca se debe dejar que manipulen las llaves del gas ni los enchufes.
 - Otras precauciones son guardar bien los cuchillos, tijeras, cerillas y encendedores.
 - Conseguir un protector para la estufa.
 - Conseguir un protector para las llaves de gas.
 - Evite que los mangos (de sartén, ollas, etc.) sobresalgan de la estufa y muebles.
 - Cuide que los artículos de limpieza estén bajo llave o en un estante fuera del alcance de los niños.
 - No ponga líquidos para aseo en envases de refresco.
 - Los electrodomésticos deben tener un cable corto y estar desenchufados.
 - Le sugerimos tener siempre a la mano un extintor.
 - Evite los pisos resbaladizos.
 - Las puertas deben estar equipadas con cierres de seguridad.
 - Las tomas de corriente fuera del alcance.

²¹ Zaredo. Op. cit. p.p. 23-30

EN EL BAÑO:

- En el **baño** hay que tener cuidado con:
 - Las caídas
 - La temperatura del agua de baño
 - Desenchufar los electrodomésticos mientras se baña al niño y
 - Guardar las cuchillas de afeitar inmediatamente después de su uso.
 - Guarde el botiquín fuera del alcance de los niños.
 - No deje objetos cortantes (navajas de afeitar, tijeras, etc.) sobre el lavabo.
 - Guarde los electrodomésticos.
 - Evite que las tomas de corrientes estén al alcance de los niños.
 - No deje frascos de cristal o porcelana al borde de la bañera.
 - Procure que el baño permanezca ventilado.
 - Impida que el niño pequeño manipule las llaves del agua.
 - Vacíe la tina después de usarla.
 - Ponga un tapete de hule con adhesivos antiderrapantes en el fondo de la tina o regadera (ducha).
 - Ponga un tapete antiderrapante junto a la tina o a la salida de la regadera (ducha).
 - No deje sin atención cubetas o palanganas con agua, sobre todo si hay niños menores de 2 años.
 - No deje a los niños en el baño con el piso mojado.
 - No deje los productos de limpieza al alcance de los niños.
 - Guarde los productos de belleza en un armario alto.

EN LA HABITACIÓN DEL NIÑO:

- Fije adecuadamente a la pared los elementos decorativos.
- Utilice cortinas de material no inflamables.
- Instale algún dispositivo en las ventanas que impida se abran totalmente.
- No coloque bajo la ventana ninguna silla, mesa o mueble en los que el niño se pueda trepar.
- Coloque enchufes de seguridad en los contactos eléctricos.
- Instale en la puerta una perilla que no se pueda bloquear por dentro.
- Asegúrese que el niño disponga de espacio para guardar sus juguetes y enséñele a recogerlos.
- Ponga un tope en la puerta para evitar que se cierre de golpe.
- Ponga un barandal de protección en las literas.
- No dejar por medio tijeras o agujas, pilas de botón, medicamentos o productos tóxicos y recipientes (ni vacíos) de productos peligrosos, aunque estén vacíos.

LA CUNA

- o Debe ser sólida, con pintura o barniz no tóxicos.
- o Los barrotes deben ser verticales y deben tener una distancia no mayor de 10 cm entre uno y otro.
- o El barandal debe tener una altura suficiente para que el niño, de pie, no pueda caerse.
- o Los niños menores de un año no deben usar almohadas.
- o Ponga protectores para evitar que se golpee.
- o La ropa no debe ser grande. Es necesario evitar cordones y sábanas que se puedan enredar en el cuello del niño.
- o Elija pijamas de materiales a prueba de fuego.

EN LA SALA DE ESTAR:

- o La televisión y los equipos de sonido deben estar fuera del alcance de los niños.
- o Las bebidas alcohólicas deben estar bajo llave.
- o Colocar sistemas de bloqueo en puertas que den a balcones y terrazas.
- o Asegúrese que el soporte de las cortinas sea resistente, en caso de que el niño se cuelgue de ellas.
- o Evite esquinas filosas o con picos en las mesas bajas.
- o Asegúrese que los sillones sean estables y pesados.

ARMAS DE FUEGO

- o Si hay armas, deben estar ocultas y fuera de su alcance.
- o Guárdelas bajo llave.
- o Descárguelas y ponga las municiones en otro lugar.
- o No permita que el niño juegue con armas de fuego.
- o Mantenga al niño alejado cuando limpie el arma.

El principal consejo es informarse. Es importante que nos demos cuenta que los accidentes pueden prevenirse como cualquier enfermedad. Al igual que las vacunas previenen enfermedades, tomar medidas de precaución evita accidentes."

Consideraciones sobre la metodología participativa en la Educación para la Salud

La educación para la salud se debe concebir como un proceso es decir como una forma específica de adquirir y compartir conocimientos; y todo proceso implica una concepción metodológica a través de la cual se desarrolla.

Un proceso es el conjunto de fases sucesivas, actos o eventos, dirigidos a transformar una determinada problemática o la consecución de metas o fines propuestos de antemano (objetivos). Este recorrido es conducido bajo un proceder ordenado y sujeto a ciertos principios o normas las cuales constituyen el método.

Frecuentemente se habla de metodologías participativas refiriéndose simplemente a la utilización de "técnicas participativas", pero manteniendo una concepción metodológica tradicional en la que interesa sobre todo la transferencia de un contenido, y su memorización y no hacer un proceso educativo basado en la interacción y reflexión que conlleve al cambio, al mejoramiento consciente de las condiciones de vida²².

Creemos que la concepción metodológica que debe orientar un proceso participativo se sustenta en los siguientes puntos:

- a) Partir siempre de la práctica de lo que la gente sabe, vive y siente, las diferentes situaciones y problemas que enfrentan en su vida y que en un programa educativo se plantean como temas a desarrollar.
- b) Realizar un proceso de teorización sobre esa práctica, no como un salto "teórico" sino como un proceso sistemático, ordenado, progresivo y al ritmo e ir profundizando de acuerdo al nivel de avance del grupo.
- c) El proceso de teorización así planteado, permite ir ubicando lo cotidiano lo inmediato, lo individual y parcial, dentro de lo social, lo colectivo, lo histórico, lo estructural.
- d) Este proceso de teorización debe permitir siempre regresar a la práctica para transformarla, mejorarla y resolverla; es decir, regresar con nuevos elementos que permitan que el conocimiento inicial, la situación, el sentir del cual partimos, ahora lo podamos explicar y entender integralmente.

Así podemos fundamentar y asumir conscientemente compromisos o tareas.

Aquí es cuando decimos que la teoría se convierte en guía para una práctica transformadora.

²² Sánchez Rosado, Manuel. "Educación para la Salud" en Elementos de Salud Pública..op. cit. p. 156



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO
Escuela Nacional
de
Enfermería y Obstetricia



Prevencción de accidentes

· Caídas

· Ahogo y sofocación

· Quemaduras

· Principales causas de accidentes

· Reglas básicas "a prueba de niños"



No dejar medicinas cerca de su alcance

Mantener productos de limpieza y químicos fuera de su alcance



Acuda al medico en caso necesario



Accidentes mas frecuentes en niños:

Menores de 1 año:



1. Asfixia (objeto ingerido)

2. Por accidentes
automovilísticos



3. Por ahogamiento



4. Por quemaduras



1 a 4 años:

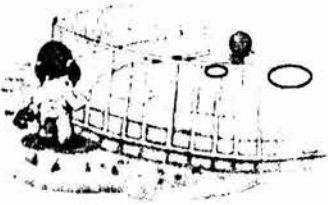


1. Por accidentes
automovilísticos

2. Por fuego
(quemaduras)



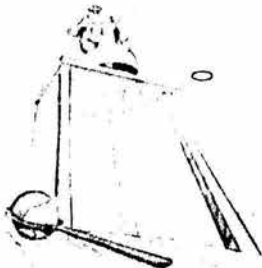
3. Por
ahogamiento



4. Asfixia (objeto
ingerido)



5. Y por caídas.



5 a 14 años:



1. Por
Automóvil



2. Por
Fuego



3. Por armas de
fuego

4 Por caídas





CON JUGUETES GRANDES
PUEDE JUGAR SIN PELIGRO

VIGILAR CONSTANTEMENTE
DONDE EXISTAN ALBERCAS, CISTERNAS, TAMBOS
CUBETAS, INCLUSO EL BAÑO.

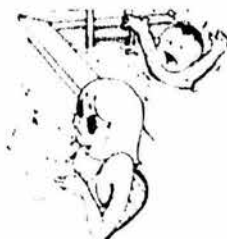


NO DEJAR CERCA DE LOS NIÑOS LAS CUERDAS

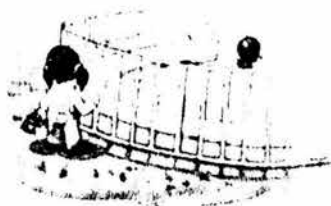




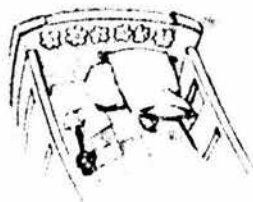
NUNCA DEJE DE SUPERVISAR
AL NIÑO EN EL BAÑO



VIGILE AL NIÑO
Y PONGA PROTECCIÓN A
PISCINAS.



VIGILAR CUANDO ESTA DORMIDO, QUE LA CARA ESTE
DESCUBIERTA



NO DEJARLO JUGAR CON JUGUETES
PEQUEÑOS
Y DARLE JUGUETES GRANDES



MANTENER CUERDAS DE
CORTINAS, LAZOS, ETC LEJOS DE
LOS NIÑOS

EN EL BAÑO

Guarda el botiquín fuera del alcance de los niños



No deje los productos de limpieza al alcance de los niños.

Guarde los electrodomésticos



No dejar navajas de afeitar sobre el lavabo



COMO EVITAR ACCIDENTES

➤ CAIDAS

No lo deje solo mientras lo cambie
Sobre la cama mesa o sofá



Póngalo sobre su cuna o en el
cochecito cuando no pueda
sostenerlo



No lo deje
gatear en la cocina





REGLAS BÁSICAS ANTE UN ANIMAL.



Debes dejar que el animal sea el 1º en mostrarse amistoso.



No asustes al animal.



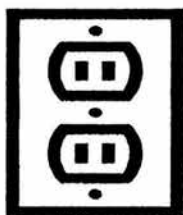
No debes acercarte al primer movimiento

Es necesario
moverse
lentamente.



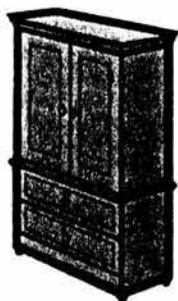
ENCHUFES
ELECTRICOS

**EL ENCHUFE DEBE CUBRIRSE CON
PROTECTOR DE PLÁSTICO.**

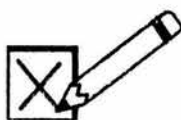


Protege los
enchufes....

**EL ENCHUFE
DEBE
CUBRIRSE
CON
MUEBLES
PESADOS**



**EVITAR QUE EL NIÑO TOMA PASADORES, ALFILERES
ALAMBRE Y TODA CLASE DE OBJETOS DE METAL Y QUE LOS
TRATE DE ENCHUFAR EN EL CONTACTO ELECTRICO.**



QUEMADURAS.

Mantenga a su hijo lejos del fuego de la chimenea, calentador y horno.



Siempre revise la temperatura del Agua antes de bañarlo.



Cuando cocine, vire las manijas de las ollas hacia adentro.



No deje que su hijo use Fuegos artificiales.

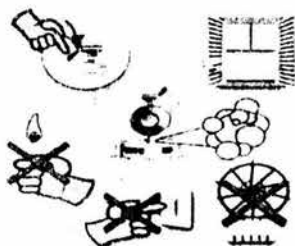


Mantenga los platos calientes fuera de la orilla de la mesa.



Mantenga los fósforos Fuera de su alcance.

Tenga un extinguidor
De fuego a mano
Haga un plan de escape
De incendios.

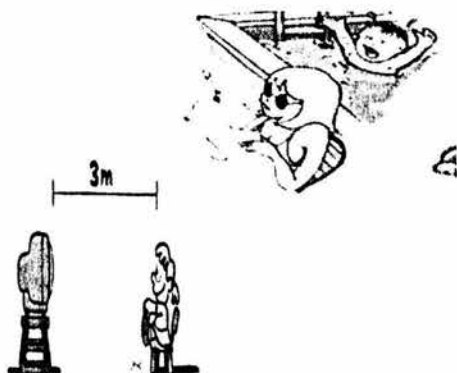


DESCARGAS ELECTRICAS.



Todo huequito en la pared le
Resulta interesante al bebé, así
Que cubra enchufes de electricidad
Para que su niño no los toque.

Mantenga los electrodomésticos
Fuera de su alcance.



Mantenga aparatos eléctricos lejos
De salidas de agua.

Prevención de accidentes en el hogar

EN LA HABITACION DEL NIÑO



- 1.- FIJAR ADECUADAMENTE A LA PARED LOS ELEMENTOS DECORATIVOS
- 2.- UTILIZAR CORTINAS DE MATERIALES NO INFLAMAFLES
- 3.- INSTALAR ALGUN DISPOSITIVO EN LAS VENTANAS QUE IMPIDAN QUE SE HABRAN TOTALMENTE
- 4.- NO COLOCAR BAJO LA VENTANA NINGUNA SILLA , MESA O MUEBLE EN LOS QUE EL NIÑO SE PUEDA TREPAN
- 5.- COLOCAR ENCHUFES DE SEGURIDAD EN LOS CONTACTOS ELECTRICOS
- 6.-INSTALAR EN LAS PUERTA UNA PERILLA QUE NO SE PUEDA BLOQUEAR POR DENTRO





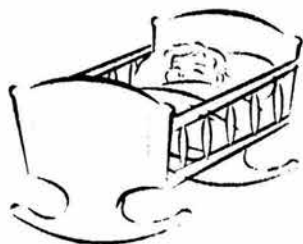
7.- ASEGURESE QUE EL NIÑO DISPONGA DE ESPACIO PARA GUARDAR SUS JUGUETES Y ENSEÑARLO A RECOGERLOS

8.- PONGA UN TOPE EN LA PUERTA PARA EVITAR QUE SE CIERRE DE GOLPE

9.- PONGA UN BARANDAL DE PROTECCION EN LAS LITERAS



LA CUNA



- 1.- DEBE SER SÓLIDA , CON PINTURA O BARNIZ NO TÓXICOS
- 2.- LOS BARANDALES DEBEN SER VERTICALES Y DEBEN TENER UNA DISTANCIA NO MAYOR DE 10 CM. ENTRE UNO Y OTRO.
- 3.- EL BARANDAL DEBE TENER UN ALTURA SUFICIENTE PARA QUE EL NIÑO DE PIE, NO PUEDA CAERSE.
- 4.- LOS NIÑOS MAYORES DE UN AÑO NO DEBEN USAR ALMOHADAS
- 5.- PONGA PROTECTORES PARA QUE NO SE GOLPEÉ



- 6.- LA ROPA NO DEBE SER GRANDE. ES NECESARIO EVITAR CORDONES Y SABANAS QUE SE PUEDAN ENREDAR EN EL CUELLO DEL NIÑO
- 7.- ELIJA PIJAMAS DE MATERIALES A PRUEBA DE FUEGO.

EN LA SALA DE ESTAR



- 1.- LA TELEVISION Y LOS EQUIPOS DE SONIDO DEBEN ESTAR FUERA DEL ALCANSE DE LOS NIÑOS
- 2.- LAS BEBIDAS ALCOHOLICAS DEBEN DE ESTAR BAJO LLAVE
- 3.- COLOCAR SISTEMAS DE BLOQUEO EN PUERTAS QUE DEN A TERRAZAS
- 4.- ASEGÚRARSE QUE EL SOPORTE DE LAS CORTINAS SEA RESISTENTE, EN CASO DE QUE EL NIÑO SE CUELQUE DE ELLAS
- 5.- EVITE ESQUINAS FILOSAS O CON PICO EN LAS MESAS BAJA
- 6.- ASEGURESE QUE LOS SILLONES SEAN ESTABLES Y PESADOS

ARMAS DE FUEGO



- 1.- GUARDARLAS BAJO LLAVE
- 2.- DESCÁRGAR Y PONER LAS MUNICIONES EN OTRO LADO
- 3.- NO PERMITA QUE EL NIÑO JUEGUE CON LAS ARMAS
- 4.- MANTENGA ALEJADO AL NIÑO CUANDO LA LIMPIE



CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

CONCLUSIONES

Se realizó un estudio de casos y controles que tuvo como objetivo identificar y definir las características individuales, familiares, de seguridad en la vivienda y de la red social de apoyo para el cuidado del niño, que más se asocian con la ocurrencia de lesiones accidentales en niños de cero a nueve años en el hogar.

El diseño correspondió a un estudio de casos y controles. Se definieron como grupo control a los niños de 0 a 5 años (50) que llegaron al consultorio de Enfermería Materno Infantil (EMI) de la Unidad de Medicina Familiar acompañados con los padres de familia, aunque como se menciona durante el estudio, se le dio prioridad a la madre, también a los niños que no fueron enviados a éste servicio por el médico familiar (50), siendo un total de 100 pacientes menores de 5 años.

En una segunda etapa se definió como estudio de casos a la población de niños de cero a nueve años que ingresaron al hospital General de Zona de Veracruz Ver., por presentar una lesión traumática accidental ocurrida en el hogar.

El análisis de los resultados fue descriptivo, con el fin de conocer las distribuciones de frecuencias de las variables independientes para los casos. Esta primera fase permitió, además, definir el tratamiento de algunas variables para las etapas posteriores del análisis programado para el estudio de casos y controles.

En el análisis estadístico, la medida de las variables se realizará en escala cuantitativa o nominal aplicando la estadística de distribución de frecuencia, PRESENTANDO LA FRECUENCIA DE MANERA PORCENTUAL.

Se hizo un muestreo intencionado sesgado.

En donde las investigadoras seleccionamos aquellos elementos que a nuestro juicio fueron representativos de la población a estudiar, lo cual exige al investigador un conocimiento amplio de la misma de tal manera que se realiza la investigación en dos fases para realizar esta selección de nuestra muestra representativa para el desarrollo del estudio y con base a los resultados obtenidos trabajar áreas de la Educación para la salud.

En una primera fase se selecciono del total de padres de familia que asistieron al consultorio de EMI (Enfermería Materno Infantil) en un periodo de un mes (50 niños que asistieron con sus padres y 50 niños que no fueron enviados a este servicio por el médico familiar), el grupo control que asistió al servicio de EMI, se le proporciono información por parte del personal de éste servicio acerca de la prevención de accidentes y a los cuatro meses se les aplico un cuestionario para

observar la incidencia que tuvo la información recibida por el personal de enfermería de éste servicio.

En una segunda fase, se estudio la morbimortalidad de la población infantil que ingreso por lesiones por accidentes durante esos cuatro meses (Septiembre 2002 a Enero 2003) ingresaron a razón de un promedio de 3 a 5 niños accidentados por mes, por lo que se extendió el estudio para aumentar la muestra de manera retrospectiva a seis meses (Julio 02 a Enero 03), con la revisión en el expediente de ingresos por accidentes de 0 a 9 años y con visitas domiciliaria concertando cita vía telefónica. Por lo tanto se inicia con el estudio en ésta **segunda fase con un total de 46 niños que tuvieron algún accidente**, durante el periodo del estudio de 6 meses que comprendió de Julio 2002 a enero 2003 para la etapa de recolección de datos, ya sea por entrevista directa aplicando el formato, por la revisión de expedientes de los casos de niños accidentados y por la realización de la visita.

En la investigación se presentan los resultados del análisis descriptivo del grupo control atendido por el servicio de Enfermería Materno Infantil y en los consultorios de medicina familiar detectados desde el control; en los servicios de urgencia y hospitalización, así como de los registros en archivo para desarrollar exclusivamente el estudio de los casos, para lo cual se hizo necesario la entrevista vía telefónica y visitas domiciliarias.

Los resultados muestran que: los niños del sexo masculino (62%) y el grupo de uno y dos años son los más afectados (37%). Dentro del tipo de lesión accidental y sus causas destacan, en los tres primeros sitios, las contusiones, las heridas de la cabeza y las fracturas. Entre las principales causas se encuentran las caídas de un nivel a otro, (principalmente desde escaleras y de la cama); las caídas del mismo nivel (por resbalón, tropezón o traspíe), y las quemaduras con líquidos hirvientes (el agua para preparar el baño es más frecuente). Sólo en el 15 por ciento de los casos se informaron antecedentes de lesiones. El 39 por ciento de los casos se presentó para recibir atención médica después de una hora de ocurrido el accidente; de este porcentaje, el 51 por ciento requirió hospitalización. En el 25 por ciento de los casos la madre trabaja fuera del hogar, lo cual obliga a permanecer ausente de su casa entre seis y 12 horas. Los factores de riesgo que se presentaron con más frecuencia fueron: falta de protección en los enchufes (40%); productos que se encontraban al alcance de los niños: de limpieza (38%), cosméticos (34%), bolsas de plástico (30%), y herramientas (30%); por ausencia de barandal de protección en las cunas (30%) y en las escaleras (48%) y por acceso libre a la azotea (44%). En el 62 por ciento de los casos se proporcionó algún tipo de auxilio en el hogar al niño lesionado; el 26 por ciento contaba con red de apoyo para su cuidado y el 3 por ciento se encontraba solo.

Se plantean algunas propuestas en términos de investigación, tanto epidemiológica como de servicios de salud, así como la necesidad de proponer políticas de salud en los campos de educación para la salud,

seguridad social y de servicios de salud, que incidan favorablemente en la solución del problema estudiado.

La deficiencia en la educación para la salud determina que el impacto de los programas de salud sean insuficientes, costosos y de poca duración. En general se observa que aunque el personal de salud reconoce el valor de la educación para la salud, los programas disponen de muy escasos recursos para realizar esta labor, lo que se traduce en una insignificante participación de la población y en un mal aprovechamiento de los servicios de salud. El rendimiento de los servicios de primer nivel es muy bajo lo cual es paradójico, porque las comunidades tienen muchas necesidades de atención y por otro lado existen servicios que se aprovecha muy poco.

Con respecto a las dificultades para llevar a cabo la investigación, no se encontraron datos completos en los expedientes, se tuvo que recurrir a visitas domiciliarias y entrevistas vía telefónica.

Existe un mal manejo de registros administrativos de los pacientes por lo cual no se encontraron muchos datos importantes para nuestra investigación, principalmente de los datos que detallen los factores de riesgo de la lesión por accidente, sin embargo hubo bastantes hallazgos que permitieron la detección de los factores de riesgo en la vivienda, así como la identificación clara de las características de las variables estudiadas.

Solo se permitió el acceso al archivo clínico para la consulta de expedientes en fin de semana.

La estrategia de la atención Primaria a la Salud (A.P.S) pretende que el individuo y la comunidad conozcan participen y tomen decisiones sobre su propia salud, adquiriendo así responsabilidades sobre ella. La única forma posible en que esto se realice, es que la comunidad pueda tomar conciencia de cuál es su situación, qué problemas ha de resolver por sí misma y sobre qué aspectos tiene derecho a exigir solución al nivel central.

Se desarrolla una propuesta para la intervención de enfermería en programas de educación para la salud en la prevención de accidentes en menores de 9 años con base a los factores de riesgo en el hogar, aspectos que son el resultado de una construcción del objeto de estudio que destaca como problema de salud a los accidentes.

SUGERENCIAS

- En términos de investigación, los resultados apuntan hacia la necesidad de realizar más estudios, tanto en el campo epidemiológico como de servicios de salud, que permitan ampliar el conocimiento del problema

desde diversos puntos de vista. Asimismo posibilitan el planteamiento de políticas de salud en los campos de educación para la salud, seguridad social y de servicios de salud.

- Se requieren medidas de protección y educación a fin de proteger a un niño contra las lesiones accidentales. Las personas responsables en atenderlos deben conocer los riesgos normales de conducta que hacen que los niños sean universales a los accidentes y estar atentos a los factores ambientales que constituyen un riesgo para su integridad.
- La persona no puede participar activamente en el cambio de la situación, si no se le orienta para que adquiera conciencia de ella y solo no se le apoya para desarrollar su capacidad para transformarla. Necesita el hombre darse cuenta de su realidad, descubrir que es transformable y que él puede, junto con los demás, lograrlo. Esto debe ser el objetivo primordial de la educación. Crear conciencia en la población de su realidad, formar una conducta crítica y fomentar la intervención comprometida para el cambio social.
- Es indudable la necesidades incrementar la educación para la salud, tanto para lograr el efectivo auto cuidado de la misma, como para favorecer el uso adecuado de los servicios existentes.
- La ATENCIÓN A LA SALUD actual debe ser esencialmente preventiva pero esto requiere de procesos de educación sanitaria dirigida a la población para que cambie su conducta, que la población se convierta en protagonista para pensar en su salud, por un comportamiento preventivo.
- La educación para la salud debe ajustarse a las necesidades de la comunidad, de las familias y de los individuos de acuerdo con el procedimiento que se siga. Siempre tendrá validez establecer prioridades en función de los principales problemas de salud que se presentan de la conducta de la población al respecto y de los recursos disponibles.
- En la práctica, como ya se dijo, todo el personal de enfermería debe realizar actividades educativas aprovechando el contacto que por diversas circunstancias tiene con la población y en forma especial cuando una familia o un individuo así lo requiera.
- La identificación de factores de riesgo en la vivienda, solamente a través de entrevistas, destaca la necesidad de diseñar investigaciones basadas en encuestas en hogares, con base en los resultados de la visita domiciliaria que permitan corroborar la presencia objetiva de dichos factores de riesgo y obtener así conclusiones más valederas en este rubro, HECHO QUE SE CUBRIO EN ESTA INVESTIGACIÓN.

BIBLIOGRAFÍA

Achaver B. Atención del Paciente quemado. México. Volumen 53-Número 10. Octubre, 2001.

Accidentes en el hogar en niños menores de 10 años. causas y consecuencias
SALUD PUBLICA DE MEXICO . NOVIEMBRE-DICIEMBRE DE 1992, VOL.34,
No.6

Alvarez, P. Epidemiología de las lesiones por accidentes en: VII Curso de Actualización en Urgencias Pediátricas. Instituto Nacional de Pediatría. Memorias 1997.

Brachet V. De la doble a la triple jornada. La contribución de la mujer a la manutención del hogar y sus efectos en la salud de los hijos. El Colegio de México, 1990. Mimeografiado

Baker SP. The injury control fact book. Lexington, MA.: Lexington Books, 1984.

Boletín Médico del Hospital Infantil de México vol. 53 Nú. 10. Octubre 2001.

Clínicas Pediátricas de Norteamérica Vol 1. 1998.

Elú M. La salud de la mujer en la crisis, salud y crisis en México. México, D.F.: Editorial Siglo XXI, 1990

Frenk J. De la pertinencia a la excelencia. Dilemas en la investigación en el sector público. México, D.F.: Ciencia 1987.

Gershanik A. Prevención de accidentes en la infancia. Cuadernos del PRONAP, sociedad Argentina de pediatría. 1994.

Hijar MC, Tapia R. Análisis de la demanda por lesiones traumáticas a servicios de urgencia de 12 hospitales pediátricos de la Ciudad de México. Bol Med del Hosp Infant Mex, 1991.

Hijar-Medina MC. Tapia-Yáñez JR. Lozano-Ascencio R. López-López MV. Accidentes en el hogar en niños menores de 10 años. Causas consecuencias. Instituto de Salud Pública. Cuernavaca Morelos México 1992.

Higar M. Blanco G. Carrillo C, Rascon A. Mortalidad por Envenenamiento en Niños. Salud Pública de México 1998.

Izquierdo A, Delás Amat J. Prevención de los accidentes desde la consulta. Medicina Clínica. Prensa Médica 1991

- Jordán JR. El crecimiento del niño. Barcelona: Editorial JIMS, 1988.
- Kemp A, Silbert J. Childhood. Accidentes: Epidemiology Trends and Prevention. J. Accid Emerg. Med. 1997:
- Kroeger Axel y Luna Ronaldo (compiladores) "Educación para la Salud" en Atención Primaria a la Salud. 2da. Edición México OPS-PAX 1997. p.p. 151-181
- Meneses Fmrea R. Ruiz MC. Hernández M. Accidentes y Lesiones en Cuatro Hospitales Generales del Distrito Federal. Instituto de Salud Pública México. 1997.
- Programa de reforma del sector Salud 1995-2000.
- Reece R, Gordin M. Reconocimiento de lesiones no accidentales en niños. Clínicas Pediátricas de Norteamérica 1985.
- Reforma del Sector Salud. Atención a la Salud del Niño. México D.F. Secretaria de Salud, 1997.
- Sussan MB, Burchinal LG. La red familiar del parentesco en la sociedad urbano-industrial de Estados Unidos. En: Anderson M, comp. Sociología de la familia. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica, 1980.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia. Ley General de Salud. D.O. 1984.
- Symposium on accident prevention in childhood: Report of a Symposium. 1983 Nov 14-15; Manila. Unpublished WHO document WHO/IRP/ADR, 1984.
- Secretaria de Salud. Anuario Estadístico de Accidentes y Lesiones. México D.F.:SSA, 1999.
- Sánchez Rosado, Manuel "Educación para la Salud" en Elementos de Salud Pública. México. Mendez Editores, 1998
- Vilamajó R, Tosquella R. Aproximación a los hábitos de prevención de accidentes infantiles en nuestro medio. Hospital Infantil de México. 1994
- Wong, D (1999) Enfermería Pediátrica. España: Mosey-Doyma.
- Zaredo, A. Medicina Interna Pediátrica, 5ta. Edición. Ed. Interamericana. México 2000.

A N E X O

FORMATOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Características en relación con los niños estudiados

Gravedad de la lesión por grupo de edad

Gravedad	R/N lactante	Preescolar	Escolar	Total
Leve				
Severo				
Total				

Factores de riesgo de la vivienda

Niveles de riesgo	Porcentaje
Vivienda sin riesgo	
Vivienda con bajo riesgo	
Vivienda con riesgo moderado	
Vivienda con alto riesgo	
Total	

Características en relación con los niños estudiados

Gravedad de la lesión por grupo de edad

Gravedad	R/N lactante	Preescolar	Escolar	Total
Leve				
Severo				
Total				

Tiempo transcurrido entre ocurrencia y demanda

Motivo de retraso	Gravedad severa/ si Hosp.
Hasta que se aviso a la madre	
Asistió antes a un consultorio	

N° de hermanos	Número
Hijos únicos	
1 hermano	
2 ó más hermanos	
Total	

Tiempo transcurrido entre ocurrencia y demanda

Motivo de retraso

Motivo de retraso	
Hasta que se aviso a la madre	
Asistió antes a un consultorio	

Tiempo transcurrido entre ocurrencia y demanda

De la población que se atendió después de 1 hora

Grado de la lesión	Atendidos después 1 hora
Gravedad leve /no Hosp.	
Gravedad severa/ sí Hosp.	
Total	

Número de hermanos que asisten a guardería

Nº de hermanos	Porcentaje	Número
Hijos únicos		
1 hermano		
2 ó más hermanos		
Total		

Número de hermanos que asisten a guardería

Asistencia a guardería	Porcentaje	Número
En edad de no asistir a guardería (mayor de 5 años)		
En edad de asistir a guardería (menor de 5 años)		
Total		

**Características de las 217 personas que viven con los
46 niños afectados**

Población económicamente activa. 65%

De la población de 15 a 59 años Considerada económicamente activa	Porcentaje
Con actividad remunerada	
Sin trabajo	
Total	

**Características de las 217 personas que viven con los
46 niños afectados**

Tipo de contrato de la población con actividad remunerada

Del 61% de la población con actividad remunerada	Porcentaje
Contratación eventual	
Contrato fijo	
Total	

Características de las 217 personas que viven con los 46 niños afectados

Ingreso de la población con actividad remunerada

Ingreso	Porcentaje
De 2 salarios mínimos	
de 1 salario mínimo	
Total	

Factores de riesgo de la vivienda

Factores de riesgo	46 viviendas
Falta de protección en los enchufes	
Productos de limpieza	
Cosméticos	
Bolsa de plástico	
Herramientas al alcance los niños (inst. cortantes)	
Falta de barandales en las cunas	
Caida de las escaleras	
Acceso libre a las azoteas	
Depósito de agua	
Fácil acceso a la calle	
Falta de protección en el Baño	

Por quienes recibían el cuidado los niños accidentados

Niños lesionados	Porcentaje
No eran atendidos por su madre sino por otros familiares	
Se encontraban solos al momento del accidente	
Eran atendidos por su madre	
Total	

Red social de apoyo

Edad de la persona encargada del cuidado del niño accidentado

Persona encargada	Porcentaje
15 a 20 años	
21 a 30 años	
31 a 40 años	
Más de 40 años	
Total	

Características de la madre

Escolaridad	Porcentaje
Sin escolaridad	
Con escolaridad	
Total	

Características de la madre

Edad de la madre	Porcentaje
15 a 30 años	
31 a 40 años	
Total	

Características de la madre

Actividades de la madre	Porcentaje
Act. en el hogar	
Trabaja fuera del hogar	
Total	

Por quienes recibían el cuidado los niños accidentados

Niños lesionados	Porcentaje
No eran atendidos por su madre sino por otros familiares	
Se encontraban sólo al momento del accidente	
Eran atendidos por su madre	
Total	

Red social de apoyo

Información	Porcentaje
Formal	
Informal	
Total	

Red social de apoyo

Atención que recibió el niño antes de llegar al Hospital

Tipo de atención	Porcentaje
Aplicación de medicamentos	
Remedios caseros	
Combinación de ambos	
Total	

Red social de apoyo

Se le dio al niño accidentado algún tipo de atención en el hogar	Porcentaje
si	
no	
Total	