



**Universidad
Latina**

UNIVERSIDAD LATINA S. C.

3344-25

**FACTORES PSICOSOCIALES EN LA INTOXICACIÓN
ACCIDENTAL POR CORROSIVOS EN NIÑOS. SERIE DE
CASOS.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

LESLY SOFÍA ARZETA CRUZ

ASESORA: MTRA. LILIANA MEY LEN RIVERA FONG

CIUDAD DE MÉXICO, 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

Aunque el recorrido ha sido extenso e intrincado, el sueño se ha materializado, pues la edificación inicio por las incansables muestras de valor y esfuerzo de una serie de personas que han formado en mí la persona que anhelo llegar a ser...

Debo agregar que el primer cimiento lo conforma mi madre que me ha dado todo lo que he necesitado y más; me ha demostrado que el trabajo constante, rectitud, gratitud y el amor basado en hechos, es la fórmula para luchar en la vida y a la cual le debó más de lo que el dinero me pueda dar y las palabras alcancen para poder decirle lo mucho que amo, admiró y sobre todo respeto.

Así mismo, otro de los cimientos es mi amada hermana Esther, a quien le agradezco que me ha enseñado una distinta expresión de amor, confianza, complicidad, comprensión pero sobre todo la muestra más clara y consistente en honestidad; además por darme el regalo más hermoso de mi vida mis dos bebés, es decir a Marco y Alana que son una fuente de inspiración, que me muestran lo ocurrente que es la vida, lleno de diversas tonalidades y acompañada de una dulce acorde trasformado en risas y por los cuales daría las batallas necesarias por su bienestar.

Sin duda alguna sé que mi pasado, presente y futuro, es una realidad por la labor en conjunto de médicos, enfermeras y todo el personal del que se conforma el Hospital General Centro Médico Nacional “La Raza”, el cual considero un hogar pues me ha dado la posibilidad de poder atesorar la amistad, afectuosidad pero sobre todo el profesionalismo y dedicación en el desempeño de sus funciones de este grupo de personas; debo agregar que este proyecto no podría ser posible sin todo el equipo del servicio de endoscopias pediátricas, pero indiscutible mente por la confianza de la Dra. Consuelo Ruelas Vargas y paciencia y disposición del Dr. Jorge Alejandro Fonseca Najera así como al Dr. Jesús Morroy a los que agradezco y estimo profundamente.

Más aún agradezco a la Dra. María Teresa Ramos Cervantes para concederme la posibilidad de que este proyecto pudiera iniciar.

En particular he buscado poder construir un verso que contenga las palabras suficientes que puedan describir la gratitud, admiración y amor que siento hacia dos pilares que forman parte de mi vida pues el Dr. Héctor Pérez Lorenzana y la Dra. Consuelo Ruelas Vargas me han acogido con tanta cordialidad y cariño en todo momento, demostrado que su profesionalismo fue más allá de lo establecido y que su constancia, esfuerzo y disciplina, no tienen límites para el cumplimiento de sueños, por lo cual descubro, que las palabras siguen quedando cortas sin embargo, los hechos para mí son la mejor forma de agradecer todo lo que me han instruido con tal pasión.

Debo agregar que tengo la seguridad que mi formación académica sería completamente diferente sin la guía de la Mtra. Liliana Mey Fon Rivera pues me ha permitido saber lo que se requiere para ser consecuente y entusiasta en el ejercicio de la psicología, a través de una instrucción clara y precisa, pues sin su valiosa orientación este proyecto no se habría materializado y aún continuaría como un embrollado sueño; sin duda me encuentro profundamente agradecida por su gran apoyo y por permitirme conocer su calidad humana que considero es inspiradora a continuar sus pasos.

Además quisiera agradecer a la Mtra. Blanca Mantilla Maya por su exigencia, dedicación, crítica y aliento en el crecimiento de este proyecto, además por la transmisión de su conocimiento en el ámbito escolar de una manera tan apasionada y admirable.

Me gustaría dar las gracias a la Dra. Eva González Rodríguez, pues me ha otorgado diferentes habilidades para desafiar la tempestad y para prestarse amablemente a llegar a la culminación de este proyecto, pues considero que es una persona admirable por ser sobresaliente, apasionada y comprometida en el desempeño de su vocación.

Quisiera agradecer a la Mtra. Liliana Chimal Ornelas por su atención y entusiasmo al conceder las facilidades para este fin.

Considero que hasta el momento todas estas expresiones para describir el inmenso agradecimiento son escasas, aún más porque no podría terminar de plasmar a todas las personas que han contribuido indirecta o directamente en este sueño y que para ello en este recorrido he hallado la amistad en mi querida Victoria y Miriam pues para mí es una gran fortuna contar con ustedes y que pese a la distancia, está amistad se ha consolidado y se mantendrá para nuevos senderos recorrer.

Habría que decir también que en este recorrido encontré al Lic. Andrés Escobar García, al cual considero un gran amigo y compañero, pues él otorgo su apoyo de manera ilimitada y ha contribuido en mi crecimiento profesional, pero de manera precisa agradezco porque tuvo el detalle de ser incansablemente entusiasta con la culminación de este sueño.

Por otra parte mi querido Dr. Marco Campuzano, a quien siempre recordare con profunda gratitud, respeto, admiración y cariño, pues no me alcanzo el tiempo para poder afirmarle que la gente sí, es ¡la mendiga! Pero más allá de eso que usted nunca tuvo error en hacerme pelear y aferrarme a la vida y que debía usar lo mismo para cumplir mis sueños, pues usted me conocía mejor que yo misma; sin embargo, sigo reiterando que nos faltó tiempo para celebrar este sueño (como aquel primer café) y otras historias más pero sé que algún día podré darle nuevamente un gran abrazo, reír juntos y tener por supuesto una profunda charla.

Índice

Resumen	5
Introducción	6
Capítulo 1	10
Intoxicación por corrosivos	10
Epidemiología	12
Cuadro clínico	14
Diagnóstico	15
Tratamiento	18
Tratamiento quirúrgico	20
Complicaciones	21
Síntomatología psicológica asociada e impacto en la vida cotidiana	22
Síntomatología psicológica asociada e impacto en la vida cotidiana a terceros	26
Capítulo 2	28
Características psicológicas y sociales asociadas a riesgo de intoxicación por corrosivos	28
Factores de riesgo	29
Factores protectores	31
Estilos y prácticas de crianza	33
Capítulo 3	42
Metodología	42
Planteamiento del problema y método	42
Justificación	42
Preguntas de investigación	43
Objetivos	44
Objetivo general	44
Objetivos específicos	44
Muestra	45
Variables	46
Procedimiento	47
Análisis estadísticos	48
Capítulo 4	50
Resultados	50
Capítulo 5	58
Discusión y conclusiones	59
Referencias	64
Anexos	74

Resumen

En la Ciudad de México, 2 337 defunciones en menores de un año se deben a intoxicaciones accidentales. El lugar más común de intoxicación es el hogar (91.29%) y la principal forma de administración es la vía oral (90%); las sustancias ingeridas son principalmente productos de cuidado personal o cosméticos (15%) y sustancias de limpieza (11%). Sobre este tema han sido poco abordadas factores de riesgo conductuales o modificables. **Objetivo:** Describir las características sociodemográficas, prácticas de crianza y conductas infantiles que presentan los niños con intoxicación accidental por corrosivos y sus padres. **Método:** estudio trasversal, descriptivo, exploratorio, que incluyó una muestra no probabilística por disponibilidad de 12 niños que acudieron por primera vez al Centro de Endoscopias Pediátricas del Hospital General "Gaudencio González" CMN La raza. **Resultados:** Se refiere aquellos que presentaron una intoxicación fueron menores de cuatro años, el 66.7% de los sujetos o alguno de sus hermanos presentó un antecedente de accidentes o trastorno psiquiátrico; el 50% de los padres presentaron un bajo nivel educativo, y 66.7% un nivel económico bajo; en cuanto a las prácticas de crianza más empleadas por los padres fueron ganancias sociales 93.88%, interacción social 89.2% y las conductas infantiles más reportadas fueron comportamiento oposicionista desafiante e hiperactividad **Discusión:** los participantes del estudio presentaban cumplían con algún factor de riesgo para la intoxicación por corrosivos; ya sea identificado en el menor o en los padres; lo que demuestra la importancia de desarrollar intervenciones de prevención secundaria dirigida a estas poblaciones.

Palabras Claves: Accidente; intoxicación; prácticas de crianza; conducta infantil.

Introducción

Por lo que se refiere a las intoxicaciones accidentales, se ha reportado en México que las defunciones se presentan hasta en el 9.1% en población infantil y en el 5.4% en adolescentes; entre las principales sustancias que provocaron el envenenamiento e intoxicaciones en menores de edad, se encuentran el 27.3% por contacto traumático con escorpión, el 22.3% por exposición a otros gases y vapores, el 17.3% por exposición a otros químicos y sustancias nocivas y el 10.8% por exposición a plaguicidas; además se considera que el principal lugar donde se presentó el envenenamiento e intoxicación fue en la vivienda 62.8% (Secretaría de Salud & STCONAPRA, 2016).

En cuanto al tratamiento y manifestaciones que presentan los pacientes al momento de la intoxicación, se sabe que inicia con el abordaje diagnóstico mediante el historial clínico para conocer el mecanismo de la lesión; ya que se pueden presentar síntomas como sialorrea, hematemesis, disfagia y dolor retroesternal y epigástrico; identificar la sintomatología permitirá establecer el manejo y pronóstico de cada caso (Mencías, 2003; Valdez, 2013). Así mismo, el tratamiento médico dependerá del grado de la lesión que presente el paciente, es decir, desde vigilancia y hasta la necesidad de soporte de atención por la unidad de cuidados intensivos para el mantenimiento de la estabilidad del paciente (Castillejo, Oquiñena, 2011 & Sombert Herrea, 2005); se debe agregar que existen criterios para la intervención quirúrgica como lo es la perforación esofágica o gástrica y la mediastinitis, por mencionar algunos (Argüelles & Bautista, 2010; Byung, 2005; Cruz, 2009; Delgado et al., 2006).

Con respecto a las complicaciones de la intoxicación por corrosivos, estas pueden presentarse en el tracto digestivo (Colin, 2010; Delgado, 2006), mientras que aquellos que presentaron sustitución esofágica puedan presentar alteraciones y síntomas gastrointestinales (León, 2009), presencia de disfonía y manejo farmacológico de antiácidos, así como cambios alimenticios (Miranda, 2010).

Todas estas observaciones se relacionan también con la necesidad de hospitalización y rehabilitación; en este sentido, la hospitalización es definida como un aislamiento forzoso en el que el individuo debe alojarse en una institución desconocida durante un determinado tiempo para el acceso a servicios médicos que le permitirán recobrar su salud (Vera, 2012). Durante este tiempo existen agentes estresores para los menores como la ausencias de padres, la incorporación a un medio extraño y desconocido, pérdida de control, autonomía y competencia, además de la experiencia de dolor e intervenciones quirúrgicas a las que será sometido el paciente (Gallar, 2002; Rodríguez, 2012; Valdez, 2013). Estas condiciones pueden desencadenar reacciones emocionales como estrés y ansiedad, de las cuales dependerán características individuales (Ortiz, 2006).

Además se debe considerar que aquellos pacientes que son ingresados en UCI, se tiene limitada evidencias de la sintomatología psicológica que puedan presentar sin embargo, se describe que los factores que producen está el mayor malestar emocional, en el que 42.9% presentó dificultad o imposibilidad para dormir, el 62.6% tener sed, el 43.1% no saber qué hora es, el 35.2% la presencia de tubos en la nariz o boca, el 31.9% presentar pesadillas, el

30.8% no poder hablar, el 28.6% tener limitada movilidad por la presencia de tubos, el 26.4% la ausencia de un familiar cercano y el 26.4% limitado horario de visitas (Ayllón, Álvarez, & González, 2007).

Simultáneamente se debe considerar que las labores de atención y cuidado que lleva a cabo el cuidador primario informal, la cual es una persona que proviene de la red de apoyo del paciente, en este caso, regularmente es alguno de los padres y quien asumirá el compromiso absoluto del enfermo para todo aquello que requiera su atención básica (Wilson, 1989), se debe agregar que este no recibe ninguna remuneración económica, ni capacitación previa para la atención del paciente (Martínez et al., 2008). Pero se debe considerar que aquellos cuidadores de menores con enfermedad crónica pueden presentar sobre-carga del cuidador, que se describe como aquellas actitudes y reacciones emocionales negativas que se presentan ante la práctica de cuidar de un paciente y el grado en que dichas demandas modifican distintos ámbitos de la vida en general de los cuidadores (Zarit, 1980).

Con respecto a los factores de riesgo asociados a la intoxicación por corrosivos se ha descrito variables individuales del niño, otras dependientes del agente, otras del entorno y de la familia (OMS, 2004), además de la presencia de algún trastorno psiquiátrico, como déficit de atención o desordenes de conducta disruptiva (Katrivanou, Lekka, & Beratis, 2004); mientras que los factores de protección están dirigidos al menor y a los padres, mediante estrategias educativas que buscan generar sensibilización del riesgo a sufrir una intoxicación (OMS, 2004). Se debe agregar el estudio de variables como estilos y prácticas de crianza

que los padres puedan ejercer sobre los menores y que pudieran considerarse un factor de riesgo y dar mayor certidumbre a los mecanismos disponibles para prevenir estos fenómenos.

Por lo cual, se considera que las prácticas de crianza son aquellos comportamientos particulares que emplean los padres para dirigir a los menores a la culminación de metas de socialización (Darling & Steinberg, 1993); mientras que los estilos de crianza son las creencias o actitudes generales de los padres sobre la crianza adecuada para los niños, para lo cual se consideran cuatro estilos, autoritario, permisivo, democrático y negligente (Solís & Díaz, 2007). Y se ha descrito que los padres que ejercen un estilo permisivo puede aumentar el riesgo de lesiones en hogar debido a una disminución en el uso de reglas claras e incremento de explicaciones sobre medidas de seguridad (B. A. Morrongiello, Corbett, Lasenby, Johnston, & McCourt, 2006).

Capítulo 1

Intoxicación por corrosivos

Para describir las intoxicaciones por corrosivos se debe partir de la definición de lesión que es todo daño físico producido a un cuerpo al ser sometido bruscamente a algún un tipo de energía ya sea de tipo térmica, mecánica, química o radiada. La lesión se produce al ejercer cantidades excedentes al umbral de tolerancia fisiológica o cuando se priva de uno o más elementos vitales, como el oxígeno (Baker, O'Neill, Ginsburg, & Li, 1992).

Entre las diferentes lesiones que se pueden presentar en la infancia, se describen a las intoxicaciones, las cuales son generadas por exposición a alguna sustancia exógena que da como resultado muerte celular (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004). Existen múltiples fuentes y tipos de intoxicación, por lo que se depende de diversas categorías para describir con precisión una lesión de esta naturaleza. Con base en las vías de exposición se consideran la vía oral (79%), dermal (7%), por inhalación (6%) y ocular (4%) (Gummin et al., 2017).

Por otro lado, Saucedo-García (1998) elaboraron una propuesta para clasificar las intoxicaciones accidentales y no accidentales; en la primera clasificación se encuentra aquellas que son provocadas por la contaminación ambiental, por administración médica errónea (iatrogenia), supervisión deficiente del niño por parte del responsable, mientras que para las intoxicaciones no accidentales se incluye el abuso de drogas e intento de suicidio.

En relación con el agente tóxico, existen diversas sustancias químicas que producen la intoxicación, entre ellas los medicamentos, plaguicidas, fertilizantes, raticidas, productos de cuidado personal y limpiadores domésticos; éstos últimos son el agente con el que ocurren el mayor número de intoxicaciones (Mowry, Spyker, Brooks, McMillan, & Schauben, 2015). Todas estas sustancias pueden clasificarse de acuerdo a su pH, en: (a) sustancias ácidas (cuando el pH es menor a 7) como el ácido clorhídrico, ácido nítrico y agua oxigenada en altas concentraciones o; (b) sustancias alcalinas (el pH es mayor a 7) que incluye a la lejía, blanqueador, sosa cáustica y detergentes (Ricardo, 2010).

Considerando estas categorías se ha establecido que, en cuanto a los medios de envenenamiento, el hogar es el sitio más frecuente en el que se producen las intoxicaciones con el 93% de los casos; la principal vía de administración de sustancias corrosivas es por vía oral (79%) y las sustancias ingeridas con mayor frecuencia en menores de seis años son los productos de cuidado personal o cosméticos (14%), seguido por sustancias limpiadoras del hogar (11%) y finalmente, los analgésicos (9%) (Gummin et al., 2017).

Epidemiología

A nivel mundial, durante el 2004, las lesiones de cualquier tipo provocaron cerca de 950 000 defunciones en menores de 18 años (OMS, 2004). La tasa de mortalidad mundial estimada por lesiones no intencionales en países de bajos y medianos ingresos, estimada sobre cada 100 000 niños fue de 11.1 para traumatismos causados por el tránsito; 7.8 para ahogamiento; 4.3 para quemaduras por fuego; 2.1 para caídas; 2.0 para intoxicaciones y 14.4 por otras lesiones no intencionales que incluyen sofocación, asfixia, atragantamiento mordedura o picadura por serpientes u otros animales, hipotermia e hipertermia. De manera global, la mayor tasa de mortalidad se presentó en menores de un año, con una tasa de 102.9 por cada 100 000 niños y en infantes de un año a cuatro años, cuya tasa disminuye a 49.6 (OMS, 2004).

De acuerdo con la OMS (2004) y la Asociación Americana para el Control del Envenenamiento (Mowry et al., 2015) la tasa de mortalidad mundial en niños y jóvenes menores de 20 años, debida a intoxicaciones accidentales es de 1.8 por cada 100 000 habitantes; resalta que se presentan principalmente en países de ingresos bajos y medios, como es el caso de México.

Los datos descriptivos demuestran que los varones presentan tasas más altas de intoxicación (4.9) en comparación con las niñas (3.0); mientras que los menores de un año presentan las tasas más altas de intoxicación mortal, en particular en aquellos países de

ingresos bajos y medianos; dichas tasas son más elevadas en los lactantes y disminuyen con la edad hasta los 14 años (OMS, 2004).

En México, en el periodo del 2013, se reportó que, de las causas de defunción por envenenamientos e intoxicaciones, el 9.1% ocurre en población infantil y el 5.4% en adolescentes; colocando a estas lesiones accidentales en el lugar 21 dentro de las principales causas de muerte en menores de cinco años. Durante ese periodo, las entidades con un mayor porcentaje de envenenamientos e intoxicaciones en menores de edad, fueron Guerrero con 13.7%, seguido de Chihuahua y Jalisco con 7.9% cada uno (Secretaría de Salud & STCONAPRA, 2016).

En la Ciudad de México, en el 2014, se reportaron 2 377 defunciones por envenenamiento accidental las cuales fueron categorizadas de acuerdo con los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE-10) (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2016).

Sobre las principales sustancias que provocaron envenenamiento e intoxicaciones en menores de edad, el 27.3% fueron por contacto traumático con escorpión, el 22.3% por exposición a otros gases y vapores, el 17.3% por exposición a otros químicos y sustancias nocivas y el 10.8% por exposición a plaguicidas; mientras que los principales lugares donde se presentó el envenenamiento e intoxicaciones en menores de edad, fue en la vivienda con un 62.8% (Secretaría de Salud & STCONAPRA, 2016).

Cuadro clínico

Al momento de la intoxicación, las principales manifestaciones que presentan los pacientes son sialorrea (producción excesiva de saliva), hematemesis, odinofagia, disfagia, dolor retroesternal y epigástrico, enfisema subcutáneo (inflamación subcutánea) y signos de irritación peritoneales (Valdez, 2013).

Además, la presencia de edema, ulceraciones y depapilación lingual son signos característicos por la ingesta de ácidos; casos en los que las lesiones más comunes se presentan en el estómago, ya que es ahí donde el ácido es retenido por mayor tiempo, favoreciendo la aparición de complicaciones posteriores como perforación y estenosis pilórica; estas lesiones se caracterizan por un aspecto seco y de color negro o prado (Mencías, 2003; Saracco, s/f).

En el caso de los álcalis, además de los síntomas previos, se presentan midriasis e hiperpnea; alguno de los signos que pueden orientar el tipo de lesión son que tengan un color blanquecino y sean lesiones húmedas (Mencías, 2003; Saracco, s/f), además de dolor que desencadena un espasmo glótico, acompañado de la regurgitación del bolo intrafaríngeo y que provoca quemaduras intraorales, linguales y faciales por una nueva exposición a los tejidos; también con frecuencia existe presencia de sed intensa en los pacientes (Cruz, 2009).

Debe considerarse que la sola presencia de síntomas y signos no predice con exactitud la presencia ni gravedad de la lesión; en caso de no existir datos de perforación, los síntomas agudos podrían desaparecer dentro de los primeros dos o tres días permitiendo que la deglución se regularice; sin embargo, pueden existir complicaciones respiratorias como neumonía y sepsis. Tras el evento agudo, en las semanas posteriores se puede presentar obstrucción esofágica y disfagia y, el 80% de la estenosis, se desarrolla durante los dos meses posteriores a la ingesta de un corrosivo (Argüelles & Bautista, 2010).

De acuerdo con el grado de severidad de la lesión, se pueden presentar complicaciones (Yanwosky et al., 2013) en cualquier momento de la evolución del paciente, y en un estudio en el que incluyeron 70 pacientes con intoxicación, 12.8% ingresaron a los servicios de cuidado intensivos y de estos el 4.2% se debió a complicaciones de eventos agudos como mediastinitis (inflamación en el tejido del corazón, la arteria aorta y la entrada a los pulmones), quemadura de la vía aérea y bronconeumonía. Por otro lado, en la fase de seguimiento, el 8.5% de los pacientes desarrollan complicaciones secundarias a rehabilitación esofágica (Wildlife Conservation, 2014).

Diagnóstico

El personal médico comienza el abordaje diagnóstico a través de la historia clínica, donde se indaga el mecanismo de la lesión mediante la etiología de la ingesta, el volumen ingerido, el grado de concentración, la presentación de la sustancia, la duración del contacto, el tiempo del tránsito, la presencia o ausencia de comida previa a la ingesta del corrosivo y la

presencia o ausencia del vómito; el determinar con precisión todas estas características resulta indispensable para lograr establecer el manejo y pronóstico de cada caso (Mencías, 2003).

Adicionalmente se requiere de una exploración física completa, con la finalidad de conocer el toxíndrome (conjunción de signos y síntomas de una intoxicación) (Erickson, Thompson, & Lu, 2007; Hoving, Veale, & Müller, 2011); y se recomienda hacer otros exámenes complementarios que permitan conocer el riesgo de perforación gástrica (Secretaria de Salud, 2013).

Entre los estudios complementarios, la endoscopia es el método más eficaz para la evaluación de la presencia de lesiones y sus características como localización, extensión y profundidad; lo que permite un diagnóstico completo, el consecuente establecimiento del tratamiento oportuno y del pronóstico preciso (Córdova & Torre, 2009). Es por ello que el personal médico deberá efectuarla dentro de las primeras 12 a 48 horas posteriores a la ingesta del cáustico (Secretaria de Salud, 2013).

Los criterios empleados en la endoscopia para la clasificación del grado de lesión, arrojan de tres a cuatro grados, es decir: (a) grado 0: examen normal, (b) grado 1: edema e hiperemia de la mucosa, (c) grado 2: ulceración superficial localizada, friabilidad y ampollas, así como de una ulceración circunferencial, (d) grado 3: ulceración profunda (Argüelles & Bautista, 2010; Donatone, 2009).

En este sentido, el Centro de Endoscopias Pediátricas del Hospital General “Gaudencio González” CMN La Raza, emplea endoscopios flexibles desde 1988, así como la clasificación endoscópica de Maratka modificada para el diagnóstico de esofagitis por cáusticos y corrosivos y se considera otra clasificación de Zagar para conocer el grado de lesión de la mucosa, ambas escalas de clasificación se muestran en la tabla 1.

Tabla 1.
Clasificaciones de esofagitis cáustica de acuerdo con Maratka y Zagar

Clasificación Maratka	Clasificación Zagar
Grado I. Hiperemia y edema	Mucosa normal
Grado II. Placas amarillas o blancas con formación de pseudomembranas.	II. Edema e hiperemia o eritema
Ila. Lesiones localizadas en un tercio esofágico y una sola pared.	Ila. Exudados, erosiones, úlceras superficiales y hemorragias, lesiones no circunferenciales o pseudomembranosa.
IIb. Lesiones concéntricas localizadas en un tercio esofágico	IIb. Úlceras profundas o circunferenciales y necrosis.
IIc. Lesiones lineales o concéntricas en dos o tres tercios del esófago.	
Grado III. Mucosa hemorrágica y ulcerada con exudado espeso.	IIIa. Necrosis pequeña y aislada, lesiones circunferenciales o pseudomembranosa.
	IIIb. Áreas extensas de ulceración y necrosis.
Etapa crónica. Mucosa jaspeada con estrechos cicatricial; la cicatriz puede producir cortos estrechamientos en las zonas que fisiológicamente tienen menos calibre o estenosis tubular.	

Nota: La clasificación Maratka está disponible en (Valdez, 2013) y la clasificación Zagar en (Showkat, Rakesh, Saroj, & Satish, 1991) de donde se adoptó para esta tabla.

Ambas clasificaciones comparten similitudes, sin embargo, en el Hospital “La Raza” sede de aplicación del presente proyecto, se emplea la clasificación Maratka modificada para el diagnóstico de esofagitis por cáusticos y corrosivos.

Tratamiento

El personal médico inicialmente deberá comprobar si es una sustancia ácida o un álcalis; una vez confirmada la ingestión se establecerá el tiempo de contacto y las acciones a realizar para el manejo inicial del paciente (Lupa, Magne, Guarisco, & Amedee, 2009). Aunque los pacientes no siempre presentar signos o síntomas claros, el examen físico revelará la presencia de quemaduras en labios, barbilla o manos; información indispensable para dar inicio al tratamiento médico; así como el empleo de la endoscopia en los tiempos establecidos para conocer el grado de la lesión del tubo digestivo (Valdez, 2013).

El tratamiento médico estará indicado de acuerdo al grado de lesión e irá desde la vigilancia hasta la necesidad de soporte de atención por la unidad de cuidados intensivos para mantener la estabilidad del paciente (Tabla 2).

Tabla 2
Tratamiento médico de acuerdo al grado de lesión.

Grado de lesión	Tratamiento médico	Referencia
Grado 0-I	Se recomienda observación e ingesta de líquidos a tolerancia. En caso de que no se presenten complicaciones, se recomienda su egreso a las 24 o 48 horas. Continuar con seguimientos médicos en los tres meses subsecuentes a la intoxicación.	(Castillejo, Oquiñena, & Pinillos, 2011; Cortés & Arroyo, 2008; Kay & Wyllie, 2009; Muñoz, Pérez, Rodríguez, Rojas, & Soler, 2010; Ramasamy et al., 2003).
Grado II	Administración de inhibidores de secreción gástrica y mantener al paciente en posición fowler. La administración de líquidos a tolerancia dependerá de la evolución clínica, El egreso se dará posterior a la primera semana y tendrá seguimiento en el servicio de endoscopias a la tercer o cuarta semana.	(Sombert, Herrera, Núñez, Fonts, & Vázquez, 2005).
Grado Ila	Administración de inhibidores de la bomba de protones, corticoides y antibiótico, mediante un manejo ambulatorio y posterior cita de seguimiento.	(Cruz, 2009).
Grado I Ib, I Ic y I II	Si existe sospecha de perforación se deberá solicitar valoración al servicio de gastroenterología y medicina interna para ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), así como medidas generales con pruebas de laboratorio, administración de antiagástricos, antibióticos y corticoides.	(Secretaría de Salud, 2013).
Grado IV	Ingreso a la unidad de cuidados intensivos, para brindar medidas de apoyo vital, alimentación por NPT y antibioterapia de amplio espectro	(Sombert, Herrera, Núñez, Fonts, & Vázquez, 2005).

Además se considera que en caso de presencia de perforación, se deberá indicar ayuno, administración de antibióticos y nutrición parenteral total (NTP), así como en caso de shock hipovolémico, se deberá instalar una vena permeable con cristales isotónicos (Secretaría de Salud, 2013).

Pese a un tratamiento médico adecuado, se puede presentar estenosis esofágica (obstrucción parcial o total del esófago debido a cambios en su forma) que estará acompañada de diversos síntomas específicos como disfagia, para su disminución se deberá iniciar el manejo de dilataciones dentro de la cuarta y sexta semana después de la ingestión, con la finalidad de permitir una nutrición oral normal y reducir la aparición de bronco-aspiración (Argüello & Pertejo, 2007; Betalli et al., 2009) ; para ello se elaboró una clasificación de las estenosis del esófago que permite agrupar las diversas estenosis según su forma así como las posibles etiologías (Córdova & Torre, 2009).

Tabla 3
Tipo de estenosis, características y manejo médico a emplear.

Estenosis	Característica	Manejo
Tipo I	Por una lesión única, central de bordes regulares y delgados, su principal etiología son anillos, reflujo, anastomosis.	Rehabilitación con sondas guiadas, dilatadores mercuriales y sondas de balón.
Tipo II	Lesiones pseudodivertículos o laterizadas, debido a una larga exposición de reflujo gastroesofágico crónico.	Se deberá emplear sondas guiadas o de balón.
Tipo III	Generadas por sustancias corrosivas, que dan por resultado largas y múltiples lesiones, así como de pseudodivertículos.	Uso de sondas guiadas o dilatadores con hilo sin fin.
Tipo IV	Lesiones firmes, irregulares y sangrantes, debido a neoplasias malignas del esófago o de la unión esofagogástrico.	Dilataciones guiadas y prótesis, ya que estos tratamientos son paliativos.

Nota: Los principales tipos de estenosis, sus características y manejo médico, se encuentran (Córdova & Torre, 2009), donde se adaptó para esta tabla.

Sin embargo, en caso de no existir sospecha de estenosis posterior a la ingesta, en la tercer y cuarta semana es continuar con dieta normal por vía oral y manejo farmacológico ambulatorio (Sombert et al., 2005); Por otro lado se considera que las complicaciones más graves del tratamiento de dilataciones son perforación, hemorragia y broncoaspiración (American Society for Gastrointestinal Endoscopy, 2002).

Todos los criterios descritos anteriormente, es decir el grado de lesión, así como la presencia y tipo de estenosis esofágica en el tratamiento médico, se relacionan para determinar la necesidad de una intervención quirúrgica, con la finalidad de mejorar la calidad de vida del paciente, por lo cual los componentes del tratamiento quirúrgico, son descritos a continuación.

Tratamiento quirúrgico

En relación con los criterios para la intervención quirúrgica, se consideran que el paciente presente quemadura faringoesofágica a la existencia de perforación esofágica o gástrica, mediastinitis o peritonitis; así como la presencia de estenosis radiológica mayor de 5 cm. de longitud (Argüelles & Bautista, 2010; Byung, 2005; Cruz, 2009; Delgado et al., 2006). Además de la presencia de dificultad para iniciar o continuar con las dilataciones debido a que no se obtuvo un calibre normal del esófago pese a las previas dilataciones (García, 2007).

Ante estas complicaciones, los procedimientos quirúrgicos más utilizados son interposición cólica, yeyunal y esofagoplastía con parche cólico (Argüelles & Bautista, 2010; Farran, 2008;

Farran, 2011; García, 2007; Ramasamy, Vivek, & Gumaste, 2003); además es conveniente la realización de una gastrostomía o yeyunostomía para garantizar la alimentación precoz y segura del paciente durante el periodo postoperatorio (García, 2007).

Complicaciones

Las complicaciones que se pueden presentar en el tracto digestivo son perforación e incompetencia del esfínter esofágico inferior con reflujo gastroesofágico (paso del contenido gástrico hacia el esófago) (Colin, 2010; Delgado et al., 2006). Además de que los pacientes con lesiones de intoxicación por cáusticos en la infancia presentan una incidencia 1 000 veces mayor de carcinoma de esófago en comparación con la población general (Joyce & Gryboski, 1996).

Esto lleva a que en aquellos que presentan sustitución esofágica, su calidad de vida se afecta de manera adversa por la presencia de múltiples alteraciones como: (a) síntomas gastrointestinales, principalmente reflujo (León, 2009); (b) presencia de disfonía y tos que interfiere con el habla; (c) el manejo farmacológico de antiácidos también se requieren cambio de hábitos alimenticios dirigidos tanto a selección de alimentos bajos en grasa e irritantes como a una disminución en la proporción normal de comida y el aumento de las colaciones entre estas; (d) alteraciones del sueño debidas a la presencia de reflujo, que lleva a los pacientes a tener que dormir en posición fowler para la prevención del mismo y del desarrollo del síndrome de dumping (vaciamiento gástrico acelerado [Meléndez, 2011]); así

como la presencia de diarrea y dolor tipo cólico (Miranda, 2010) y; (e) las vías respiratorias se puede presentar distrés respiratorio y mediastinitis (Sombert et al., 2005; Villalobos, Valdovios, & Olvera, 2003).

Después de las consideraciones anteriores respecto al tratamiento médico, quirúrgico y además de las complicaciones que se pueden presentar, resulta evidente que estas alteraciones pueden generar cambios en la funcionalidad del paciente, por ello es importante conocer el impacto psicológico que se pueda presentar en el paciente.

Sintomatología psicológica asociada e impacto en la vida cotidiana

Además de la complicaciones o cambios requeridos ya sea por la intoxicación o por el tratamiento empleado, se deben considerar los factores asociados a los eventos propios de una estancia hospitalaria y rehabilitación; en este sentido la hospitalización, se considera un aislamiento forzoso en el que el individuo debe alojarse en una institución desconocida durante determinado tiempo para tener acceso a servicios médicos que le permitan recobrar su salud (Vera, 2012).

En dicha situación, existen agentes estresores para los menores como la separación y ausencia de los padres o familiares, la disminución de estimulación social, la incorporación a un medio extraño y desconocido, la pérdida de control, autonomía y competencia, los cambios en los hábitos del menor, la restricción del espacio vital y de la movilidad, así como

la falta de información y la experiencia del dolor e intervenciones quirúrgicas a las que será sometido el paciente (Gallar, 2002; Rodríguez, 2012; Valdez, 2013). Todas estas condiciones pueden desencadenar reacciones emocionales como estrés o ansiedad, cuya intensidad e impacto dependerán de factores individuales como la edad, nivel de desarrollo cognitivo, capacidad de resistencia y experiencias previas; así como factores externos como la cantidad y calidad de información que posea y el apoyo que reciba (Ortiz, 2006).

Los pacientes que permanecen hospitalizados por largas estancias pueden presentar puntuaciones significativamente más altos en estados de tristeza, angustia, desánimo, decaimiento y fatiga, en comparación con la población general; por lo que puede percibirse como una amenaza a la estabilidad emocional durante la hospitalización; además se identifica que los pacientes tienden a presentar niveles moderados de ansiedad que, ante la respuesta adaptativa del individuo a una situación amenazante, no se consideran patológico a menos de que alcancen niveles altos o interfieran con el manejo médico (Benítez-Agudelo et al., 2016).

Aunado a ello, el desarrollo de sintomatología de ansiedad es una experiencia común en niños durante el periodo preoperatorio; sintomatología que se asocia con incremento del dolor posoperatorio, del requerimiento de analgésicos y de la duración de los días de estancia hospitalaria; todo ello resulta en un efecto en los costos de la atención médica y malestar emocional en el menor (Sukantarat, Williamson, & Brett, 2007).

En el caso de México, se ha considerado que la consulta pre-anestésica, puede ser insuficiente para la identificación de ansiedad en los pacientes previo al acto anestésico o quirúrgico (Valenzuela-Millan, Barrera-Serrano, & Ornelas-Aguirre, 2010); lo que repercute el posible desarrollo de comorbilidades debido a la asociación entre nivel de ansiedad, dolor posoperatorio y necesidad de analgésicos, que en conjunto les genera una experiencia desagradable durante el periodo perioperatorio (Caumo et al., 2001).

Para la evaluación de preocupaciones de la intervención quirúrgica, se han realizados importantes estudios como el desarrollado por Quiles, Ortigosa, Méndez y Pedroche (1999) donde emplearon el Cuestionario de Preocupaciones sobre Cirugía Infantil (CPCI) a niños de once a catorce años, en el que observaron que las principales preocupaciones se refieren a la enfermedad y secuelas como muerte, dolor o incapacidad; sin embargo, aquellos con menor grado de preocupación son los relacionados con procedimientos médicos atemorizantes como las inyecciones o aplicación de anestesia y aspectos estresantes de la estancia hospitalaria como incertidumbre sobre actividades a generar durante su estancia o a relacionarse con desconocidos.

Se tiene limitada evidencia de la sintomatología psicológica en menores ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos; donde se incorporan a los menores cuando, debido a su estado crítico, se requiere de atención especializada y cuidados constantes las 24 horas (Aguilar & Martinez, 2017); pero se ha identificado que en dicha unidad el grupo de enfermos que permanecen más de tres días presentan con mayor frecuencia cambios negativos en su estado mental y emocional (Alvarado et al., 2003).

Entre los factores que producen está el mayor malestar emocional, en el que 42.9% presentó dificultad o imposibilidad para dormir, el 62.6% tener sed, el 43.1% no saber qué hora es, el 35.2% la presencia de tubos en la nariz o boca, el 31.9% presentar pesadillas, el 30.8% no poder hablar, el 28.6% tener limitada movilidad por la presencia de tubos, el 26.4% la ausencia de un familiar cercano y el 26.4% limitado horario de visitas (Ayllón, Álvarez, & González, 2007).

Estos factores se pueden exacerbarse por factores ambientales propios de la UCI, lugar donde hay constante ruido y luz ambiental, así como la aplicación continua de cuidados médicos y de enfermería; que en conjunto dificultan la conciliación del sueño (Calvate, García, Uriel, Fernández, & Medín, 2000); y que pueden generar una posible variación en la respuesta inmunológica que los hace más susceptibles a infecciones (Parthasarathy & Tobin, 2004).

Se debe agregar también que los episodios de delirium se caracterizan por variaciones en la conciencia y de las funciones cognitivas; el riesgo de presentar de estas se incrementa con la privación del sueño, el cual se considera unos factores más importantes pero no determinantes (Palencia-Herrejón, Romera, & Silva, 2008).

Además en lo que se refiere al dolor, se ha descrito que procedimientos propios en el cuidado del paciente dentro de la UCI pueden desencadenar este signo (Siffleet, Young, Nikiletti, & Shaw, 2007), lo que puede estimular o aumentar la hipervigilancia hacia el dolor y la activación fisiológica, que puede provocar una hipersensibilización ante el dolor (Janssen,

2002) y como previamente se describe puede generar una experiencia desagradable, así como un incremento en la administración de analgésicos (Caumo et al., 2001; Sukantarat, Williamson, & Brett, 2007).

En resumen se describieron algunos factores que podrían desencadenar estrés y ansiedad en los pacientes sometidos a procedimientos médicos, pero a su vez se deben considerar las implicaciones psicológicas a las que se pueden enfrentar sus familiares.

Sintomatología psicológica asociada e impacto en la vida cotidiana a terceros

Cuando se presenta una situación como la intoxicación en menores; también se debe evaluar con precisión las labores de atención y cuidado que deberá llevar a cabo el Cuidador Primario Informal, quien es una persona que proviene de la red de apoyo del paciente, en este caso, regularmente es alguno de los padres y quien asumirá el compromiso absoluto del enfermo para todo aquello que requiera su atención básica (Wilson, 1989), se debe agregar que este no recibe ninguna remuneración económica, ni capacitación previa para la atención del paciente (Martínez et al., 2008).

En este sentido, el cuidador primario ejerce actividades complejas de cuidado como efectuar trámites hospitalarios, medidas de higiene y administración de medicamentos (Barg et al., 1998) a la vez que apoyan en el manejo de síntomas y efectos adversos de los tratamientos, así como traslados a centros hospitalarios y comunicación con el equipo de salud (Lutgendorf & Laudenslager, 2009).

La atención que el cuidador primario informal otorga al paciente, puede favorecer o limitar el riesgo de alteraciones del bienestar y estado funcional en las dimensiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales que pudieran mermar su calidad de vida; prueba de ello es que se ha identificado que los cuidadores primarios de niños en situación de enfermedad crónica presentan alteraciones en todas las categorías de calidad de vida y dicho impacto es mayor, en áreas de bienestar físico y psicológico, cuando el niño se encuentra hospitalizado, en comparación a cuando se mantiene en seguimiento por consulta externa (Merino, 2004).

Existe otro fenómeno que presentan con frecuencia los cuidadores de menores con enfermedad crónica y que ha sido denominado “*sobrecarga del cuidador*”; el cual Zarit (1980) describe como aquellas actitudes y reacciones emocionales negativas que se presentan ante la práctica de cuidar de un paciente y el grado en que dichas demandas modifican distintos ámbitos de la vida en general de los cuidadores; llevando a que se obstaculice el cuidado del paciente a su vez, se limite la evolución de la enfermedad (Robinson, Gerhardt, Vannatta, & Noll, 2006).

Adicionalmente, se reportó que el 61.9% de cuidadores de pacientes con enfermedad crónica refieren un impacto financiero severo debido al empleo de los ahorros familiares para atender la salud del menor, además se refiere que el 26.5% ha tenido que aplazar la atención médica para otro miembro de la familia y un 25.5% presenta dificultades para la adaptación de sus actividades normales debido a la necesidad de detener algunas de ellas debido al estrés generado por la enfermedad (Rhee et al., 2008).

Capítulo 2

Características psicológicas y sociales asociadas a riesgo de intoxicación por corrosivos

Como se mencionó anteriormente las lesiones son una de las principales causas de muerte en menores de 18 años; sin embargo, el impacto también debe analizarse en términos de las lesiones no mortales que presentan los menores y que requerirán atención hospitalaria y el posible desarrollo de complicaciones a corto y largo plazo que incluso, pueden derivar en una discapacidad permanente. Además de resaltar que todas estas lesiones, independientemente del final que presenten, podrían evitarse, prevenirse y controlarse (OMS, 2004), por lo cual se busca identificar las variables que estén implicados al riesgo de presentarlas.

En este sentido, es necesario definir que los patógenos conductuales son comportamientos que incrementan el riesgo de un individuo a enfermar o presentar una condición médica específica; mientras que los inmunógenos conductuales son aquellas pautas que disminuyen la susceptibilidad a contraer una enfermedad (Matarazzo, Weiss, Herd, Miller, & Weiss, 1984); en relación a ellos, se han hecho esfuerzos por describir los factores de riesgo y de protección asociados a la intoxicación de corrosivos.

Factores de riesgo

Se han descrito factores de riesgo asociados a la intoxicación por sustancias en diferentes categorías; algunas de ellas incluyen variables individuales del niño, otras son dependientes del agente, otras del entorno y de la familia. Entre las variables del menor se encontró que la edad de los menores mantiene una asociación negativa con el riesgo de intoxicación, es decir, a menor edad hay mayor riesgo de sufrir una lesión de esta naturaleza; por otro lado se ha identificado que las tasas de mortalidad debido a intoxicación por 100 000 niños, es más altas varones (4.9) que las niñas (3.0) (OMS, 2004); otro factor que parece impactar es que los niños con intoxicación, presentan con mayor frecuencia algún trastorno psiquiátrico, como trastorno de déficit de atención o desordenes de conducta disruptiva en comparación de un grupo control (Katrivanou et al., 2004).

En un reporte de cinco años en un Hospital de Tercer Nivel de México, se encontró que el 8% de niños con intoxicación por corrosivos presentó antecedentes de alguna patología neurológica y/o psiquiátrica diagnosticada (Fernandez-Barrocio & Sánchez-Villegas, 2013); y se reitera que existe un aumento de riesgo en aquellos menores que tengan antecedentes de enfermedades y trastornos mentales como epilepsia e hiperactividad, así como la presencia de lesiones previas al evento (Caeiro, Mateus, & Nogueira, 2013; Katrivanou et al., 2004).

Entre los factores de riesgo asociados con la familia, se encuentran que los padres tengan bajo nivel educativo, que los niños provengan de familias con integrantes de tres a cuatro

hijos y un nivel económico bajo (Sarioglu-Buke, Corduck, Atesci, Karabul, & Koltuksuz, 2006; Sevilla-Godínez, Gómez-Lomelí, Chávez-Ponce, Orozco-Valerio, & Celis-de la Rosa, 2011); así como la presencia de trastornos de ansiedad y/o personalidad en la madre (Katrivanou et al., 2004).

En cuanto a los factores asociados al ambiente, existen variables relacionadas con el agente entre las que se describe que es dependiente de las propiedades físicas y químicas, esto es, el grado de concentración de la sustancia, el estado físico en que se encuentre (siendo el líquido el de mayor riesgo), además de la apariencia física que incluye características de tamaño, color y textura que entre más atractivas y vistosa resulten para el menor se consideran más propensos a la manipulación o ingesta del tóxico; además de problemas en el envasado y distribución de los medicamentos y sustancias tóxicas (OMS, 2004). Por otro lado, se ha identificado que existe una relación con variables ambientales como el acceso libre a la cocina en los menores de edad y el fácil acceso a objetos pequeños con mayor riesgo (Gorrita, Barrientos, & Gorrita, 2016). Finalmente, en relación al variables temporales, se ha descrito que la frecuencia de las lesiones por intoxicación es mayor en periodos vacacionales, debido a que presenta mayor probabilidad de estar al aire libre o de permanecer en su hogar, bajo una supervisión inadecuada y climas calurosos (Matteucci, 2007; Wezorek, Dean, & Krenzelok, 1998).

Factores protectores

Los factores protectores van dirigidos al niño y a los padres, mediante estrategias educativas orientadas a la sensibilización del riesgo de sufrir una intoxicación; de manera que implican una prevención mediante el aumento de conocimiento y competencias en padres tanto en el almacenamiento como manejo conductual de sus hijos, la modificación de actitudes y comportamientos de hijos y padres; así como la generación de buenas prácticas dentro de las organizaciones que se encaminen a la prevención mediante estrategias seguras de envasado y etiquetado de productos con riesgo de producir estas intoxicaciones (OMS, 2004).

En México, el Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (STANPA) desarrolló el “*Modelo para la prevención de envenenamientos e intoxicaciones en grupo vulnerables en México*”, con la finalidad de poder disminuir el número de fallecimientos para el 2018, las cuales están asociadas a las intervenciones generadas por la Organización Mundial de la Salud (2008) que involucran cinco estrategias específicas:

Información de calidad que permita conocer con exactitud la magnitud del problema, mediante la identificación de los grupos de riesgo para mejorar la planificación, aplicación y vigilancia de éstas.

Revisión y mejora del marco normativo del cual generan adecuaciones a cada una de las Normas Oficiales Mexicanas, leyes y reglamentos para cada contexto.

Inspecciones de seguridad, para el cual el primer paso consistirá en la elaboración de listas de chequeos a distintos grupos o poblaciones que permitan conocer las distintas variables de riesgo para lesiones accidentales, las cuales estarán dirigidas para cada población, posterior se fomentara una estrategia para que promotores de salud, puedan realizar una inspección de seguridad de acuerdo a las variables identificadas.

Programa Nacional de Capacitación en el que se buscará fortalecer las competencias del personal médico de las Unidades de Atención Primaria en el área de atención a envenenamientos e intoxicaciones.

Comunicación social mediante la emisión de mensajes de prevención de acuerdo al contexto (Secretaria de Salud & STCONAPRA, 2016)

Por otro lado, entre los factores protectores orientados al agente, se encuentra la correcta dosificación de medicamentos, así como una adecuada seguridad en el envasado y almacenamiento mediante el uso de cierres de seguridad a prueba de niños (OMS, 2004).

En México, se cuenta con la Norma Oficial Mexicana de Productos y Servicio en etiquetado y envasado para productos de aseo doméstico NOM-189-SSA1/SCF1-2002 (2002), la cual especifica los requisitos de etiquetado, envasado y presentación de información sobre los componentes que contiene el producto; así como la concordancia con las normas internacionales y mexicanas, sin embargo, no se menciona cuáles son las estrategias empleadas para la evaluación del cumplimiento de los requisitos en el envasado de sustancias tóxicas para su comercialización.

Como se mencionó, los factores de protección están encaminadas a niños y padres mediante estrategias de prevención, es decir sensibilización al riesgo de sufrir una intoxicación, al incremento de conocimientos y competencias en los padres y estrategias en la seguridad del envasado y etiquetado de productos; a su vez se menciona la modificación de actitudes y comportamientos de hijos y padres (OMS, 2002), por lo cual se busca generar estrategias de prevención, priorizar en variables de riesgo particulares permitirá la generación de programas eficaces de intervenciones preventivas (Serbin, Peters, & Schwartzman, 1996).

Hasta el momento, la investigación se ha centrado en factores de riesgo individuales y familiares, difíciles de modificar como que el menor padezca un trastorno de la conducta o que los padres tengan bajo nivel educativo o sociocultural; sin embargo, resulta relevante favorecer el estudio de variables como los estilos y prácticas de crianza que los padres ejercen sobre los menores y que pudieran considerarse en algún momento factores de riesgo con objetivos de modificación específicos y directos.

Estilos y prácticas de crianza.

La familia se considera el primer puente entre el individuo y la sociedad, permitiéndole interiorizar elementos básicos de la cultura por medio de la socialización, así como el desarrollo de la personalidad y regulación emocional durante la infancia (Botero, Salazar, & Torres, 2009; López-Soler, Puerto, López-Pina, & Prieto, 2009; Rodríguez, 2007). Durante esta fase, como parte de la crianza se consideran diversas actividades que los padres ponen

a prueba con sus hijos, al igual que la implementación de recursos útiles para ayudar en el desarrollo psicológico (Darling & Steinberg, 1993).

Los padres, al interactuar con sus hijos y realizar sus funciones, ponen en práctica estrategias conocidas como estilos educativos, prácticas de crianza o estrategias de socialización que tienen como objetivo influir, formar y orientar a los hijos a la integración social (Ramírez, 2005). Por lo que se refiere a las prácticas de crianza, son aquellos comportamientos particulares que emplean los padres para dirigir a los menores a la culminación de metas de socialización (Darling & Steinberg, 1993).

Las prácticas de crianza son un constructo multidimensional, sin embargo, se consideran tres dimensiones básicas: (a) el tono emocional de las relaciones (nivel de comunicación), (b) las conductas para controlar y encauzar la conducta de los hijos (disciplina) que implica procedimientos de disciplina que ejercen los padres y que pueden contener afirmaciones de poder (se hace uso de la fuerza física, la eliminación de privilegios y en amenazas), la negación del afecto expresando desacuerdo con la conducta del menor (mediante rechazo, negación a escucharlo, aislamiento y amenazas de abandono) y/o inducción donde los padres le explican cuáles son los motivos de porque su conducta no es deseada y se le pide que no se realicen al mismo tiempo (Hoffman, 1976); y por último la expresión de afecto, la cual se caracterizara por aquellos padres que expresan interés y afecto explícito por su bienestar físico y emocional del menor, mientras que otros padres se muestran hostiles (Ramírez, 2005).

Existen diversos factores que determinan el uso de prácticas educativas en los padres, los cuales se agrupan en características del niño que involucran la edad, sexo, orden de nacimiento y características de personalidad del menor; así como la presencia de dificultades típicas del desarrollo del niño que pueden ser irritantes para los padres como el llanto, desobediencia e interrupción del adulto cuando realiza cierta actividad. Mientras que entre las características de los padres se debe contemplar el sexo, experiencias previas de crianza, creencias y expectativas hacia los menores; así como características de personalidad, nivel educativo, nivel socioeconómico y finalmente el medio de interacción donde se consideran las características físicas de la vivienda y contexto histórico (O'Brien, 1996; Palacios & Hidalgo, 1993; Ramírez, 2005).

A diferencia de las prácticas educativas; los estilos de crianza son las creencias o actitudes generales de los padres sobre la crianza adecuada para los niños, para lo cual se consideran cuatro estilos (Solís & Díaz, 2007):

De acuerdo con Muñoz (2005), un estilo autoritario se caracteriza por la existencia de normas que no siempre están justificadas, no se considera las necesidades o puntos de vista de los menores, ni se establecen canales de comunicación flexibles; otro rasgo es la afirmación de poder mediante imposiciones, amenazas, conductas de coerción física, verbal o privaciones del cual obtienen obediencia; además de que estos padres se concentran en el control de conductas indeseables y no en la promoción de conductas deseables y en general presentan escasas muestras de afecto.

En cuanto a los padres que emplean un estilo permisivo, se describe que tendrán un mayor nivel de comunicación y afecto que les permite generar una dinámica familiar donde el menor es querido y disfruta de amplia libertad de acción y expresión; sin embargo, es frecuente observar la presencia de insuficientes normas y pobre supervisión del cumplimiento de éstas debido a la creencia de que los niños no deben de ser reprendidos o limitados; estas dos características pueden asociarse con que los menores no asuman compromisos familiares, escolares, ni sociales; por lo cual son los padres quienes se adaptan a los menores, centrándose en identificar sus necesidades, preferencias y asistirlos en satisfacerlas (Muñoz, 2005).

Por otro lado, en un estilo democrático, hay un empleo de reglas rigurosas, claras y congruentes; las cuales son adaptadas a las posibilidades del menor, lo que da como resultado el uso de disciplina inductiva. Se debe agregar que los padres expresan su afecto y son sensibles a sus necesidades; así mismo promueven la autonomía de los menores y el respeto de las normas, para lo cual se consideran las consecuencias sobre el menor y terceros; a su vez se aportan aclaraciones sobre las consecuencias de tales conductas y posibles alternativas de respuesta y el medio más común de castigo es la retirada de elogios o privilegios (Muñoz, 2005).

En relación a padres que emplean un estilo indiferente-negligente, su principal particularidad es que presentan una menor implicación en el cuidado en los menores; existe una mínima manifestación de afecto, lo que a su vez no genera interés por las necesidades del menor,

por lo cual se tendrá una ausencia de control y normas, sin embargo, en algunas ocasiones realizan el uso de reglas que puede ser excesivas e injustificadas (Muñoz, 2005).

Una vez descritas las características que conforman cada estilo de crianza, se considera que los padres emplean determinados estilos de crianza que les permite dirigir las prioridades al momento de educar a los menores; mientras que las prácticas de crianza es el resultado de la operacionalización de tales creencias (Solís & Díaz, 2007).

Considerando estas diferencias conceptuales y el papel de cada uno de ellos en la crianza de los menores, se han hecho importantes esfuerzos por crear instrumentos de medición tanto de los estilos y prácticas de crianza, los cuales se muestran en la tabla 4:

Tabla 4.

Descripción de los instrumentos empleados para medir los estilos y prácticas de crianza.

Instrumento	¿Qué evalúa?	Propiedades psicométricas	Referencia
Inventario de prácticas de crianza (IPC)	Evalúa las conductas de los padres respecto a la disciplina y la promoción de afecto.	Presenta una confiabilidad de .92 y una varianza explicada de 67%	(López, 2012)
Cuestionario de Habilidades de Manejo Infantil (CHAMI)	Evaluación de habilidades de manejo de conducta infantil sobre situaciones simuladas.	Obtuvo una Alfa de Cronbach de .62 y una varianza explicada del 55%	(Morales & Vázquez, 2011)
Cuestionario de estilo de paternidad	Busca conocer la percepción que los hijos adolescentes tienen respecto de la forma en que sus padres ejercen su autoridad.	Cada subescala fue de obtuvo una confiabilidad de una alfa de Cronbach de .72, .79 y .73.	(Vallejo, 2002).
Escala de estilos de crianza maternos referidos por las madres.	Se identifican las formas de crianza a sus hijos y la regulación que generan las madres en la conducta de sus hijos.	Se obtuvo una confiabilidad para las subescalas entre alfa de Cronbach de .58 y .85.	(Jiménez, 2000)
Cuestionario de percepción de las madres de su estilo de crianza.	Describe la forma en que una madre percibe la crianza de un hijo y la regulación que genera un padre en las conductas de su hijo.	La confiabilidad obtenida de una escala completa, de alfa de Cronbah .84	(López, 2000)
Instrumento de medición de hábitos de crianza y actitudes maternas.	Estima las prácticas cotidianas del cuidado al menor que emplean las madres.	Obtuvo una confiabilidad, por escala de alfa de cronbach de .66 para actitud inflexible, .60 para rol materno, .56 para consentimiento irracional y .56 estimulación.	(Loreto, 1986)

A partir del estudio de los estilos de crianza se ha descrito que los menores cuyos padres emplean un estilo democrático tienden a presentar un estado emocional más estable y alegre, así como niveles más altos de autoestima y autoconcepto (Alonso & Román, 2005), además de mostrar mejor adaptación y empatía con la perspectiva del otro; lo que les

permitirá relacionarse mejor con iguales (Furnham & Cheng, 2004) en comparación con los menores educados con otros estilos de crianza.

Mientras que aquellos padres que emplean un estilo autoritario pueden generar en sus hijos una autoestima baja, dificultan el establecimiento de autonomía personal que les permita a los menores tener iniciativa, generando mayor requerimiento de un control externo que, en caso de no tenerlo, pueden manifestarse con incremento en la impulsividad o agresividad (López-Soler et al., 2009; Muñoz, 2005).

De acuerdo con Muñoz (2005) los hijos de padres permisivos se caracterizan por ser entusiastas, espontáneos y creativos; sin embargo, suelen ser dependientes de las figuras paternas e inmaduros. Se ha identificado que tienen mayor riesgo de presentar mal manejo del control de impulsos en la entrega de reforzadores y conclusión de tareas; otro rasgo que tiende a ser característico es la sensibilidad a las críticas y falta de competencia social. Se considera que, durante la infancia, la autoestima y autoconfianza de los hijos de padres permisivos está disminuida en comparación con hijos de padres democráticos.

A largo plazo, se ha considerado que los hijos de padres negligentes tienen mayor probabilidad de presentar dificultades para establecer su identidad, motivación y autoestima; así como limitaciones en la interacción entre iguales. Factores que desencadenan en la posible presencia de conflictos personales y sociales ante la carencia de normas y necesidades de los demás (Muñoz, 2005).

Considerando que se han descrito algunos de los efectos que los estilos de crianza empleados por padres pueden generar en el menor, se debe agregar que los padres que ejercen un estilo permisivo, pueden aumentar el riesgo de lesiones en el hogar en los menores, debido a una disminución en el uso reglas claras e incremento en explicaciones sobre las medidas de seguridad (B. A. Morrongiello et al., 2006); así mismo los padres refieren que una supervisión deficiente puede ocasionar una lesión en el menor (Mashreky et al., 2009), también la cantidad de lesiones infantiles se ha relacionado con el cuidado y la supervisión que los padres otorgan a los menores (Valero, 2015).

Además, Bennett-Murphy (2000) reporta que madres adolescentes están más interesadas por concluir el cuidado básico; el cual incluye actividades como medidas de higiene, alimentación y contestar a la inadecuada conducta del menor y pueden descuidar otras actividades como la prevención de lesiones. A su vez los menores que son educados por padres relativamente insensibles a las necesidades del menor y expuestos a entornos empobrecidos, pueden generar un riesgo mayor de lesiones y enfermedades (Mashreky et al., 2009); también se reporta que los hijos de madres con antecedentes de agresividad en la infancia, presentaron más visitas a servicios de emergencias al año debido a lesiones, enfermedad e infecciones agudas (Serbin et al., 1996).

A manera de resumen, se ha identificado evidencia aislada de que los estilos y prácticas de crianza que los padres ejercen sobre los menores pueden tener una relación con el riesgo de sufrir lesiones en los menores (Schwebel, Brezausek, Ramey, & Ramey, 2004) . Elementos que, sin duda, pueden interactuar como parte de los factores de riesgo previamente

mencionados sobre la intoxicación de corrosivos en menores; principalmente en aquellas referidas a las conductas de los menores como rasgos de hiperactividad, temperamento híper-reactivo y latente (Schwebel et al., 2004), así como trastorno oposicionista desafiante y trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Condiciones en las que se ha demostrado que los menores con TDAH al ser comparados con menores sin trastornos mentales, presentaran con mayor frecuencia lesiones en general (57% vs 11%) y mayor riesgo de sufrir un envenenamiento accidental (21% vs 7.1%) (Carmen, 2014; Garzon, Huang, & Tood, 2008).

De esta forma resulta imprescindible evaluar en menores que sufren alguna intoxicación tanto los antecedentes de salud mental del menor y sus padres; pero al mismo tiempo, el estilo o práctica de crianza que se está empleando en su educación. Condiciones que podrían ser congruentes con que algunos estudios han identificado que al evaluar menores que han sufrido estas lesiones, se han encontrado niveles más altos que la población general en agresión, hiperactividad, berrinches, enuresis, además de ansiedad y con facilidad llevan cosas a su boca e impulsividad (Katrivanou et al., 2004; Okasha, Bishry, Osman, & Kamel, 1976; Sibert & Newcombe, 1977).

Capítulo 3

Metodología

Este protocolo de investigación fue sometido a la evaluación del comité de ética del Hospital General Dr. Gaudencio González Garza, Centro Médico Nacional La raza, el cual fue aprobado con el folio F-2018-3502-7.

Planteamiento del problema y método

Justificación

A pesar de que existen datos que orientan sobre los factores de riesgo en menores para sufrir lesiones por intoxicación (Betalli et al., 2009; Katrivanou et al., 2004; Okasha et al., 1976; Sibert & Newcombe, 1977; Wezorek et al., 1998), la evidencia sobre variables modificables y de interacción con los padres han sido poco explorados.

Además de que se han centrado en la evaluación psicopatológica en el niño o los padres, sin considerar de manera sistemática que existe sintomatología o conductas modificables como las prácticas de crianza empleadas en padres, así como la conducta disruptiva y desafiante de los niños, las cuales podrían interactuar entre las variables asociadas al riesgo de exposición a sustancias. Este abordaje desde la psicopatología limita las posibilidades de

identificar factores de riesgo a temprana evolución y desarrollar intervenciones preventivas de segundo nivel dirigidas a poblaciones en posible riesgo.

Es por ello que se requiere el desarrollo de estudios que permitan ampliar el conocimiento sobre las características sociodemográficas y posibles prácticas cotidianas que pudieran interferir en el riesgo o protección de intoxicación por corrosivos en menores y con ello ampliar la posibilidad de nuevos abordajes para este problema que genera gran malestar y disfuncionalidad, pero bien puede ser prevenible.

Preguntas de investigación

¿Cuáles son las características sociodemográficas de los padres de niños con intoxicación por corrosivos?

¿Cuáles son las prácticas de crianza que ejercen los padres de niños con intoxicación por corrosivos?

¿Cuál es el comportamiento general y en el hogar de los niños con intoxicación por corrosivos?

Objetivos

Objetivo general

Describir las características sociodemográficas, prácticas de crianza y conductas infantiles que presentan los padres de niños con intoxicación por corrosivos.

Objetivos específicos

Identificar las principales características sociodemográficas de los padres de niños con intoxicación por corrosivos.

Identificar las principales prácticas de crianza empleadas por los padres de niños con intoxicación por corrosivos.

Identificar la intensidad del comportamiento general hacia las figuras de autoridad de los niños que sufren intoxicación por corrosivos.

Identificar la intensidad del comportamiento en el hacia las figuras de autoridad de los niños con intoxicación por corrosivos.

Método

Estudio transversal, descriptivo, exploratorio en el que se analizaron las características sociodemográficas, el comportamiento infantil de los niños que sufrieron intoxicación por corrosivos y las prácticas de crianza empleadas por sus padres.

Muestra

Se utilizó una muestra no probabilística por disponibilidad conformada por los niños que acudieron por primera vez al Centro de Endoscopias Pediátricas del Hospital General “Gaudencio González” CMN La Raza, durante el periodo comprendido de enero a abril del 2018.

Criterios de inclusión:

Paciente pediátrico que acuda por una intoxicación por corrosivos por primera vez en el Centro de Endoscopias Pediátricas del Hospital General “Gaudencio González” CMN La Raza, en el periodo comprendido de enero a abril del 2018.

Que cuente con un padre o tutor responsable durante estancia hospitalaria.

Que el padre o tutor sepa leer o escribir.

Que acepten participar voluntariamente.

Criterios de Exclusión:

Menor con algún trastorno del desarrollo o neurológicos.

Que el padre o tutor tenga alteraciones visuales o auditivas que le impidan contestar.

Criterio de eliminación:

Deficiencias cognitivas en el padre o el menor, que impidan responder el instrumento.

Variables

Para fines de este estudio se evaluó las prácticas de crianza empleadas por los padres de niños con intoxicación por corrosivos, así como la conducta infantil, tal y como se muestra en la Tabla 2, resaltando que ambas variables son cuantitativas y además se describen la definición conceptual y operacional, a su vez la escala de medición de cada una. La selección de dichos instrumentos corresponde a las propiedades psicométricas, el Inventario de Prácticas de Crianza (IPC), fue validado con una muestra de 260 participantes y obtuvo un nivel de confiabilidad de .92 y una varianza explicada de 67% (C. F. López, 2012), mientras que el Inventario de Conducta Infantil (ICI), presenta una consistencia interna de 0.98, integrada por dos subescalas (Moral & Martínez, 2013).

Tabla 5

Descripción de variables, por definición conceptual, operacional, tipo de variable y escala de medición.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición
Prácticas de crianza	Habilidades que los padres tienen para guiar, interactuar y corregir la conducta de sus hijos (C. S. Morales, 2002).	Puntaje obtenido en el Inventario de Prácticas de Crianza en una escala de tipo Likert que van de Nunca (0) hasta siempre (6), que consta de cuarenta preguntas cerradas, el cual fue validado con una muestra de 260 participantes y obtuvo un nivel de confiabilidad de .92 y una varianza explicada de 67% (Morales, 2002).	Escala con opciones de respuesta ordinales, de tipo Likert que va de Nunca (0) hasta siempre (6), y del cual se obtiene un puntaje intercalar por cada una de las prácticas de crianza.
Conducta infantil	Referencia al comportamiento en general del niño y en la escuela, que señala el grado o intensidad con la que se presentan comportamientos infantiles (C. F. López, 2012).	El puntaje obtenido en el inventario de Conducta infantil se obtiene a partir de una escala Likert de cinco puntos que va de Nunca (0) a Siempre (4), donde se presentan 32 comportamientos infantiles en la primer parte, para la segunda consta de 36 reactivos donde el cuidador primero señala la intensidad de la presencia del comportamiento en una escala Likert de siete puntos que va Nunca (0) hasta siempre (6) y que adicionalmente contempla que el cuidador considere si estas conductas son problemáticas, la cual tiene una consistencia interna de las dos sub-escalas finales de .98% (Moral & Martínez, 2013)	Escala ordinal, tipo Likert de cinco puntos que va de Nunca (0) a Siempre (4), para la primera parte pues para la segunda parte se utiliza una escala de siete puntos, que va de Nunca (0) hasta Siempre (6), y además cuenta con una escala dicotómica. De la cual se obtiene un puntaje intercalar, por cada comportamiento infantil.

Procedimiento

Durante el desarrollo de este estudio todos los menores que fueron valorados por el Servicio de Endoscopias Pediátricas fueron identificados por el médico del servicio quien determinó si cumplían los criterios de inclusión y en aquellos que así fue se invitó a participar a los padres,

explicándoles los objetivos, riesgos y beneficios del proyecto. Toda invitación a participar y abordaje estuvo bajo la supervisión del Jefe del Departamento de Endoscopias.

Aquellos padres que aceptaron participar firmaron un consentimiento informado y contestaron los instrumentos que se describen en la tabla 4; la aplicación tuvo una duración de cuarenta minutos aproximadamente, y los materiales que se requirieron fueron lápiz, gomas, sacapuntas y los instrumentos. La evaluación se realizó en la sala de espera del servicio médico, cuando su paciente era atendido por el personal médico. Los datos fueron capturados en SPSS, donde se realizaron los análisis estadísticos.

Análisis estadísticos

De manera inicial se elaboró una base de datos en el programa estadístico SPSS V. 22 (Statistical Package for the Social Sciences).

Para el cumplimiento del objetivo uno se obtuvieron las medidas de tendencia central de acuerdo al nivel de medición de las variables; para variables nominales como género se obtuvo la frecuencia y porcentaje; para variables ordinales como nivel educativo de los padres se obtuvo la frecuencia y porcentaje de cada nivel de medición; para variables de medición intervalar o de razón como la edad del menor o del padre o tutor se obtuvo la media, rango y desviación estándar de cada nivel de medición.

En el cumplimiento del segundo objetivo, se obtuvieron las medidas de tendencia central de acuerdo al nivel de medición; el instrumento de Prácticas de Crianza en la subescala de castigo (reactivos 14 al 20 y 33 y 38) con un nivel de medición intervalar o de razón, se obtuvo el porcentaje y la media, para las ganancias materiales (reactivos 1, 7, 21, 26, 28 y 39), interacción social (reactivos 2 al 6 y 8 al 12), normas (reactivos 29 al 35), ganancias sociales (reactivo 22 al 25 y 27) y límites (reactivos 36, 37 y 40); en cada una de las subescalas con un nivel de medición intervalar, se obtuvo el porcentaje y la media.

Mientras que en el tercer objetivo, de igual manera se obtuvieron las medidas de tendencia central de acuerdo al nivel de medición; el instrumento de Conducta Infantil en el factor de comportamientos opositoristas desafiantes (reactivos 1 al 3 y 5 al 7) con un nivel de medición intervalar, se obtuvo el porcentaje y la media, para el factor de comportamiento agresivo (reactivos 4 y 8 al 12) con un nivel de medición intervalar, así como en el factor de inatención (reactivos 13, 15 al 24 y 27), de hiperactividad (reactivos 25, 26 y 28 al 32) en cada uno de los factores con un nivel de medición intervalar se obtuvo el porcentaje y la media.

Capítulo 4

Resultados

Participaron en el estudio 12 niños que sufrieron intoxicación por corrosivos y sus padres; cuyos datos se muestran de manera independiente (grupo de menores y grupo de padres).

Las características sociodemográficas de los menores, se muestran en la tabla 5; en relación a la constitución familiar, se identificó que 7(58.33%) participantes eran hijos únicos, 3(25%) tenían un hermano, 1(8.3%) tenía dos hermanos y 1(8.33%) tenía tres hermanos. Del total de sujetos que tenían hermanos, la posición del paciente en relación a estos era que 1(20%) era el primogénito, 3(60%) ocupaban el segundo lugar y 1(20%) ocupa el tercer lugar de nacimiento.

En relación con los antecedentes médicos de los menores, se sabe que dos de ellos habían sufrido previamente algún accidente. El sujeto 4 sufrió una caída peligrosa que no requirió hospitalización a los 18 meses; mientras que el sujeto 8 sufrió una fractura que requirió hospitalización, pero se desconoce a qué edad fue esto. En ninguno de los dos casos, les generó secuelas permanentes.

Tabla 5

Características sociodemográficas de pacientes con intoxicación por corrosivos.

	f	%		f	%
N	12	100		12	100
Edad			Nivel educativo		
Media	2.25		No aplica	8	66.67
Desviación estándar	1.21		Kínder	4	44.44
Rango	1-4				
Sexo			Escuela		
Femenino	6	50	Pública	3	25
Masculino	6	50	Privada	1	8.33
			No aplica	8	66.67
Sustancia ingerida					
Destapa-caños	1	8.33			
Cloro	3	25			
Desengrasante	6	50			
Desconocido	2	16.67			

Por otro lado, dos de los hermanos de los menores habían sufrido algún accidente previamente; el hermano del sujeto 2 tuvo un traumatismo craneoencefálico al año de vida y el hermano del sujeto 10 sufrió una fractura a los dos años de edad; adicionalmente, el hermano del sujeto 5 padeció enuresis a los nueve años. Nuevamente, de acuerdo con la información de los padres, ninguno de los hermanos tiene secuelas a largo plazo.

En particular de los 12 sujetos que conforman la muestra, cuatro de estos presentan antecedentes de accidentes, ya sea el hermano o el propio sujeto.

Con relación al contacto que tienen los menores con dispositivos tecnológicos, los padres describieron que el 50% tenían acceso a un celular, el 41.66% tenían un reproductor de DVD, el 25% utilizaba una tablet y el 8.33% tenía una computadora; en ningún caso reportaron que el menor tenía acceso a videojuegos con violencia. Mientras que, en cuanto al

uso de actividades recreativas no tecnológicas, el 33.33% reportaron hacer uso de juegos de mesa por lo menos una vez por semana y el 50% comentó llevar a cabo juegos de destreza mental.

Finalmente, en menores que acudían a la escuela, se evaluó si participaban en actividades extraescolares; con lo que se pudo evaluar que de los cuatro menores que acudían a la escuela, 1(25%) tomaba clase de música, 1(25%) acudía a lecciones de arte y 1(25%) practicaba un deporte.

De manera complementaria; se identificó que en la mayoría de los casos (83.33%) los menores fueron llevados al Hospital por la madre. Los datos sociodemográficos de los padres que se presentaron a la consulta con el menor se describen en la tabla 6.

Tabla 6

Características sociodemográficas de los padres de pacientes con intoxicación por corrosivos.

	f	%		F	%
N	12	100		12	100
Edad			Nivel educativo		
Media	25.90		Primaria	3	25.0
Desviación estándar	5.30		Secundaria	3	25.0
Rango	16-33		Medio superior	4	33.3
			Licenciatura	2	16.7
Sexo			Ocupación		
Femenino	10	83.3	Ama de casa	6	50.0
Masculino	2	16.7	Empleado	5	41.7
			Autoempleo-comerciantes	1	8.3
Estado civil			Ingresos económicos de la familia		
Soltero	1	8.3	0- 4000	3	25.0
Casado	9	75.0	4001- 8000	5	41.7
Separado	1	8.3	8001- 12000	2	16.7
Unión libre	1	8.3	Desconocido	2	16.7
Tipo de casa			Vivienda		
Casa independiente	8	66.7	Propia	8	66.7
Departamento	3	25.0	Rentada	2	16.7
Vecindad	1	8.3	Prestada	2	16.7

También se indaga sobre los antecedentes médicos y psicológicos de los padres de niños con intoxicación; sólo en el sujeto 1 se identificó que la madre había sido diagnosticada con episodio depresivo que no requirió tratamiento farmacológico. Sin embargo, se ubicó que gran parte de los padres tienen consumo de sustancias en diversos grados, los cuales se describen en la tabla 7.

Tabla 7

Presencia y patrones de consumo en padres de niños con intoxicación por corrosivos.

	f	%		f	%
N	12	100		12	100
Consumo de alcohol en el padre			Consumo de tabaco en el padre		
Sí	7	58.8	Sí	4	33.3
No	5	41.7	No	8	66.7
Frecuencia de consumo			Frecuencia de consumo		
Diario	1	8.3	Diario	2	16.7
2 a 3 veces por semana	2	16.7	2 a 3 veces por semana	2	16.7
1 vez a la semana	1	8.3	1 vez a la semana	1	8.3
2 a 3 veces al mes	1	8.3	Consumo negado	7	58.3
Al menos una vez al mes	2	16.7			
Consumo negado	5	41.7			
Consumo de alcohol en la madre			Consumo de tabaco en la madre		
Sí	1	8.3	Sí	2	16.7
No	11	91.7	No	10	83.3
Frecuencia de consumo			Frecuencia de consumo		
2 a 3 veces por semana	1	8.3	2 a 3 veces por semana	2	16.7
Consumo negado	11	91.7	Consumo negado	10	83.3
Consumo de alcohol en familiares que viven con el menor			Consumo de tabaco en familiares que viven con el menor		
Sí	2	16.7	Sí	1	8.3
No	10	83.3	No	11	91.7
Frecuencia de consumo			Frecuencia de consumo		
1 vez a la semana	1	8.3	Diario	1	8.3
Al menos una vez al mes	1	8.3	Consumo negado	11	91.7
Consumo negado	10	83.3			

En cuanto al consumo de alcohol por otros miembros de la familia; los padres del sujeto 3 reportaron consumo por parte de un tío materno del menor y los padres del sujeto 5 refirieron consumo por parte de alguno de los abuelos. En cuanto al consumo de tabaco por otros

miembros de la familia, los padres del sujeto 3, reportaron consumo por parte de un tío materno del menor.

Además, en las tablas 8 y 9, se pueden identificar cada factor de riesgo que presentan los sujetos y padres de niños con intoxicación por corrosivos, pero en particular se debe considerar que el 66.7% cumple con algún factor de riesgo como antecedente previo de accidente o psiquiátrico.

Tabla 8
Factores de riesgo por cada sujeto con intoxicación por corrosivos.

Sujeto	Edad	Género	Antecedentes	Total de factores de riesgo por sujeto
1	2	Femenino	Negado	1/3
2	1	Masculino	TCE (Hernano)	3/3
3	4	Masculino	Negado	2/3
4	2	Masculino	Caída peligrosa (sujeto)	3/3
5	1	Femenino	Enuresis (hermano)	2/3
6	1	Femenino	Negado	1/3
7	3	Masculino	Negado	2/3
8	4	Femenino	Fractura (Sujeto)	2/3
9	1	Masculino	Negado	2/3
10	4	Femenino	Fractura (Hermano)	2/3
11	2	Masculino	Negado	2/3
12	2	Femenino	Negado	1/3

Tabla 9

Factores de riesgo por cada padre con niños por intoxicación por corrosivos.

Sujeto	Edad	Nivel educativo	Familias con integrantes de 3 a 4	Ingreso económico	Antecedentes	Total de factores por sujeto
1	17	Secundaria	0		Depresión	4/5
2	24	Primaria	1	4001- 8000	Consumo de alcohol (2 a 3 veces por semana) y tabaco en padre (1 vez a la semana)	4/5
3	29	Primaria	0	8001- 12000	Consumo de alcohol otros familiares (diario)	3/5
4	20	Medio superior	0	4001- 8000	Consumo de tabaco en padre y madre (2 a 3 veces a la semana)	3/5
5	28	Medio superior	2	4001- 800	Consumo de alcohol otros familiares (una vez al mes)	2/5
6	32	Medio superior	1	4000	Consumo de tabaco en madre (2 a 3 veces por semana)	3/5
7	33	Licenciatura	0	4001- 8000	Consumo de alcohol en padre (una vez al mes)	1/5
8	23	Secundaria	1	8001- 12000	Consumo de alcohol en padre (una vez a la semana)	2/5
9	-	Primaria	0	Desconocido	Negado	1/5
10	32	Medio superior	3	Desconocido	Consumo de alcohol y tabaco en padre (diario)	1/5
11	22	Licenciatura	0	4000	Negado	2/5
12	25	Secundaria	0	4001- 8000	Negado	3/5

Las variables de prácticas de crianza y conducta infantil se reportan de manera individual en las tablas 9 y 10; en la primera de ellas, se muestran las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Prácticas de Crianza en cada una de las subpruebas y al final se especifica el promedio de las puntuaciones de cada subescala; resaltando que los padres reportan que la práctica más empleada es ganancias sociales; mientras que el castigo es la práctica menos empleada.

Tabla 10

Puntuaciones totales por factor del Inventario de Prácticas de Crianza.

Sujeto	Castigo (1-100)	Ganancias materiales (1-100)	Interacción social (1-100)	Normas (1- 100)	Ganancias sociales (1-100)	Limites (1-100)
1	44.44	77.78	96.97	88.89	100	61.11
2	44.44	47.22	74.24	58.33	80.00	66.67
3	87.04	94.44	100	100	100	100
4	81.48	75.00	90.91	93.33	93.33	94.44
5	51.85	38.89	92.42	83.33	83.33	61.11
6	83.33	94.44	100	100	100	100
7	81.41	80.55	74.24	96.66	96.66	88.80
8	53.70	72.22	98.28	100	100	50.00
9	24.07	41.66	69.99	93.33	93.33	50.00
10	62.96	91.66	87.87	96.66	96.66	61.22
11	61.11	77.77	100	100	100	100
12	66.60	66.60	83.33	83.33	83.33	77
Media	61.87	71.51	89.02	87.26	93.88	75.92

En la tabla 10 se muestran las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Conducta Infantil en cada una de las subpruebas por sujeto y de igual manera se reporta el promedio de las puntuaciones de cada subescala.

Tabla 11

Puntuaciones totales por factor del Inventario de Conducta Infantil.

Sujeto	Conducta Oposicionista Desafiante (0- 24)	Comportamiento agresivo (0- 24)	Inatención (0- 28)	Hiperactividad (0- 28)
1	14	2	8	12
2	15	4	13	13
3	5	3	5	8
4	4	2	5	8
5	11	2	6	6
6	6	4	8	10
7	7	6	9	10
8	8	3	5	7
9	8	5	4	6
10	9	8	10	9
11	5	1	3	1
12	13	3	16	12
Media	8.75	3.58	7.66	8.50

Mientras que en la tabla 12, se integran los factores de riesgo distales y en los factores proximales se reporta puntuaciones mayores al 50% pues se considerarán conductas de riesgo en las prácticas de crianza y conducta infantil, por cada sujeto y padre.

Tabla 12
Factores de riesgos distales y proximales por cada sujeto y padres.

Sujeto	Distales		Conducta infantil ^c	Práctica de crianza ^d
	Sujeto ^a (1-3)	Padres ^b (1-5)	(1-3)	(1-3)
1	1/3	4/5	1/3	2/3
2	3/3	4/5	1/3	2/3
3	2/3	3/5	0/3	3/3
4	3/3	3/5	0/3	3/3
5	2/3	3/5	0/3	3/3
6	1/3	3/5	0/3	3/3
7	2/3	2/5	0/3	3/3
8	2/3	3/5	0/3	3/3
9	2/3	1/5	0/3	2/3
10	2/3	1/5	0/3	3/3
11	2/3	2/5	0/3	3/3
12	1/3	3/5	1/3	3/3

^aEdad, género y antecedentes. ^bEdad, género, escolaridad, familias con 3 a 4 integrantes, ingresos económicos y antecedentes. ^cPuntaje superior a 50% en la conducta negativista desafiante, inatención e hiperactividad. ^dpuntaje superior al 50% en ganancias sociales, interacción social y castigos.

Capítulo 5

Discusión y conclusiones

Los objetivos de este trabajo fueron describir las características sociodemográficas, las prácticas de crianza y la conducta infantil que ejercen los padres de niños con intoxicación por corrosivos mediante la aplicación de instrumentos, por medio de un estudio descriptivo, exploratorio.

Los resultados del presente estudio indican que todos los menores que sufrieron intoxicación y acudieron al Centro de Endoscopias Pediátricas del Hospital General “Gaudencio González” CMN La Raza fueron menores de cuatro años; lo que es consistente con lo que sostiene la OMS (2004) al decir que a menor edad existe un riesgo mayor de sufrir una lesión de esta índole; ya que del total de la muestra se presentó el 33.3% con una edad de 1 año, seguido por un 33.3% con una edad de 2 años, mientras que el 25% presentó una edad de 4 años y finalmente un 8.3% presento una edad de 3 años; se menciona que el desarrollo del menor y su comportamiento está relacionado con determinadas lesiones, es decir, las intoxicaciones se han asociado a la capacidad de tomar objetos y de beber de los menores de 1 a 3 años, además Schwebel (2004) considera que cuando los menores adquieren la marcha, son susceptibles al riesgo de presentar una lesión; ya que no realizan una valoración adecuada del riesgo en situaciones peligrosas y suelen sobreestimar sus propias habilidades físicas en las actividades y tareas que realizan.

Por otro lado, la OMS (2004) resalta como factor de riesgo el que los menores hubieran presentado lesiones previas al evento, factor presente el 33.3% de los menores incluidos en el estudio (Caeiro et al., 2013; Katrivanou et al., 2004), o en aquellos cuyos hermanos presentaron con anterioridad una lesión o accidente (33.3%)..

Se debe agregar que esta investigación halló que el 50% de los menores ingirieron desengrasante, dato que concuerda con lo referido en la literatura, ya que forma parte de las sustancias limpiadoras del hogar ingeridas con mayor frecuencia (Gummin et al., 2017) ; por lo que se refiere al acceso a la sustancia como un factor de riesgo, se ha descrito la libre entrada a la cocina y que los menores fácilmente pueden tomar objetos pequeños (Gorrita et al., 2016), además se mencionan medidas de almacenamiento incorrectas debido al descuido, por la acumulación y la falta de espacio (Ellis, Krug, Robertson, Hay, & Macintyre, 1984; Nhachi & Kasilo, 1992); lo cual no es confirmado o descartado en el estudio, pero al tener menores con adquisición de marcha pudiera presentar un factor de riesgo para la ingesta.

A su vez la literatura ha indicado que entre los factores de riesgo de los padres se encuentra el tener un bajo nivel educativo, en el presente estudio el 33.3% de los padres cuenta con un nivel educativo medio superior, seguido por secundaria 25% y primaria 25%, que de acuerdo al promedio de años de escolaridad en la población es de 9.2 años (INEGI, 2015); así como el bajo nivel económico y que los menores provengan de familias con integrantes de tres a cuatro hijos (Sarioglu-Buke et al., 2006; Sevilla-Godínez et al., 2011); así como el tener un padre con antecedentes de trastorno de ansiedad y/o personalidad (Katrivanou et al., 2004).

Del total de la muestra solo el 50% cuenta con un bajo nivel educativo, mientras que el 66.7% presenta un nivel económico bajo y solo el 8.3% provenían de una familia con integrantes de tres a cuatro hijos.

Se considera que las madres de niños con intoxicación por corrosivos, corresponden al grupo de madres jóvenes de 20 a 29 años (INEGI, 2017), ya que presentan una media de edad de 25.9, a su vez se ha referido que hijos de madres adolescentes incrementan la probabilidad de presentar una lesión en comparación con madres adultas (Bennett & Gilliland, 2001), y como se describe anteriormente se reporta que madres adolescentes están más interesadas por concluir el cuidado básico, que incluye actividades como medidas de higiene, alimentación y contestar a la inadecuada conducta del menor y, pueden descuidar otras actividades como la prevención de lesiones (Bennett, 2001), también se consideran la falta de conocimientos sobre el desarrollo del menor, no tener una expectativa realista, no anticipar el riesgo y aceptar la lesión como una pauta, durante el periodo de 0 a 4 años (Simpson, Turnbull, Ardagh, & Richardson, 2009).

Estudios previos han señalado que el consumo de alcohol y tabaco en los padres, puede aumentar la probabilidad de una lesión y con una gravedad mayor (Damashey, Williams, Sher, & Peterson, 2009; Katrivanou et al., 2004; Petridou et al., 1996) lo cual coincide con los resultados obtenidos, ya que el 58.8% de los padres y 8.3% de las madres consumía alcohol, mientras que el 33.3% de los padres y 16.7% de las madres consumía tabaco, también se refiere que consumo de alcohol del 16.7% en otros miembros de la familia y el 8.3% en el consumo del tabaco.

Los padres de los menores involucrados en el estudio reportaron emplear frecuentemente las ganancias sociales, seguidas por la interacción social; estas prácticas de crianza se han asociado a la disminución del comportamiento negativista desafiante, la agresión, la inatención y la hiperactividad en los menores de edad, además de se considera que la reducción en el uso del castigo, son componentes descritos como prácticas de crianza positiva, esto coincide con los resultados obtenidos, ya que el castigo es la práctica menos utilizada (Morales, Félix, Rosas, López, & Nieto, 2015; Morales & Vázquez, 2014), que de acuerdo a lo descrito en la literatura la facilidad en el manejo conductual del menor evita la presencia de lesiones, por lo contrario a mayores dificultades en el manejo del menor pueden presentar mayores lesiones (B. Morrongiello, Ondejiko, & Littlejohn, 2004).

Sin embargo, deseo subrayar que del total de la muestra el 44.4% presento un antecedente de accidente, ya se el hermano o el propio sujeto, por lo cual se debe considerar el propio sesgo en la respuesta por deseabilidad social o sentirse culpable al momento de la evaluación en los instrumentos de prácticas de crianza y conducta infantil.

Todas estas observaciones se relacionan también con los resultados obtenidos en el Instrumento de Conducta Infantil, contrariamente a lo esperado muestran puntuaciones altas en el comportamiento negativista desafiante, hiperactividad e inatención, que de acuerdo con la literatura este comportamiento debería presentar una disminución por el empleo de prácticas de crianza positiva (Morales, et al, 2015; Morales, 2014).

Es necesario considerar una serie de limitaciones importantes de este estudio, como el tamaño de la muestra, la indagación de factores de riesgo ambientales como lugar ocurrencia, características el producto, si se empleaba el uso de cierres de seguridad, la operacionalización de la conducta de ingesta; además de la indagación del rol familiar, evaluación de la supervisión parental, conocimientos sobre el desarrollo del menor, ya que se ha identificado como otro factor de riesgo en los padres una supervisión deficiente (B. A. Morrongiello, Corbett, & Brison, 2009). A su vez la pérdida de datos que proporcionaban la intensidad en la conducta infantil, debido a que los ítems no eran respondidos y considerar el propio sesgo en la respuesta por deseabilidad social al momento de la evaluación, como se menciona anteriormente.

El presente estudio proporciona evidencia consistente en gran medida con lo reportado en la literatura, que nos permite tener una aproximación para la identificación de factores de riesgo distales y proximales específicos de esta muestra y que facilitará la elaboración de propuestas de prevención oportunas en poblaciones de riesgo.

Referencias

- Aguilar, C., & Martínez, C. (2017). La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. *Medigraphic*, 31(3), 171–173.
- Alonso, J., & Román, J. (2005). Prácticas educativas familiares y autoestima, 17.
- Alvarado, F., Ormeño, L. P., Martínez, L., Martínez, L., Dueñas, H., & Morales, I. (2003). Medición del nivel de detección de trastornos afectivos como ansiedad, depresión y delirium en las unidades de terapia intensiva y cuidados intensivos. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 1(2), 1–5.
- American Society for Gastrointestinal Endoscopy. (2002). *Complications of upper GI endoscopy* (Vol. 7). Gastrointestinal Endoscopy.
- Argüelles, F., & Bautista, A. (2010). *Protocolos Diagnósticos- Terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNPAEP*. Madrid.
- Ayllón, N., Álvarez, M., & González, M. (2007). Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*, 18, 159–167. [https://doi.org/10.1016/S1130-2399\(07\)74399-7](https://doi.org/10.1016/S1130-2399(07)74399-7)
- Baker, S., O'Neill, B., Ginsburg, M., & Li, G. (1992). *The Injury Fact Book* (2a ed.). New York: Lexington Books.
- Barg, F., Pasacrete, J., Nuamah, I., Robinson, K., Angeletti, K., Yasko, J., & McCorkle, R. (1998). A description of a psychoeducational intervention for family caregivers of cancer patients. *Journal of Family Nursing*, 44, 394–413. <https://doi.org/10.1177/107484079800400406>
- Bennett, L. (2001). Adolescent mothers beliefs about parenting and injury prevention: results of focus group. *Journal of Pediatric Health Care*, 15(4), 194–199. <https://doi.org/10.1067/mph.2001.112516>

- Bennett, L., & Gilliland, K. (2001). Unintentional Injury Among Very Young Children: Differential Risk for Children of Adolescent Mothers? *Children's Health Care*, 30(4), 293–308.
- Betalli, P., Rossi, A., Bini, M., Bacis, G., Borrelli, O., Cutrone, C., ... Angelis, P. (2009). Update on Management of Caustic and Foreign Body Ingestion in Children. *Hindawi*, 2009, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2009/969868>
- Botero, P., Salazar, M., & Torres, M. (2009). Prácticas discursivas institucionales y familiares sobre crianza en ocho OIF de Caldas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, niñez y juventud*, 7(2), 803–835.
- Byung, J. (2005). Ballon dilatation for corrosive esophageal strictures in children: radiologic and clinical outcomes. *Gastroenterología Latinoamericana*, 18(3), 144–148.
- Caeiro, A., Mateus, L., & Nogueira, P. (2013, junio 4). Factores de risco de lesões não intencionais em ambiente doméstico/familiar em crianças. *Revista de Enfermagem Referencia*, 3(11), 113–123.
- Calvate, R., García, M., Uriel, P., Fernández, V., & Medín, B. (2000). Patients sleep in intensive care units and sleep-modifying factors. *Enfermería Intensiva*, 11(1), 10–16.
- Carmen, H. (2014). *Factores asociados a las lesiones en niños y adolescentes con Trastorno por Deficit de Atención en un Hospital Psiquiátrico Infantil en el Distrito Federal, 2012*. Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- Caumo, W., Schmidt, A., Schneider, C., Bergann, J., Iwamoto, C., & Adamatti, L. (2001). Risk factors for postoperative anxiety in adults, 56, 720–728.
- Córdova, J., & Torre, A. (2009). *Procedimientos endoscopicos en gastroenterología*. México: Médica Panamericana.
- Cruz, A. (2009). *Costo del tratamiento por ingesta accidental de cáusticos en el paciente pediátrico*. Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.

- Damashey, A., Williams, N., Sher, K., & Peterson, L. (2009). Relation of Caregiver Alcohol Use to Unintentional Childhood Injury. *Journal of Pediatric Psychology, 34*(4), 344–353. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsn097>
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting Style as Context: An Integrative Model, *113*(3), 487–496.
- Delgado, L., Acosta, A., Iglesias, C., Tanzi, M. N., Sereno, V., Armas, D., ... Montano, A. (2006). Esofagitis cáustica. Estenosis esofágica y su tratamiento con dilataciones. *Revista Médica de Uruguay, 22*, 46–51.
- Donatone, J. (2009). Urgencias enoscópicas digestivas en pediatría. *Revista Médica Clínica Las Condes, 20*(6), 872.
- Ellis, J., Krug, A., Robertson, J., Hay, I., & Macintyre, U. (1984). Paraffin ingestion: the problem. *South African Medical Journal, 84*(11), 727–730.
- Erickson, T., Thompson, T., & Lu, J. (2007). The Approach to the Patient with an Unknown Overdose. *Emergency Medicine Clinics of North America, 25*, 249–285.
- Farran, T. (2008). Reconstrucción esofagica en un segundo tiempo: coloplastia y gastroplas. *Cirugía Española, 83*(5), 242–246.
- Farran, T. (2011). Ileocoloplastia supercharged: una opción para reconstrucciones esofágicas complejas. *Cirugía Española, 89*(2), 87–93.
- Fernandez-Barrocio, F., & Sánchez-Villegas, M. del C. (2013). Epidemiología de las intoxicaciones en el Servicio de Urgencias Pediátricas de un Hospital de Tercer Nivel. Reporte de cinco años. *Medigraphic, 5*, 18–24.
- Furnham, A., & Cheng, H. (2004). Perceived parental behaviour and happiness., *35*, 463–470.
- García, A. (2007). Estenosis esofágica por ingestión de sustancias cáusticas. *Revista Cubana de Cirugía, 46*(1).

- Garzon, D., Huang, H., & Tood, R. (2008). Do Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder Influence Preschool Unintentional Injury Risk? *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(5), 288–296.
- Gorrita, R., Barrientos, G., & Gorrita, Y. (2016). Factores de riesgo, funcionamiento familiar y lesiones no intencionales en menores de cinco años. *Revista de Ciencias Médicas*, 22(1).
- Gummin, D., Mowry, J., Spyker, D., Brooks, D., Fraser, M., & Banner, W. (2017). 2016 Annual Report of the American Association of Poison Control Centers' National Poison Data System (NPDS): 34th Annual Report. *Journal of Clinical Toxicology*, 55(10), 1017–1254. <https://doi.org/10.1080/15563650.2017.1388087>
- Hoffman, M. (1976). Parental discipline and moral internalization. *Development Report*.
- Hoving, D., Veale, D. J., & Müller, G. (2011). Clinical Review: Emergency management of acute poisoning Gestion des urgences de l'intoxication aigue. *African Journal of Emergency Medicine*, 1, 69–78.
- Janssen, S. (2002). Negative affect and sensitization to pain. *Scandinavian Journal Psychology*, 43(2), 131–137.
- Jiménez, M. (2000). *Estilos de crianza materno informado por madres e hijos y su relación con el estatus sociocognitivo del niño preescolar* (Tesis de Maestría en Psicología Social). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, UNAM.
- Joyce, D., & Gryboski, M. (1996). *Gastrointestinal Disease: pathophysiology, diagnosis management. Traumatic Injury of the Esophagus* (Vol. 1). Londres: Elsevier.
- Katrivanou, A., Lekka, N., & Beratis, S. (2004). Psychopathology and behavioural trends of children with accidental poisoning. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 95–100.
- López, C. (2012). *Inventario de Prácticas de Crianza*.
- López, R. (2000). *Medición de la percepción en los estilos de crianza madre-hijo*. (Tesis de Maestría en Psicología). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, UNAM.

- López-Soler, C., Puerto, J., López-Pina, J., & Prieto, M. (2009). Percepción de los estilos educativos parentales e adaptación en menores pediátricos, *25*(1), 70–77.
- Loreto, B. (1986). *Desarrollo y prueba de un instrumento de medición de hábitos de crianza y actitudes maternas hacia la educación del infante*. (Tesis de Maestría en Psicología). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, UNAM.
- Lupa, M., Magne, J., Guarisco, J., & Amedee, R. (2009). Update on the Diagnosis and Treatment of Caustic Ingestion. *The Ochsner Journal*, 54–59.
- Lutgendorf, S., & Laudenslager, M. (2009). Care of the Caregiver: Stress and Dysregulation of Inflammatory Control in Cancer Caregivers. *Journal of Clinical Oncology*, 27(18).
- Martínez, L., Robles, M., Ramos, B., Santiesteban, F., García, M., Morales, M., & García, L. (2008). Carga percibida del cuidador primario del paciente con parálisis cerebral infantil severa del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón. *Revista Mexicana de Medicina Física Y Rehabilitación*, 20(1), 23–29.
- Mashreky, S., Rahman, A., Chowdhury, S., Svanström, L., Linnan, M., Shafinaz, S., ... Rahman, F. (2009). Perceptions of rural people about childhood burns and their prevention: A basis for developing a childhood burn prevention programme in Bangladesh. *Journal of Public Health*, 123(8), 568–572.
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2009.06.014>
- Matarazzo, J., Weiss, S., Herd, J., Miller, N., & Weiss, S. (1984). *Behavioural health: A handbook of health enhancement and disease prevention*. New York.
- Matteucci, M. (2007). Pediatric sex group differences in location of snakebite injuries requiring antivenom therapy. *Journal of Medical Toxicology*, 3, 103–106.
- Mencías, E. (2003). Intoxicación por cáusticos. *ANALES*, 26(1), 191–207.
- Merino, S. (2004). Calidad de vida de los cuidadores familiares que cuidan niños en situaciones de enfermedad crónica. *Avances en enfermería*, 12(1), 39–46.

- Moral, S., & Martínez, M. (2013). *Selección de Evaluación Escrita Grupal. Prevención de las Conducas Adictivas a través de la Atención del Comportamiento Infantil para la Crianza Positiva*. México.
- Morales, C. (2002). *Reporte de experiencia profesional*. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Morales, C., Félix, V., Rosas, M., López, F., & Nieto, J. (2015). Prácticas de crianza asociadas al comportamiento negativista desafiante y de agresión infantil. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30(1), 57–76.
<https://doi.org/doi.org/10.12804/apl33.01.2015.05>
- Morales, C., & Vázquez, P. (2011). Evaluación de conocimientos sobre habilidades de manejo conductual infantil en profesionales de la salud. *Acta de Investigación Psicológica*, 1(4), 428–440.
- Morales, S., & Vázquez, F. (2014). Prácticas de Crianza asociadas a la reducción de los problemas de Conducta Infantil: Una aportación a la Salud Pública, 4(3), 1700–1715.
- Morrongiello, B., Corbett, M., & Brison, R. (2009). Identifying predictors of medically-attended injuries to young children: do child or parent behavioural attributes matter? *Injury Prevention*, 15, 220–225. <https://doi.org/10.1136/ip.2008.019976>
- Morrongiello, B., Corbett, M., Lasenby, J., Johnston, N., & McCourt, M. (2006). Factors influencing young children's risk of unintentional injury: Parenting style and strategies for teaching about home safety. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 27, 560–570. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2006.08.004>
- Morrongiello, B., Ondejiko, L., & Littlejohn, A. (2004). Understanding Toddlers' In-Home Injuries: I. Context, Correlates, and Determinants. *Journal of Peadiatric Psychology*, 29(6), 415–431.
- Mowry, J., Spyker, D., Brooks, D., McMillan, N., & Schauben, J. (2015). 2014 Annual Report of the American Association of Poison Control Centers National Posion Data System (NPDS): 31 st. Annual Report. *Journal of Toxicology*, 53(10), 962–1147.
<https://doi.org/10.3109/15563650.2015.1102927>

- Muñoz, A. (2005). La familia como contexto de desarrollo infantil. Dimensiones de análisis relevantes para la intervención educativa y social, *5*(2), 147–163.
- Nhachi, C., & Kasilo, O. (1992). The pattern of poisoning in urban Zimbabwe. *Journal of Applied Toxicology*, *12*, 435–438.
- O'Brien, M. (1996). Child-Rearing Difficulties Reported by Parents of Infants and Toddlers, *21*(3), 433–446.
- Okasha, A., Bishry, Z., Osman, N., & Kamel, M. (1976). A Psychosocial Study of Accidental Poisoning in Egyptian Children. *The British Journal of Psychiatry*, *129*, 539–543.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Informe mundial sobre prevención de las lesiones en los niños*.
- Palacios, J., & Hidalgo, M. (1993). Parents' ideas and contextual factors in the transition to parenthood.
- Palencia-Herrejón, E., Romera, M., & Silva, J. (2008). Delirio en el paciente crítico. *Medicina Intensiva*, *38*(1), 77–91.
- Parthasarathy, S., & Tobin, M. (2004). Sleep in the intensive care unit. *Intensive Care Medicine*, *30*(2), 197–206.
- Petridou, E., Kouri, N., Polychronopoulou, A., Sifas, K., Stoikidou, M., & Trichopoulos, D. (1996). Risk factors for childhood poisoning: a case-control study in Greece. *Journal of Injury Prevention*, *2*(3), 208–211.
- Ramasamy, K., Vivek, V., & Gumaste. (2003). Corrosive Ingestion in Adults. *Journal of Clinical Gastroenterology*, *37*(2), 119–124.
- Ramírez, M. (2005). Padres y desarrollo de los hijos: Prácticas de crianza. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, *31*(2), 167–177. <https://doi.org/10.4067/S0718-07052005000200011>
- Rhee, Y., Yun, Y., Park, S., Shin, D., Lee, K., Yoo, H., Kim, N. (2008). Depression in family caregivers of cancer patients: the feeling of burden as a predictor of depression.

Journal of Clinical Oncology, 26(36), 5890–5895.
<https://doi.org/10.1200/JCO.2007.15.3957>.

Ricardo, J. (2010). Control y tratamiento médico por ingestión de sustancias cáusticas. *The Journal MEDISAN*, 14(3).

Robinson, K., Gerhardt, C., Vannatta, K., & Noll, R. (2006). Parent and family factors associated with child adjustment to pediatric cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(2), 400–410. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsl038>

Rodríguez, A. (2007). Principales modelos de socialización familiar, 91–97.

Saracco, S. (s/f). recomendaciones para la atención de las intoxicaciones por cáusticos. En *Intoxicación por cáusticos*.

Sarioglu-Buke, A., Corduck, N., Atesci, F., Karabul, M., & Koltuksuz, U. (2006). A different aspect of corrosive ingestion in children: Socio-demographic characteristics and effect of family functioning. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 70, 1791–1798.

Schwebel, D., Brezausk, C., Ramey, S., & Ramey, C. (2004). Interactions Between Child Behavior Patterns and Parenting: Implications for Children's Unintentional Injury Risk. *Journal of Pediatric Psychology*, 29(2), 93–104. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsh013>

Secretaria de Salud. (2013). Diagnostico, Manejo Inicial y Criterios Quirurgicos en Quemadura de Esófago por Cáusticos.

Secretaria de Salud, & STCONAPRA. (2016). *Modelo para la prevención de envenenamientos e intoxicaciones en grupo vulnerables en México* (pp. 1–88). México, D.F.: Secretaria de Salud/STCONAPRA.

Serbin, L., Peters, P., & Schwartzman, A. (1996). Longitudinal Study of Early Childhood Injuries and Acute Illnesses in the Offspring of Adolescent Mothers Who Were Aggressive, Withdrawn, or Aggressive-Withdrawn in Childhood. *American psychological Association*, 105(4), 500–507.

- Sevilla-Godínez, R., Gómez-Lomelí, Z., Chávez-Ponce, B., Orozco-Valerio, M., & Celis-de la Rosa, A. (2011). Nivel socioeconómico y factores de riesgo en niños para envenamamiento e intoxicación en el hogar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 49(1), 17–22.
- Showkat, A., Rakesh, K., Saroj, M., & Satish, K. M. (1991). The role of fiberoptic endoscopy in the management of corrosive ingestion and modified endoscopic classification of burns. *Gastrointestinal Endoscopy*, 37(2). [https://doi.org/10.1016/S0016-5107\(91\)70678-0](https://doi.org/10.1016/S0016-5107(91)70678-0)
- Sibert, J., & Newcombe, R. (1977). Accidental ingestion of poisons and child personality. *Postgraduate Medical Journal*, 53, 254–256.
- Siffleet, J., Young, J., Nikiletti, S., & Shaw, T. (2007). Patients' self-report of procedural pain in the intensive care unit. *Journal of Clinic Nursing*, 16(11), 2142–2148.
- Simpson, J., Turnbull, B., Ardagh, M., & Richardson, S. (2009). Child home injury prevention: understanding the context of unintentional injuries to preschool children. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 16(3), 153–167. <https://doi.org/10.1080/17457300903135636>
- Solís, P., & Díaz, M. (2007). Relaciones entre creencias y prácticas de crianza de padres con niños pequeños., 23(2), 177–184.
- Sombert, A., Herrera, G., Núñez, A., Fonts, L., & Vázquez, D. D. (2005). Ingestión de cáusticos en el niño. Caustic ingestion by children. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*, 3(5).
- Sukantarat, K., Williamson, R., & Brett, S. (2007). Psychological assessment of ICU survivors: a comparison between the Hospital Anxiety and Depression scale and the Depression, Anxiety and Stress scale, 62, 239–243.
- Valdez, V. (2013). *Epidemiología y comportamiento clínico del paciente pediátrico con exposición a sustancias corrosivas en el centro de información y atención toxicológica del Hospital general "Dr. Gaudencio González Garza" CMN La Raza*. Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.

- Valero, A. (2015). *Predisposición a sufrir lesiones no intencionadas en la infancia. El papel del temperamento infantil y el estilo educativo paterno*. Universidad de Murcia, Murcia.
- Vallejo, A. (2002). *Estilos de paternidad y conflictos de autoridad entre padres y adolescentes totonacas en el medio rural* (Tesis de doctorado en psicología). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de PSicología.
- Villalobos, J., Valdovios, M., & Olvera, M. (2003). *Principios de gastroenterología*. (Méndez Editores). México.
- Wezorek, C., Dean, B., & Krenzelok, E. (1998). Accidental childhood poisoning: influence of the type of caretaker on aetiology and risk. *Veterinary and Human Toxicology*, 30, 574–576.
- Wildlife Conservation. (2014). *Encyclopedia Britannica*. New York, EU: Encyclopaedia Britannica Inc.
- Wilson, H. (1989). Family caregiving for a relative with Alzheimer's dementia: coping with negative choices. *Journal of Nursing Research*, 38(2), 94–98.

Anexos

INVENTARIO DE PRÁCTICAS DE CRIANZA

Nombre del cuidador: edad: Edad del niño: __ años __ meses

Ocupación: Escolaridad: Estado civil:

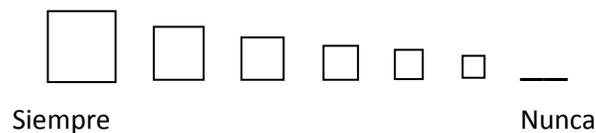
Escolaridad del niño: Fecha de aplicación: Etapa de evaluación:

Esta escala tiene como objetivo conocer lo que los padres hacen en relación con el comportamiento de sus hijos. A continuación encontrará una serie de palabras que describen algunas conductas que los **padres y madres realizan** cuando:

- A) Quieren llevarse bien con sus hijos
- B) Sus hijos no hacen lo que se les dice
- C) Sus hijos obedecen
- D) Quieren establecerle reglas a sus hijos

Deberá marcar con una “X” el cuadro que representa mejor la frecuencia con la que lleva a cabo esa conducta, tomando en consideración que entre más grande y más cerca de la palabra se encuentre el cuadro, indica que siempre realiza esa conducta.

EJEMPLO:



En el ejemplo podrá ver que hay 6 cuadros y una línea después de la frase “Ir al cine”. Si marca el cuadro más grande, esto indica que usted siempre va al cine. Si marca la línea, significa que usted nunca va al cine. El resto de los cuadros indican diferentes grados de frecuencia, utilice éstos para encontrar la frecuencia con la que lleva a cabo determinada conducta con su hijo o hija.

11. Estoy cerca de él/ella.	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
12. Le doy tiempo.	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca

Cuando mi hijo(a) no hace lo que le digo, yo...

13. Le explico.	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
14. Lo(a) regaño.	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
15. Le repito lo que tiene que hacer.	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
16. Le hablo más fuerte.	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
17. Le grito.	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
18. Le llamo la atención.	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
19. Me desespero.	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
20. Lo(a) obligo hacer lo que le pedí.	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca

Cuando mi hijo(a) me obedece, yo...

21. Lo(a) premio.	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
22. Le doy las gracias.	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
23. Lo(a) felicito.	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
24. Me da gusto.	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
25. Lo(a) halago.	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
26. Le compro algo.	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
27. Le aplaudo.	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
28. Lo(a) consiento.	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca

Para establecerle reglas a mi hijo(a), yo...

29. Le explico lo que tiene que hacer.	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
30. Le digo lo que pasará si desobedece las reglas.	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca
31. Le pongo el ejemplo.	<input type="checkbox"/>	Siempre	Nunca

Castigo		Ganancias materiales		Interacción Social		Normas		Ganancias sociales		Limites	
Reactivo	puntaje	reactivo	puntaje	reactivo	Puntaje	reactivo	Puntaje	reactivo	puntaje	reactivo	puntaje
14		1		2		29		22		36	
15		7		3		30		23		37	
16		21		4		31		24		40	
17		26		5		32		25			
18		28		6		34		27			
19		29		7		35					
20				8							
33				9							
38				10							
				11							
				12							
				13							
	Total=		Total=		Total=		Total=		Total=		Total=
	P.M.=54		P.M.=36		P.M.=66		P.M.=36		P.M.=30		P.M.=18

INVENTARIO DE CONDUCTA INFANTIL

INSTRUCCIONES: todos los niños pueden tener problemas de conducta e interacción. Los siguientes cuestionarios se refieren a los problemas que su hijo pudiera estar presentando actualmente. Son tres cuestionarios y cada uno tiene instrucciones específicas.

PRIMERA PARTE

Ante las siguientes afirmaciones, coloque una marca en la opción que mejor represente la frecuencia con la que su hijo ha realizado dicha conducta en los últimos tres meses. Por ejemplo, si la afirmación señala:

Su hijo come paletas enchiladas.

Nunca Casi nunca Ocasionalmente Casi siempre Siempre

0 1 2 3 4

Y a su hijo le encantan marcará el 4, indicando que **siempre** come paletas enchiladas. Si su hijo, las come a veces sí y a veces no, marcará el 2, es decir, ocasionalmente lo hace. Si no le gustan contestará 0, nunca las come.

Si tiene alguna duda pregunte al aplicador, de lo contrario, por favor conteste acorde a las opciones de respuesta, con qué frecuencia su hijo presenta las siguientes conductas, particularmente en los últimos tres meses:

		Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Casi siempre	Siempre
		0	1	2	3	4
1	Hace berrinches.					
2	Discute con adultos.					
3	Se opone o se niega a obedecer a las peticiones o reglas dadas por los adultos.					
4	Molesta a la gente.					
5	Culpa a otros por sus propios errores o mala conducta.					
6	Fácilmente se irrita.					
7	Es muy enojón o resentido.					
8	Es vengativo.					
9	Muestra conductas autoestimuladoras.					
10	Muestra agresión verbal.					
11	Muestra agresión física.					
12	Muestra conductas autodestructivas.					
13	Tiene dificultad para motivarlo.					
14	No tiene control de esfínteres.					
15	Falla en poner atención a detalles o comete errores por descuido.					
16	Tiene dificultad en mantener la atención en tareas.					
17	Parece no escuchar cuando le hablan directamente.					
18	No sigue instrucciones o fracasa en terminar el trabajo escolar.					
19	Tiene dificultad para organizar tareas y actividades.					
20	Evita, no le gusta o se niega a realizar las tareas o actividades.					
21	Pierde cosas necesarias para tareas o actividades.					
22	Fácilmente se distrae con estímulos extraños.					
23	Olvida cosas en actividades diarias.					
24	Agita sus manos o pies o se retuerce en su asiento.					
25	Se levanta en el salón o en otras situaciones.					
26	Corre o se trepa en lugares donde es inapropiado hacerlo.					
27	Tiene dificultad para jugar o involucrarse en actividades recreativas.					
28	Está en "actividad constante" o actúa como si "tuviera un motor".					
29	Habla en exceso.					
30	Da respuestas antes de que terminen de preguntarle.					
31	Tiene dificultades para esperar su turno.					
32	Interrumpe o irrumpe a otros.					

SEGUNDA PARTE

Abajo hay otra serie de frases que describen la conducta infantil. Marque el número que describa la frecuencia con la que su hijo se comporta actualmente, e inmediatamente marque "sí" o "no" para indicar si considera la conducta como problemática actualmente, como se describe en este ejemplo:

Si la afirmación hiciera referencia a si el niño come paletas enchiladas y al niño le encantan, entonces marcarían el **6**, indicando que **siempre** come paletas enchiladas. Si el niño las come a veces sí y a veces no, marcarían el 3. Si a mi hijo no le gustan las paletas enchiladas contestaría **0**, es decir, **nunca** las come.

Adicionalmente, en las partes 2 y 3 del inventario, deberá señalar si la intensidad con la que marcaron que el niño las come es un problema para ustedes, indicándolo con el número 1 si lo es o con el 0 si no lo es.

Continúe:

		Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Seguido	Muy seguido	Siempre	¿Es un problema?	
									SI	NO
33	Se entretiene al vestirse.	0	1	2	3	4	5	6	1	0
34	Se entretiene a la hora de comer.	0	1	2	3	4	5	6	1	0
35	Tiene malos hábitos en la mesa.	0	1	2	3	4	5	6	1	0
36	Se rehúsa a comer la comida que se le sirve.	0	1	2	3	4	5	6	1	0
37	Se rehúsa a realizar las tareas de la casa cuando se le piden.	0	1	2	3	4	5	6	1	0
38	Es lento(a) al prepararse para dormir.	0	1	2	3	4	5	6	1	0
39	Se rehúsa a acostarse a tiempo.	0	1	2	3	4	5	6	1	0
40	No obedece las reglas de la casa por sí solo.	0	1	2	3	4	5	6	1	0
41	Se rehúsa a obedecer hasta que se le amenaza con un castigo.	0	1	2	3	4	5	6	1	0
42	Actúa desafiadamente cuando se le dice que haga algo.	0	1	2	3	4	5	6	1	0
43	Discute sobre las reglas.	0	1	2	3	4	5	6	1	0
44	Se enoja cuando no obtiene lo que quiere.	0	1	2	3	4	5	6	1	0
45	Hace berrinches.	0	1	2	3	4	5	6	1	0
46	Es irreverente con los adultos.	0	1	2	3	4	5	6	1	0
47	Se queja.	0	1	2	3	4	5	6	1	0
48	Llora fácilmente.	0	1	2	3	4	5	6	1	0
49	Grita.	0	1	2	3	4	5	6	1	0

50	Golpea a los adultos.	0	1	2	3	4	5	6	1	0
51	Destruye juguetes u otros objetos.	0	1	2	3	4	5	6	1	0
52	Es descuidado con sus juguetes o con otros objetos.	0	1	2	3	4	5	6	1	0
53	Roba.	0	1	2	3	4	5	6	1	0
54	Miente.	0	1	2	3	4	5	6	1	0
55	Molesta o provoca a otros niños.	0	1	2	3	4	5	6	1	0
56	Pelea verbalmente con niños de su edad.	0	1	2	3	4	5	6	1	0
57	Pelea verbalmente con hermanos y hermanas.	0	1	2	3	4	5	6	1	0
58	Pelea físicamente con niños de su edad.	0	1	2	3	4	5	6	1	0
59	Pelea físicamente con hermanos y hermanas.	0	1	2	3	4	5	6	1	0
60	Busca atención constantemente.	0	1	2	3	4	5	6	1	0
61	Interrumpe.	0	1	2	3	4	5	6	1	0
62	Se distrae fácilmente.	0	1	2	3	4	5	6	1	0
63	Tiene lapsos cortos de atención.	0	1	2	3	4	5	6	1	0
64	Fracasa en terminar tareas o proyectos.	0	1	2	3	4	5	6	1	0
65	Tiene dificultad para entretenerse solo.	0	1	2	3	4	5	6	1	0
66	Tiene dificultad para concentrarse en una sola cosa.	0	1	2	3	4	5	6	1	0
67	Es muy activo e inquieto.	0	1	2	3	4	5	6	1	0
68	Moja la cama.	0	1	2	3	4	5	6	1	0



REGISTRO DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Comité
3502

Adscripción
HOSPITAL GENERAL Dr.
GAUDENCIO GONZALEZ GARZA,
CENTRO MEDICO NACIONAL LA
RAZA

No de Folio
F-2018-3502-7

Título del protocolo

FACTORES PSICOSOCIALES EN LA INTOXICACIÓN ACCIDENTAL POR CORROSIVOS EN NIÑOS. SERIE DE CASOS

Disciplina del protocolo

Pediatría Médica
Psiquiatría y Psicología

Tipo de investigación

Biomédica Clínica Educación en Salud Humanidades en Salud

Epidemiológica Servicios de Salud Otra. Especificar:

Tema Prioritario IMSS (capturado por el secretario)

Accidentes y Violencia - Lesiones no intencionales

Nivel de prevención (capturado por el secretario)

Prevención Primaria

Unidades donde se desarrollará el protocolo

Total de unidades participantes:1

Nombre Unidad	Delegación	Responsable	Tipo de participación
HOSPITAL GENERAL Dr. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA, CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA	D.F. Norte	FONSECA NAJERA JORGE ALEJANDRO	Pacientes Datos Análisis

¿EL PROTOCOLO TIENE COLABORACIÓN CON OTRAS INSTITUCIONES?

SÍ NO

Unidades externas donde se desarrollará el protocolo

Total de unidades participantes:1

Institución	Nombre	Es extranjera	Tipo de participación
UNAM	Arzeta Cruz Lesly Sofía	No	Asesorías

DATOS PERSONALES DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL

Nombre JORGE ALEJANDRO FONSECA NAJERA

Sexo Masculino Femenino **Categoría Contractual** MEDICO NO FAMILIAR 80

Correo electrónico jorgeafonsecan@gmail.com, jorge.fonsecan@imss.gob.mx

Teléfono del trabajo 57245900

Adscripción en el IMSS DIVISION DE MEDICINA, HOSPITAL GENERAL Dr. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA, CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

Delegación o UMAE D.F. Norte

Máximo grado de estudios

¿Está calificado como investigador del IMSS? Sí No

¿Pertenece al SNI? Sí No

Área de especialidad Endoscopia Digestiva y Respiratoria Pediátrica
Gastroenterología y Nutrición Pediátrica

DATOS PERSONALES DEL INVESTIGADOR ASOCIADO EXTERNO AL IMSS

1.- Nombre Arzeta Cruz Lesly Sofía

Institución UNAM (Nacional)

VÍNCULO CON EL DESARROLLO DE TESIS

¿El protocolo tiene vínculo con alguna tesis? Sí No

¿EL PROTOCOLO REÚNE UNA O MÁS DE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS?

Si el protocolo reúne alguna(s) de las siguientes características, entonces debe ser evaluado por el Comité Nacional de Investigación Científica.

a) Protocolos en donde se proponga el uso de medicamentos, equipo o material médico no incluido en el cuadro básico institucional.

Describa brevemente:

b) Protocolos que contemplen cambios en la política institucional sobre la prestación de servicios de salud.

Describa brevemente:

c) Protocolos planeados para realizarse entre el Instituto Mexicano del Seguro Social y otras instituciones nacionales o extranjeras.

Describa brevemente:

d) Protocolos que requieren la autorización específica de la Secretaría de Salud según la ley General de Salud.

Describa brevemente:

e) Protocolos que reciban apoyo económico o material de la industria farmacéutica o entidades con fines lucrativos.

Describa brevemente:

f) Protocolos que se realicen en más de una unidad del Instituto Mexicano del seguro Social con la participación de pacientes, muestras o datos.

Describa brevemente:

g) Protocolos cuyos autores se inconformen con el dictamen emitido por los Comités Locales de Investigación en Salud.

Describa brevemente:

h) ¿El protocolo se llevará a cabo en escuelas o comunidades que impliquen población no Derechohabiente del IMSS?.

Describa brevemente:

i) ¿Su protocolo implica la inclusión de material biológico que potencialmente deba ser introducido al país o salir del país?.

Describa brevemente:

j) ¿Su protocolo implica la manipulación de células troncales con fines terapéuticos?.

Describa brevemente:

k) Si usted ha declarado que su protocolo no está patrocinado por la industria farmacéutica ¿Su protocolo es un ensayo clínico de un nuevo fármaco que no ha sido registrado previamente ante la COFEPRIS o tendrá una nueva indicación a la ya reportada?.

Describa brevemente:

l) ¿Su protocolo incluye la manipulación de agentes patógenos para los cuales en este momento no existe tratamiento o cura?.

Describa brevemente:

¿EL ACTUAL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD HA SIDO SOMETIDO PREVIAMENTE PARA SU EVALUACIÓN ANTE CLIEIS / CNIC? NO
