



Una Institución Adventista

Conocimientos y prácticas hacia la prevención de accidentes
domésticos en madres con niños de 3 a 5 años de la Institución
Educativa Inicial N° 207 Huaycán, 2016

Mary Luz Calsin Pacompia
Sara Areli Ramos Condori

Lima, febrero 2017

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Enfermería



Una Institución Adventista

Conocimientos y prácticas hacia la prevención de accidentes
domésticos en madres con niños de 3 a 5 años de la Institución
Educativa Inicial N° 207 Huaycán, 2016

Autores

Mary Luz Calsin Pacompia

Sara Areli Ramos Condori

Asesora

Mg. Rut Ester Mamani Limachi

Lima, febrero de 2017

Como citar:

Estilo APA

Calsin, M., y Ramos, S. (2017). Conocimiento y practicas hacia la prevencion de accidentes y domesticos *en madres con niños de 3 a 5 años de la Institucion Educativa Inicial, Lima 2016 (Tesis de pregrado)*.Universidad Peruana Unión, Lima.

Estilo Vancouver

Calsin Pacompia, M. Ramos Condori, S. Conocimiento y practicas hacia la prevencion de accidentes y domesticos en madres con niños de 3 a 5 años de la Institucion Educativa Inicial. [Tesis Licenciatura]. Lima: Universidad Peruana Unión., 2017.

Ficha catalográfica elaborada por el Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación – CRAI – de la UPeU

TEF	Calsin Pacompia, Mary Luz
2	Conocimientos y prácticas hacia la prevención de accidentes domésticos en madres con niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N°207 Huaycán, 2016/ Mary Luz Calsin Pacompia y Sara Areli Ramos Condori; Asesor: Mg. Rut Ester Mamani Limachi. -- Lima, 2017.
C17	
2017	87 páginas: anexos, tablas
	Tesis (Licenciatura)--Universidad Peruana Unión. Facultad de Ciencias de la Salud. EP. de Enfermería, 2017.
	Incluye referencias y resumen.
	Campo del conocimiento: Enfermería.
	1. Accidente doméstico. 2. Conocimientos. 3. Prácticas. I. Ramos Condori, Sara Areli, autora.

CDD 363.13

CONSTANCIA DE AUTORÍA DEL INFORME DE TESIS

Mg. Rut Ester Mamani Limachi de la Facultad de ciencias de la salud, Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Peruana Unión.

HACE CONSTAR:

Que el presente informe de investigación titulado: ***“CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS HACIA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DOMESTICOS EN MADRES CON NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS DE LA INSTITUCION EDUCATIVA INICIAL Nº 207 HUAYCAN, 2016”*** constituye la memoria que presentan las **Bachilleres Mary Luz Calsin Pacompia, Sara Areli Ramos Condori**, para aspirar al título de Profesional de licenciada en Enfermería Grado académico que ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente constancia en *Lima, 17 de febrero del 2017.*



Mg. Rut Ester Mamani Limachi

“Conocimientos y prácticas hacia la prevención de accidentes
domésticos en madres con niños de 3 a 5 años, de la institución
educativa inicial N° 207, Huaycán, 2016”

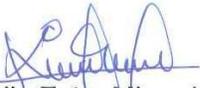
TESIS

Presentada para optar el título profesional de
Licenciado en Enfermería

JURADO CALIFICADOR


Mg. María Esther Valencia Orrillo
Presidente


MSc. Mary Luz Solórzano Aparicio
Secretaria


Dra. Keila Ester Miranda Limachi
Vocal


Lic. Nira Cutipa Gonzales
Vocal


Mg. Rut Ester Mamani Limachi
Asesor

UPeU, 13 de febrero de 2017

Dedicatoria

A Teodosio y Benita mis amados padres quienes en todo momento me brindaron su apoyo emocional y financiero, motivándome a alcanzar mis metas cada día.

A mi hermana Olivia, por ser el soporte de mi familia en momentos difíciles y su motivación a ser una profesional ejemplar.

Mary

A Fabián y Hilaria, mis ejemplares padres quienes siempre estuvieron brindándome su apoyo, comprensión y dándome consejos para hacer de mí una gran persona.

A Elsa, Nelson, Noemí mis hermanos porque la distancia no fue inconveniente para sentir su apoyo, cariño y ánimo que me han permitido seguir adelante para cumplir mis sueños.

Sara

Agradecimiento

Agradecemos a Dios quien nos guió y dio la fortaleza en todo este tiempo para lograr nuestras metas.

A nuestros padres y hermanos, por su apoyo incondicional

A la Mg. Rut Mamani Limachi, asesora del trabajo de investigación, por su motivación, confianza y apoyo constante en el desarrollo del trabajo

A nuestros docentes del Programa de Capacitación de Tesis, por su asesoría permanente para culminar satisfactoriamente el trabajo de investigación.

A la Institución Educativa Inicial N° 207 de Huaycán por su accesibilidad y apoyo para la ejecución de la investigación.

A las madres de familia, por su apoyo desinteresado y tiempo empleado.

Índice general

Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Índice general.....	vii
Índice de Tablas.....	ix
Índice de anexos.....	x
Resumen.....	xi
Abstract.....	xii
Capítulo I El Problema.....	13
1. Planteamiento de problema.....	13
2. Formulación del problema.....	16
3. Objetivos de la investigación.....	16
3.1 Objetivo general.....	16
3.2 Objetivos específicos.....	16
4. Justificación.....	17
5. Presuposición filosófica.....	18
Capítulo II Marco teórico.....	19
1. Antecedentes de la investigación.....	19
2. Marco teórico.....	23
2.1 Accidentes.....	23
2.2 Accidentes domésticos.....	24
2.3 Cultura de prevención.....	34
2.4 Rol de la enfermería en la promoción de la salud.....	36
2.5 Prevención de accidentes del hogar.....	38
2.6 Teoría de Enfermería.....	39
2.7 Salud del preescolar.....	40
3. Definición de términos.....	43
Capítulo III Materiales y métodos.....	44
1. Diseño y tipo de investigación.....	44
2. Variables de la investigación.....	44
2.1 Definición operacional de conocimientos.....	44
2.2 Definición operacional de prácticas.....	44
2.3 Operacionalización de las variables.....	45

3. Hipótesis de la investigación.....	47
3.1 Hipótesis general.	47
3.2 Hipótesis específicas.	47
4. Delimitación geográfica y temporal	47
5. Participantes.....	48
5.1 Población.	48
5.2 Muestra.....	48
5.2.1 Criterios de inclusión y exclusión	48
6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	50
7. Proceso de recolección de datos	51
8. Procesamiento y análisis de datos.....	52
9. Consideraciones éticas.....	52
Capítulo IV Resultados y discusión	53
1. Resultados.....	53
2. Discusión.....	58
Capítulo V Conclusiones y recomendaciones	64
1. Conclusiones	64
2. Recomendaciones	65
Referencias bibliográficas	66

Índice de Tablas

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población en estudio	49
Tabla 2. Relación entre conocimientos y prácticas de prevención de accidentes domésticos en madres con niños de 3 a 5 años.....	53
Tabla 3. Nivel de conocimientos de las madres sobre la prevención de accidentes domésticos.....	54
Tabla 4. Nivel de prácticas de las madres sobre prevención de accidentes domésticos. ..	54
Tabla 5. Relación entre el nivel de conocimiento y la dimensión “prevención de caídas” ..	55
Tabla 6. Relación entre el nivel de conocimiento y la dimensión “prevención de quemaduras”	56
Tabla 7. Relación entre el nivel de conocimiento y la dimensión “prevención de intoxicación”	57
Tabla 8. Análisis de fiabilidad del instrumento “conocimientos”	82
Tabla 9. Análisis de fiabilidad del instrumento “prácticas”	82
Tabla 10. Análisis de validez de contenido.....	82
Tabla 11. Prueba de normalidad	83
Tabla 12. Nivel de prácticas de las madres sobre prevención de accidentes domésticos de caídas	84
Tabla 13. Nivel de prácticas de las madres sobre prevención de accidentes domésticos de quemaduras.....	84
Tabla 14. Nivel de prácticas de las madres sobre prevención de accidentes domésticos de intoxicaciones.....	84
Tabla 15. Datos generales de la prevención de accidentes domésticos	85
Tabla 16. Análisis descriptivo de conocimientos.....	86
Tabla 17. Análisis descriptivo de práctica.....	87

Índice de anexos

Anexo 1. Instrumento de recolección de datos	75
Anexo 2. Consentimiento informado	79
Anexo 3. Carta de autorización de la Universidad Peruana Unión.....	80
Anexo 4. Autorización institucional	81
Anexo 5. Datos de la prueba de confiabilidad	82
Anexo 6. Resultados descriptivos	84

Resumen

Objetivo: Determinar la relación entre los conocimientos y prácticas sobre la prevención de accidentes domésticos en madres con niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 207. Métodos: Estudio correlacional y de corte transversal. La muestra fue no probabilística y de carácter censal, conformada por 150 madres con niños de 3 a 5 años. Los instrumentos empleados en la recolección de datos fueron de elaboración propia, contando con un alfa de Cronbach de 0,736 para el cuestionario de conocimientos y 0,857 para el de prácticas, demostrando su confiabilidad. Por otro lado, para la validación de contenido de obtuvo un valor de 0.934 a través de la prueba V de Aiken. Resultados: A partir del estadístico Tau b Kendall se comprobó que existe relación significativa entre los conocimientos y prácticas hacia la prevención de accidentes domésticos en madres con niños de 3 a 5 años con un p- valor de 0.028. También se encontró relación entre la dimensión “prevención de caídas” ($p=0.01$) y “prevención de quemaduras” ($p=0.01$) con los conocimientos de las madres. Conclusión: Existe relación entre las variables de estudio.

Palabras clave: Accidente doméstico, conocimientos, prácticas, madre, niños.

Abstract

Objective: Determine the relationship between knowledge and practice towards prevention of domestic accidents in mothers with children from 3 to 5 years old in the kindergarten N°207 educational institution. Methods: Correlation and cross sectional study. The sample was non-probabilistic and census, conformed by 150 mothers with children from 3 to 5 years old. The instruments used in data collection were made by the author, with an alpha of Cronbach 0,736 for the knowledge questionnaire and 0,857 for the practices one, demonstrating its reliability. On the other hand, the content validation obtained a value of 0.96 through the V of Aiken test. Results: From the statistical Tau b Kendall found that there is a significant relationship between knowledge and practice towards prevention of domestic accidents in mothers with children from 3 to 5 years old with a p-value of 0.028. Also, a Relationship was found between the "falls prevention" dimension ($p = 0.01$) and "prevention of burns" ($p = 0.01$) with the knowledge of mothers." Conclusion: there is a relationship between the variables of study.

Key words: domestic accident, knowledge, practices, mother, children

Capítulo I

El problema

1. Planteamiento de problema

La Organización Mundial de la Salud define al accidente, como un acontecimiento fortuito, por lo general dañino, independiente de la voluntad humana, causado por una fuerza exterior que actúa rápidamente y que se manifiesta por un daño físico o mental.

Por su parte, Valdés y Román lo definen como una “cadena de eventos y circunstancias que llevan a la ocurrencia de una lesión no intencional” (citado por Valdés, Clúa y Podadera, 2009).

Herrera y otros afirman que las variaciones del perfil epidemiológico en el mundo han dejado al descubierto la necesidad de prestar atención a los padecimientos no transmisibles, destacando de forma importante los accidentes. Considerándose unas de las 10 principales causas de morbilidad con mayor frecuencia los presentados en el hogar, siendo los niños los más susceptible (citado por Fernandez, Alvarez y Alum, 2009).

Según la OMS, casi el 90% de las lesiones de los niños son resultado de sucesos accidentales o involuntarios, además de ser una de las principales causas de mortalidad infantil, en términos de la primera infancia, se indica que las lesiones accidentales son causantes del 30% de muertes en los niños de 1 a 3 años. Esta cifra se eleva al 40% en el caso de los niños de 4 años llegando hasta el 50% y el 60% (Peden et al. 2012).

Para Hajar y Tapia los accidentes traumáticos en su gran mayoría que acontecen dentro del hogar, son triviales, como ya lo indican diversas investigaciones, Sin embargo, en el hogar también pueden ocurrir lesiones graves que podría causar alteraciones e incluso la muerte (citado por Baeza, Cortés, Arcos, Villalobos y López, 2010).

De la misma manera Benavides, León, Veramendi y D`Azevedo (2012) refieren que el tema de las lesiones accidentales está ligado a altas tasas de defunción que se deben tomar como problemática que está relacionada a consecuencias de salud importantes para quienes la sufren y sobreviven a ellas.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en España, los accidentes suponen la tercera causa de muerte entre niños menores de 15 años. En el 2006, un 9,6% de la población infantil española menor de 5 años sufrió algún accidente; ascendiendo al 11% entre las niñas y niños de 5 a 15 años. Cuatro de cada diez niños entre 0 y 4 años tuvieron una caída a nivel del suelo, entre los menores de 5 y 15 años asciende a cinco de cada diez. Los golpes son accidentes igualmente comunes en los dos grupos de edad (20% y 18% respectivamente). Casi el 60% de los niños y niñas entre 0 y 4 años se accidentaron en el hogar, escaleras o portal, El 70% de los accidentes registrados en menores de 5 años acudieron a un centro de urgencia.

El Programa Nacional para la Prevención de accidentes en Cuba el 2010 realiza una encuesta internacional donde se revela que más de 4 346 lesionados. En la lista de accidentes, los ocurridos en el hogar ocupan el primer lugar con un porcentaje de 44,0% y de éstos el 76% y 75% fueron en los menores de un año y uno a cuatro años respectivamente (Paumier et al. 2014) también la Secretaría de Salud de México, en el 2010 se reportó que se registraron 367,186 egresos hospitalarios por causas externas (accidentes, envenenamientos y lesiones intencionales) (Bustos, Cabrales, Cerón y Naranjo, 2013).

El Instituto Nacional de Salud del Niño del Perú (2012) reportó 1 599 casos de traumatismo, envenenamiento y algunas consecuencias de causa externas en el departamento de medicina, además en el departamento de cirugía se encontró 9887 y 8571 casos en emergencias, en consultas externas se presentaron 150 casos de traumatismos en la cabeza.

En el estudio de Benavides, León, Veramendi y D`Azevedo, (2012) titulado “Los accidentes en los niños, un estudio en contexto de pobreza” refieren que los diferentes tipos de accidentes son quemaduras, fracturas, caídas y caídas con pérdida de conocimiento. También se encontró que un 75% de los niños de la muestra ha sufrido al menos una lesión, se encontró también que el 47% ha sufrido dos o más lesiones. El estudio mostró que existen tres aspectos que influyen. En primer lugar, está la ausencia de supervisión de los niños.

Un segundo aspecto es el efecto de la presencia de contaminación en la comunidad. El tercero es el impacto de la violencia doméstica en el hogar sobre la salud de los niños. Aquellos hogares con episodios de violencia tienen una mayor probabilidad de que los niños sufran de una lesión severa.

En Lima Guillén et al. (2011) realizaron la investigación “Traumatismo Encefalocraneano en niños atendidos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia”, con el cual se identificó que los niños menores de cinco años eran vulnerables a los traumatismos, además se identificó que el principal mecanismo del trauma fueron las caídas en el hogar, repercutiendo en una gran variedad de lesiones y síndromes neurológicos, cuya gravedad expone a los niños a la defunción y secuelas neurológicas, además de alterar la dinámica familiar.

Según el Análisis Situacional de Salud (2015), del Hospital de Huaycán revela que, por traumatismos, envenenamiento y algunas consecuencias de causas externas ingresaron por emergencias 995 niños entre 1 a 11 años de los cuales 18 fueron hospitalizados y dos niños fallecieron.

El Ministerio de Salud ha incorporado actividades de prevención de lesiones accidentales dentro del Componente de Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño Menor de 5 años, teniendo una Norma Técnica correspondiente, la cual se maneja a nivel nacional en los diversos establecimientos de salud. Además, busca la detección de lesiones físicas y sus respectivas consecuencias en el niño; brindando así educación personalizada a las madres, quienes constituyen el primer círculo social con responsabilidad en el cuidado del niño ejercido a través de prácticas en pro de su bienestar integral (Huamán, 2015). por ello es fundamental que los adultos adquieran conocimientos y prácticas sobre la prevención de accidentes en el hogar para saber qué hacer y poder prevenirlos (Cussi, 2010).

Las estadísticas reveladas tanto a nivel mundial y local dejan en descubierto la gran necesidad de prestar especial atención a los padecimientos no transmisibles, resaltando de forma importante los accidentes, ya que estos representan la causa de morbilidad y mortalidad a cualquier edad y los niños no son la excepción. Los accidentes no discriminan edad, raza sexo o condición socioeconómica.

Al realizar el internado comunitario en la localidad de Huaycán las investigadoras tuvieron la oportunidad de dialogar con la directora de la institución educativa inicial N° 207, quien nos refirió que algunos niños se ausentaban por estas lesiones además de apreciar que algunos niños tenían cicatrices por caídas y quemaduras. Frente a ello surge la motivación

de realizar esta investigación, ya que la problemática actual, no son del todo accidentales y son efectivamente una problemática pública asociada a la niñez. Los accidentes en los niños deberían entonces empezar a formar parte de la agenda de trabajo de los centros de salud.

Frente a esta problemática fundamentada se plantea la siguiente interrogante:

2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre los conocimientos y las prácticas hacia la prevención de accidentes domésticos en madres con niños de 3 a 5 años, de la Institución Educativa Inicial N° 207; Huaycán, 2016?

3. Objetivos de la investigación

3.1 Objetivo general.

Determinar la relación entre los conocimientos y las prácticas hacia la prevención de accidentes domésticos en madres con niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 207 de Huaycán, Ate Vitarte.

3.2 Objetivos específicos.

- Determinar el nivel de conocimientos de las madres hacia la prevención de accidentes domésticos de la Institución Educativa Inicial N° 207 de Huaycán.
- Determinar el nivel de prácticas de las madres hacia la prevención de accidentes domésticos de la Institución Educativa Inicial N° 207 de Huaycán.
- Determinar la relación entre nivel de conocimiento y la dimensión “prevención de caídas” en la Institución Educativa Inicial N° 207 de Huaycán.
- Determinar la relación entre nivel de conocimiento y la dimensión “prevención de quemaduras” en la Institución Educativa Inicial N° 207 de Huaycán.
- Determinar la relación entre nivel de conocimiento y la dimensión “prevención de intoxicación” en la Institución Educativa Inicial N° 207 de Huaycán.

4. Justificación

Es fundamental que las madres de la sociedad actual, posean conocimientos que les permitan actuar con rapidez frente a los accidentes domésticos, ya que significa la diferencia entre la vida y la muerte o la invalidez temporal y/o permanente. Cabe resaltar que dichas medidas influyen en la recuperación y en la estancia hospitalaria. Por lo tanto, las madres deben tener la capacidad de decisión para actuar con responsabilidad y criterio cuando la situación lo amerite.

Respecto a la relevancia teórica el estudio se justifica porque aporta conocimientos actualizados y sirve de referente bibliográfico para próximas investigaciones. Además, contribuye a mejorar los conocimientos del personal de enfermería y las madres sobre los accidentes domésticos en niños y la forma de como intervenir de manera integral. Por otro lado, en su relevancia social, permite la promoción y prevención de la salud en las familias para que tomen conciencia de los riesgos a los cuales los niños están expuestos.

La relevancia metodológica recae en la adaptación y creación de cuestionarios para medir los conocimientos y prácticas de las madres frente a los accidentes domésticos, además se aporta una base de datos estadísticos a la institución educativa para que tome las medidas correspondientes.

Por último, es relevante en el campo práctico ya que motiva al personal y estudiantes de enfermería a enfatizar el trabajo extramural reconociendo la importancia de la prevención en esta población vulnerable.

5. Presuposición filosófica

Según De Lima, Barbosa, Silva y Vieira (2009), a lo largo del tiempo la familia ha sido responsable de promover la salud y el bienestar del niño desempeñando actividades de protección y seguridad, pero en algunos momentos son sorprendidos por un accidente doméstico que se presentan únicamente bajo su responsabilidad. Gaitán y Rodríguez, refieren que los niños son vistos como potenciales adultos lo cual lleva a interesarnos únicamente por las consecuencias futuras restando importancia al impacto de éstas en el momento presente de la vida infantil. Por su parte, Qvortrup refiere: “la idea de que importa el futuro de los niños es peligrosa desde la perspectiva ética, porque evalúa el bienestar del niño basándose en su vida futura y no en su bienestar presente. Esto lleva a no estar interesado en el niño, sino, en los adultos” (citado por Pavez, 2012).

El rol de la madre es de suma importancia y nunca debe ser subestimado. Elena de White (2007) refiere que la crianza de los hijos es una responsabilidad sagrada que bajo ninguna circunstancia debe ser descuidada. La madre de niños pequeños no debe aceptar ninguna otra responsabilidad externa que la obstaculice al criar a sus hijos. *El Hogar Cristiano* págs. 239-243 por tanto la Biblia refiere “cualquiera que haga tropezar a alguno de estos pequeños que creen en mí, mejor le fuera que se le colgase al cuello una piedra de molino de asno, y que se le hundiese en lo profundo del mar” (Mateo 18:6) y otro texto menciona: “Mirad que no menospreciéis a uno de estos pequeños; porque os digo que sus ángeles en los cielos ven siempre el rostro de mi Padre que está en los cielos” (Mateo 18:10), estos textos hacen referencia que debemos estar pendiente de nuestros hijos, mucho se escucha decir “es niño déjalo”, que por ser niños no necesitan mucha supervisión, es en esta etapa donde los niños lo quieren saber, sentir y experimentar todo, ya que es de vital importancia la prevención.

Dios tiene un plan hermoso para cada niño, así lo afirma el siguiente texto: “Vino, pues, palabra de Jehová a mi (profeta Jeremías), diciendo: Antes que te formase en el vientre te conocí, y antes que nacieses te santifiqué, te di por profeta a las naciones (Jeremías 1:4). Los niños forman parte del plan de Dios, dejémosles crecer y vivir seguros.

Capítulo II

Marco teórico

1. Antecedentes de la investigación

Huamán (2015) realizó un estudio en Perú con el objetivo de determinar las prácticas de las madres sobre prevención de lesiones accidentales más frecuentes en niños de 2 a 5 años. El estudio fue cuantitativo de diseño descriptivo y de corte transversal. La metodología empleada fue el cuestionario aplicado a 43 madres de niños de 2 a 5 años. Los resultados denotan que el 47% de madres refirió llevar a cabo prácticas medianamente seguras para reducir y evitar el acontecimiento de algún tipo de lesión accidental en sus hogares. La conclusión cabe destacar que las madres de los niños refirieron mayoritariamente que llevan a cabo prácticas moderadamente seguras para la prevención de lesiones accidentales en el hogar. Asimismo, al análisis individual de cada tipo de lesión: caída, quemaduras e intoxicaciones, los porcentajes son similares; ya que el mayor número de madres manifestó accionar de forma medianamente segura para evitar que sus hijos sufran caídas y quemaduras; mientras que otro grupo en un porcentaje altamente significativo expresó aplicar prácticas seguras para reducir la incidencia de intoxicaciones en sus hogares.

Martínez, Gutiérrez, Alonso y Hernández (2015) realizaron un trabajo en Cuba con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos de un grupo de madres sobre prevención de accidentes en el hogar. El estudio fue cuantitativo, de diseño descriptivo y de corte transversal. La metodología empleada fue el cuestionario aplicado a 136 madres con niños menores de cinco años pertenecientes a tres consultorios del policlínico universitario "Luis Li Trigen". Tuvo como resultado que el 90 % del total de madres, así como el 50 % entre 20 y 30 años, tenían conocimientos insuficientes sobre la prevención de accidentes en el hogar. %, y el 35 % respectivamente poseían conocimientos insuficientes. El 55 % de las madres

trabajadoras, así como el 35 % de las madres casadas y acompañadas poseían conocimientos insuficientes sobre prevención de accidentes.

Medina (2015) realizó una investigación en México cuyo objetivo fue “Prevalencia de accidentes en el hogar en niños y los factores de riesgo asociados” el estudio fue cuantitativo de diseño descriptivo de corte transversal, la metodología empleada fue el cuestionario, el cual se aplicó a 288 padres o cuidadores de menores de 5 años. Los resultados fueron que hubo una prevalencia de accidentes del 67%; no se encontró una diferencia significativa de accidentes según el sexo del menor ($\chi^2 = 0.007$, $p = 0.93$). Las caídas representaron la principal causa de accidentes (83.9%). Los hijos cuyos padres tenían escolaridad máxima de primaria tuvieron mayor probabilidad de presentar accidentes.

Lafta, Shatari y Abass (2013), en su investigación titulada “Conocimiento de las madres sobre la prevención de accidentes domésticos con niños en la ciudad de Bagdad”. El estudio fue cuantitativo de diseño descriptivo y de corte transversal, la metodología empleada fue el cuestionario que fue aplicada a 1032 madres de 15 a 50 años. Los resultados revelaron que sólo el 9,2% de las madres adquirieron un buen nivel de conocimiento en la prevención de lesiones por productos químicos y detergentes, y más del 90% se encontraron con malos conocimientos. Lo mismo se encontró con el conocimiento sobre la prevención de accidentes eléctricos causados por tomas de corriente y aparatos eléctricos donde sólo el 10,2% de las madres tenían un buen nivel de conocimiento. Los resultados no fueron mucho mejores con respecto a los accidentes causados por el fuego, sólo el 11,6% de las madres obtuvieron buenos resultados. Con respecto a los accidentes causados por instrumentos afilados en la cocina, sólo el 6,3% de las madres obtuvo una puntuación que indicaba un buen nivel de conocimiento. Se encontró estadísticamente que las madres mayores tenían un mejor nivel de conocimiento que las madres más jóvenes. Las madres con mayor nivel de educación se asociaron estadísticamente con un menor nivel de conocimiento en prevención de accidentes. Se encontró que las madres con más niños y aquellas cuyos niños habían estado involucrados anteriormente en un accidente tenían un mejor nivel de conocimiento. Se concluyó en que las mujeres en Bagdad están mal educadas sobre cómo proteger a sus hijos contra los accidentes domésticos.

Kamal (2013) en su trabajo realizado en Egipto, titulado “Lesiones no mortales no intencionales en los niños menores de 5 años en un área rural” tuvo como objetivo este estudio determinar la frecuencia y el resultado de lesiones en niños menores de 5 años en el hogar y describir los factores de riesgo relacionados a través de una encuesta. El estudio

fue cuantitativo de diseño descriptivo de corte transversal. La metodología empleada fue mediante un cuestionario y fueron aplicadas a 1255 padres y tuvo como resultado de las lesiones no mortales no intencionales relacionadas con el hogar fue del 20,6%. Los índices de lesiones fueron los más altos entre los niños durante el tercer año de vida, los de padres menos educados, los de madres jóvenes y los de bajo nivel socioeconómico. Los hogares de niños lesionados no eran significativamente diferentes de los hogares de niños no lesionados. Siendo las conclusiones: las quemaduras fueron las lesiones más comunes entre todos los grupos de estudio (38%), seguidas de caídas (35,3%).

Benavides, León, Veramendi y D`Azevedo (2012) realizaron una investigación titulada “Los accidentes en los niños. Un estudio en contexto de pobreza” con el objetivo de analizar la presencia, características y consecuencias de la ocurrencia de lesiones accidentales en niños y niñas de 0 a 8 años de edad en tres regiones del Perú. El estudio fue epidemiológico de diseño retrospectivo. Las metodologías empleadas fueron encuestas y fichas que fueron aplicados a niños provenientes de 903 hogares ubicados en tres regiones diferentes: Loreto, Huancavelica y Lima; trabajando con dos distritos de cada región. Dentro de los resultados se señala que el 75% de niños ha sufrido al menos una lesión accidental con mayor incidencia en las áreas geográficas que responden zonas urbanas; registrando Lima los porcentajes más elevados (75%), seguida por Huancavelica (72%) y Loreto (71%). Se destaca que el 80% de los niños entre los 3 y 5 años de edad sufrieron la ocurrencia de alguna lesión accidental; siendo las caídas el accidente más frecuente (63%). Después de las caídas, el tipo de accidente más frecuente fue la picadura o mordedura de animal con un 12% del total de la muestra, siendo los niños entre 6 a 7 años los que mayor incidencia tienen en las zonas rurales. En tercer lugar, las quemaduras constituyen el 9% de incidencia en los niños entre 3 a 5 años que habitan en las zonas urbanas a diferencia de las rurales. Por otro lado, se estudió las circunstancias en las que acontecieron estos accidentes; al respecto se identificó que el lugar donde mayormente ocurren las lesiones accidentales en los niños, es el hogar, Lima es la región que mayor tasa de accidentes en los dormitorios presenta (43%), seguidos de ambientes como cocina y escaleras. Asimismo, en los resultados se consideraron las actividades que realizaba el niño cuando ocurrió el accidente, identificando entre las principales actividades: juegos o actividades de entretenimiento (81%), durante el descanso y sueño (18%), permanecer acompañando de un adulto (12%) y, finalmente, está realizando alguna actividad cotidiana como, por ejemplo, vestirse (6%); no se precisan mayores especificaciones.

Yaringaño (2012) realizó un estudio cuyo objetivo fue relación entre el nivel de conocimiento y prácticas preventivas de accidentes por quemaduras en madres de preescolares, del centro de salud Juan Pérez Carranza – Perú, el estudio fue cuantitativo de diseño correlacional y corte transversal. La metodología empleada fue el cuestionario que fue aplicada a 68 madres con niños de edad preescolar. Según los resultados el nivel de conocimiento de las madres de preescolares tiene relación significativa con las prácticas de prevención de accidentes por quemaduras ($p=0,039$) también revelo que el nivel de conocimiento de las madres de preescolares acerca de la prevención de accidentes por quemaduras es medio 52.9%, bajo 32.4% y alto 14.7%. Las prácticas sobre prevención de accidentes por quemaduras en madres de preescolares son inadecuadas 54.4% y adecuadas 45.6%.

Sayed (2009) es el autor del estudio realizado en Egipto, con el objetivo de ayudar a identificar el efecto de la educación de la madre en relación con la prevención de accidentes caseros entre los niños preescolares en el área rural en la aldea Elshorfa. El estudio fue cuantitativo de diseño descriptivo de corte transversal. la metodología empleada fue un cuestionario estructurado aplicada a 150 madres. Los resultados obtenidos del estudio fueron los siguientes: la mayoría de las madres eran de 25 a menos de 30 años, más de la mitad (52,6%) eran analfabetas y la mayoría (94,7%) no trabajaban. En relación con el tamaño de la familia el presente estudio reveló que (28,7%) de la muestra estudiada tenía siete o más miembros y también se reveló, la ocurrencia de accidente domiciliario entre los niños fue (37,7%). Las heridas fueron el tipo más común de accidentes en el hogar y el tipo más bajo (3,9%) fue la mordedura de los animales. En relación al conocimiento de la madre sobre las causas de los accidentes en el hogar, el estudio registró que (74,7%) de las madres no conocen la causa de los accidentes en el hogar. La conclusión de este estudio reveló que las madres bien educadas utilizarán los primeros auxilios adecuados, mientras que las madres analfabetas tienden a utilizar métodos tradicionales. Por lo tanto, se sugirió la recomendación siguiente: el programa educativo de servicio de primeros auxilios debe ser establecido por las enfermeras de salud comunitaria en las unidades de salud rurales y bien planificado programa educativo de salud sobre las causas de accidente en el hogar y la gestión de primeros auxilios, Especialmente en los niveles secundario y universitario.

García et al. (2008) realizaron una investigación en Uruguay titulada: “Conceptos, actitudes y prácticas en salud sobre prevención de lesiones en niños menores de 10 años”, con el objetivo de conocer cuál es la información sobre prevención de lesiones que tienen

los responsables de los niños menores de 10 años. El estudio fue cuantitativo de diseño descriptivo prospectivo. La metodología empleada fue la encuesta aplicada a 536 madres y sustitutos presentes. Los resultados fueron que el 90% contestó que los accidentes son producto del azar. El 74% recibió información a través de los medios de comunicación audiovisual, 17% a través del personal de salud. El 65,8% refirió que alguno de sus hijos sufrió un accidente. Los lugares en donde ocurrieron los accidentes fueron el hogar 97%, la vía pública 3%. En 75% de los casos el mecanismo de lesión fue caídas, seguidas por quemaduras, intoxicaciones, electrocuciones y ahogamientos.

Colchado y Velásquez (2006) realizaron un estudio sobre el “Nivel de conocimientos y prácticas preventivas sobre accidentes domésticos del cuidador del preescolar. Pueblo Joven tres estrellas-Chimbote Perú” con el objetivo de determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento de accidentes domésticos y las prácticas preventivas del cuidador de pre-escolares. El estudio fue cuantitativo de diseño correlacional y de corte transversal. La metodología usada fue el cuestionario que fue aplicado a 149 madres o cuidadores. Según resultados, no existe relación estadísticamente significativa entre las variables nivel de conocimiento en accidentes domésticos y las prácticas preventivas del cuidador. También revela que 92.9% tiene un bajo nivel de conocimientos y que el 66% realizan prácticas preventivas en accidentes domésticos inadecuadamente.

2. Marco teórico

2.1 Accidentes.

García refirió que la palabra accidente tiene su origen en el término latino *accidens*. Según la Real Academia Española (RAE), es una cualidad o estado que aparece en algo, sin que sea parte de su esencia o naturaleza; al suceso eventual que altera el orden regular de las cosas; o acción, que involuntariamente, resulta un daño para las personas (citado por Cordova y Duy, 2013).

Por su parte, La Organización Mundial de la Salud define accidente como un acontecimiento fortuito, generalmente dañino e independiente de la voluntad humana, provocado por una fuerza exterior que actúa rápidamente y que se manifiesta con la aparición de lesiones orgánicas o trastornos mentales (Citado por Valdes, Clúa y Podadera, 2007).

Para Manacux el Dr. José Jordán Rodríguez refirió que los accidentes no son tan inevitables ni tan accidentales, tomando como referencia a la anterior definición se propone cambiar la palabra “accidente” por “lesión no intencional”, lo cual evita de esta forma la carga de inevitabilidad que llevaría implícito que nada podríamos hacer para prevenirlos (citado de Torres et al. 2010).

En el informe mundial sobre prevención de las lesiones en niños se utiliza el término lesión que se define como “el daño físico que se produce cuando un cuerpo humano se somete bruscamente a algún tipo de energía en cantidades que exceden el umbral de tolerancia fisiológica, o cuando se ve privado de uno o más elementos vitales, como el oxígeno” (Peden et al. 2012).

2.2 Accidentes domésticos.

La Organización Mundial de la Salud definió que los accidentes domésticos son aquellos que ocurren en el hogar (escalones, patio, jardín, garaje, accesos a los pisos, vestíbulos en la escalera, etc.). El hogar es el lugar habitual de los accidentes de los niños menores de cinco años (citado Minda, 2011).

2.2.1 Factores que desencadenan los accidentes.

Existen tres elementos básicos para que ocurra un accidente: un sujeto susceptible de ser lesionado, un medio ambiente físico o material favorable para provocar dicha lesión y un agente que la provoca (Cordova y Duy, 2013).

El sujeto (niño): Los niños no son adultos pequeños, sus capacidades tanto físicas y mentales difieren al de los adultos, en su desarrollo la curiosidad y necesidad de experimentar no van a la par con la capacidad de responder o comprender el peligro o riesgo. Además, algunas de las características físicas de los pequeños pueden predisponer al desenlace de las lesiones, por ejemplo “una cantidad dada de una sustancia toxica es más peligrosa en el niño que en un adulto, debido que el niño tiene menor masa corporal” (Peden et al, 2012).

Medio ambiente: Benavides (2012) en su investigación Accidentes evitables: lesiones de los niños y sus relaciones con los entornos sociales y familiares revela que la ausencia de supervisión de los niños dentro y fuera del hogar. Ocupa el primer lugar en ese contexto, los

niños están en mayor riesgo de sufrir los accidentes, también revela que las familias en condiciones socioeconómicas humildes también están predispuestas.

La mayoría de las lesiones no intencionales ocurre en el hogar. El ambiente domiciliario puede considerarse peligroso, La familia ha sido, a lo largo del tiempo, responsable de promover la salud y el bienestar a sus miembros, desempeñando actividades de protección, seguridad, cuidados específicos y generalizados, pero en algunos momentos se ve sorprendida por la ocurrencia de accidentes domésticos que se dan únicamente bajo su responsabilidad, viéndose debilitada a la hora de enfrentar estas situaciones (Martínez, Gutierrez, Alonso y Hernandez, 2015).

El agente causante: Es el elemento determinante del accidente. El hecho de encontrarse al alcance de los niños, como el uso de juguetes con piezas pequeñas, fácilmente manipulables, los productos de limpieza, detergentes, volátiles (keroseno, gasolina, alcohol) son de mucho riesgo para el núcleo familiar, producen quemaduras con secuelas físicas y psicológicas de por vida, si es que no se llega a la muerte (Torres et al. 2010).

2.2.2 Lugares donde ocurren los accidentes.

Sisalima (2015) manifestó que la vivienda es el lugar habitual de los accidentes en los niños menores de cinco años además la predisposición fisiológica de los niños a los accidentes puede ser neutralizada solamente por los padres responsables de su seguridad y educación. Los riesgos se encuentran aumentados en las familias de condiciones socioeconómicas humildes. El hacinamiento, las comodidades insuficientes, la falta de espacio para guardar los productos peligrosos.

Cussi (2010) mencionó que los accidentes más frecuentes dentro de la vivienda familiar son la cocina donde ocurren más accidentes, por el fuego de las hornillas, horno, preparaciones de alimentos calientes y elementos filosos. Asimismo, también el baño es uno de los sitios peligrosos donde ocurren las caídas por los pisos resbaladizos. También el patio es un lugar de riesgo donde se encuentra el piso flojo, clavos salientes, alambres, pues estos producen heridas en los pies, capaces de provocar accidentes. Los plaguicidas, junto con los insecticidas son de uso diario en jardines. Los niños suelen intoxicarse con la manipulación de envases vacíos. Para evitar los accidentes se debe mantener guardada en forma ordenada.

Por otro lado, Esparza (2016) mencionó que las escaleras en las viviendas con más de un nivel se deben instalar barreras protectoras abajo y arriba de cada tramo y mantenerlas siempre cerradas. también las zonas de riesgo son las ventanas y balcones sin duda es una de las caídas más peligrosas en la que puede sufrir un niño al caer. Es una prioridad absoluta proteger al niño del acceso a ventanas abiertas. En primer lugar, no se deben colocar muebles a los que el niño pueda trepar delante de una ventana.

2.2.3 Tipos de accidentes domésticos.

Caídas.

Según la Organización Mundial de la Salud, una caída es “todo acontecimiento por el cual una persona se ve forzada a tomar apoyo bruscamente contra el suelo, el piso o cualquier superficie situada a un nivel inferior” (Peden et al 2012), por su parte, Esparza (2016) manifiesta que las caídas son las lesiones más frecuentes en niños, no obstante, debido a que la mayoría de ellas son caídas sin consecuencias físicas, su prevención recibe menos atención que otro tipo de lesiones.

Las caídas son los accidentes más comunes en el hogar además son el motivo de consulta más frecuente en todos los servicios de guardia (Cussi 2010). según expertos del Instituto Nacional de la Salud Infantil y el Desarrollo en Estados Unidos, los principales factores que se asocian con las caídas en la niñez son los siguientes: los factores sociodemográficos como la edad del niño, el sexo, el grupo étnico al cual pertenece y la condición socioeconómica; el desarrollo físico del niño; el tipo de actividad que precedió a la caída, como correr, caminar o trepar; el lugar de la caída; la altura de la caída; las características de la superficie de recepción, como la textura, la homogeneidad y la capacidad de deformarse (Citado por Huaman, 2015), además Sisalima (2015) añade que la combinación de curiosidad, inmadurez de las habilidades motoras y la falta de juicio, hacen que los preescolares sean especialmente susceptibles a este mecanismo. Los niños de mayor riesgo son los menores de 5 años que juegan sin supervisión.

Epidemiología:

Según Bustos, Cabrales, Cerón y Naranjo (2013), un factor que interviene para que un niño sufra de un accidente es que el mayor peso de la cabeza en proporción con el resto del cuerpo facilita que, ante un apoyo a nivel abdominal, el cuerpo sea vencido por el peso y, al balancearse, se presente la caída.

En la gran mayoría de los países, la causa de traumatismo más frecuente en los niños son las caídas. Así se aprecia en las estadísticas en Turquía en un estudio en el 2010 las caídas fueron las más frecuentes con el 75,4%, (Inanc et al. 2012). En los Estados Unidos en el 2004, más de 46.894 niños y jóvenes menores de 20 años murieron como consecuencia de una caída. Además de ser la cuarta causa de muerte por lesiones en los niños, la sexta en Australia en niños de 0 a 14 años de edad. Además, se produjeron caídas mortales en un 66%. (Peden et al, 2012) y en España , Benítez, Soriano y León (2010) afirmaron que del total de accidentes registrados, las caída son más común (28,3%).

La estrategia de cero a siempre de la comisión intersectorial de primera infancia (2012) publicada por el ICBF en Colombia, menciona que los accidentes más frecuentes en los menores de 5 años de edad son las caídas, con mayor frecuencia las que ocurren en el hogar. En Brasil en el 2012, donde se describieron algunos factores relacionados con las caídas, se encontró que el principal grupo afectado fue el de 1 a 4 años, ocurriendo principalmente en el hogar; la forma más frecuente fue la caída de la misma altura, seguida desde algún otro nivel, como la cama, la silla o la escalera. De los que consultaron a urgencias, el 79,4% fueron dados de alta el mismo día, el 9,7% fueron hospitalizados por alguna razón, el 10,8% fue referido a un servicio de mayor complejidad o necesitó valoración por alguna especialidad quirúrgica y el 0,1% murió (Malta et al. 2012).

En el Perú, el estudio realizado por Benavides, León, Veramendi y D`Azevedo (2012) describe que el accidente más frecuente es la caída que alcanza un porcentaje de 63%, y es mayor la incidencia en niños entre 3 a 5 años además revela que por área geográfica Lima registra la mayor cantidad de casos.

Consecuencias:

Guillen et al (2011) en su estudio identificó que un 80,1% sufrió de caídas también se muestra que el trauma es la consecuencia más común, al 78,9%, le afectó el cerebro y el cráneo, al 20,2%, en el esqueleto, al 16,3% en el abdomen y al 15,3% en otras regiones En

la evaluación, el 1,5% de los pacientes estaba en estado vegetativo persistente, el 0,5% tenía discapacidad severa y el 1% tenía una discapacidad moderada. Un 9,5% tenía algún tipo de trastorno psicológico persistente y el 3,8% necesitaba algún tipo de ayuda para realizar actividades diarias. Dato importante es que el 12,9% de los padres reportaron alteraciones graves de la dinámica familiar relacionadas con el evento traumático.

Sesma, Slomine, Ding y Maccarthy (2008) refirieron que los traumatismos son trastornos que toman mucho tiempo, meses o quizá años para definirse como secuelas, mientras tanto el niño requiere de consultas, exámenes y terapias especializadas. Según Aitken et al (2009) generalmente durante este tiempo uno de los padres deja de trabajar o necesitan de una persona para el cuidado del niño. Todo esto ocasiona una carga, tanto por lo emocional como económica, sobre la familia, es por ello que el TEC pediátrico debería ser considerado como un problema de salud pública (Rockhill, Fann, Fan, Hollingworth y Katon, 2010).

Quemaduras.

Pérez, Martínez, Ferreiro y Carrera (2011), en su Guía Práctica definieron las quemaduras que son el resultado de un traumatismo físico o químico que conlleva la desnaturalización de las proteínas tisulares, produciendo de una leve afectación del tegumento superficial hasta la destrucción total de los tejidos comprometidos.

Por su parte, la OMS (2016) las definió una lesión a la piel u otro tejido orgánico causada principalmente por el calor o la radiación, la radioactividad, la electricidad, la fricción o el contacto con productos químicos.

Epidemiología:

A nivel mundial, las quemaduras en menores de 5 años, ocurren frecuentemente en el hogar, específicamente en la cocina. La quemadura térmica es la más frecuentes y están más asociadas a la preparación de las comidas. Los agentes agresores más comunes son los alimentos, las bebidas, el aceite y otros productos calientes (Gimenizl, Pereira y Nascimento, 2009), Las quemaduras son la tercera causa de muerte en menores de 5 años así lo revelan Spiwak et al. (2014) y Mock et al. (2009) además refieren que las quemaduras representan un serio problema de salud pública mundial y describen que anualmente hay más de 300.000 muertes debidas solo a quemaduras por fuego.

Alharthy et al. (2016) realizaron un estudio en uno de los hospitales más grandes de Arabia Saudita y Medio Oriente. Su muestra estuvo conformada por 148 pacientes pediátricos (de entre 1 mes y 14 años) siendo el 80% menores de 5 años los afectados. Para Olawoye, Iyun, Ademola, Michael y Oluwatosin (2014) en la India los menores de 5 años son los que sufren el 50% de todas las quemaduras.

En México, según la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, en 2010 las quemaduras ocupan la posición 18 con 23,291 casos y en el 2011 en el lugar 17 (129,779 casos) Orozco, Celis, Méndez y Miranda (2011) en Colombia, más de 1.100 niños fallecieron durante 10 años de observación, lo que representa el 22,1% de todas las muertes relacionadas con quemaduras. Aldana, Castellanos, Osorio y Navarrete (2016), según COANIQUEM (2009) en Chile se presentan 100.000 casos de quemaduras y un 90% son niños además estas ocurren en el hogar en presencia de adultos.

En el Perú cada año más 15 mil niños son atendidos en diferentes establecimientos por quemaduras ya sean leves o severas, el 2014 INSN atendió cerca de 900 pacientes nuevos por quemaduras y en el 2015 se reportó 2400 de casos y el 80% fueron causadas por líquido caliente.

Causas:

Los mecanismos que producen las quemaduras son múltiples, siendo los más comunes: Líquido caliente, producidas normalmente por agua o aceite; las llama , producidas por el fuego; los sólidos calientes, producidas por contacto con superficies calientes (hornos, planchas, estufa, tubo de escape); la electricidad originadas por el paso de la corriente eléctrica a través del organismo; los productos químicos, que entran en contacto con la piel y/o tejidos (ácidos, álcalis o sustancias orgánicas); el frío originado por hipotermia o congelación (temperatura inferior a 0° C) y por último la radiación producidas por exposición a otras energías (Rayos UVA/UVB o Radioterapia) (Gómez, Díaz de Florez y Luna, 2005).

En el Perú, el líquido caliente es la mayor causa de quemaduras así lo reporta INSN (2014), En ese sentido, y bajo el lema “No más niños quemados” MINSA lanzó una campaña para prevenir las quemaduras. También refiere que ocurren con mayor frecuencia en familias que viven en hacinamiento, Siendo los más afectados niños, de entre 1 y 4 años.

Clasificación de las quemaduras según su profundidad:

Clasificando las quemaduras en función de la profundidad que abarca la lesión, tradicionalmente se establecen por grados (1º, 2º, 3º y 4º). Hoy en día, se considera más correcta su clasificación según las capas de piel afectadas (Piriz, 2005).

La profundidad de las quemaduras depende, entre otros factores, de la temperatura de la fuente y de la duración de la exposición a la misma. Se han clasificado a las quemaduras en grados. Como primer grado afectarán solo la epidermis y suelen ser el resultado de la acción solar o la exposición a una llama directa por un corto tiempo. Clínicamente la piel lesionada se observa eritematosa, sin ampollas y el paciente se queja de dolor en ese sitio, debido a la irritación de las terminales nerviosas sensitivas (Schwartz, Chirino y Rodríguez, 2008).

Las quemaduras clasificadas como de segundo grado superficial, afectan parcialmente a la dermis superficial; tienen como signo distintivo la aparición de ampollas y suelen ser resultado del contacto con el agua caliente u otros líquidos o deberse a la acción breve de la llama directa. Se desarrolla un eritema muy sensible al tacto u otros estímulos. Las quemaduras de segundo grado profundas comprometen los dos tercios más profundos de la dermis. Los agentes etiológicos suelen ser la llama directa o la acción de líquidos calientes. La piel puede presentarse pálida o de color rojo brillante, de consistencia dura o pastosa y puede haber o no ampollas. Esta zona suele ser insensible al ser punzada por lesión de las terminales nerviosas. La cura completa es lenta y demora alrededor del mes o más tiempo (Pérez, Lara, Ibañez, Cagigal, y León, 2006).

Las quemaduras de tercer grado, implican la destrucción completa de todo el espesor de la piel comprometen epidermis, dermis, tejido conectivo, tejido adiposo, músculo o hueso (Botero, Castañeda y Henao, 2008).

Consecuencias.

Rojo y Cardoso (2016) manifestó que una quemadura se considera un traumatismo que destruye la piel y sus tejidos adyacentes, causado por agentes físicos de distintos tipos: Químicos, eléctricos y radioactivos. Este tipo de traumatismos provoca la pérdida de grandes volúmenes de líquidos y electrolitos, que pueden sufrir un shock hipovolémico e incluso la muerte. Es importante recordar la alta gravedad e incapacidad de este tipo de lesiones, sobre todo en niños con edades entre 2 y 4 años, cuya evolución dependerá del

grado de profundidad, el tipo de factor causante de la misma y la superficie corporal expuesta ese factor.

Callupe, refirió que las lesiones por quemaduras no sólo producen marcas imborrables en el cuerpo, también limitaciones físicas, riesgo de infecciones y un dolor intenso, lo que puede provocar complicaciones en la recuperación del paciente, en especial si se trata de un niño (citado del INSN, 2015).

Así también describen McInemy, Adam y colaboradores que clasificaron las consecuencias físicas y psicológicas: Las consecuencias físicas alteran la anatomofisiología del paciente en base a la expansión y profundidad de la quemadura, demora en la recuperación, tendencia a la formación de cicatrices hipertróficas; y pueden presentarse complicaciones en los huesos, tendones y tejidos subcutáneos. Casos severos puede comprometer la funcionalidad de los sistemas locomotores, nerviosos y respiratorios. las Consecuencias psicológicas originan un desencadenamiento de emociones negativas como el miedo, la ansiedad, los temores y frustraciones a objetos o personas (citado por Huaman, 2015).

Velez (2014) refirió que las quemaduras son la segunda causa de mortalidad, principalmente en los menores de edad, a nivel infantil las quemaduras ocupan el primer lugar de los accidentes en el hogar. Las consecuencias de este tipo de percances en los hogares cobran un gran número de vidas; además, las secuelas físicas en lesiones y discapacidades muy alta.

Intoxicación.

Por intoxicación se entiende a la lesión causada por sustancias exógenas que provocan muerte celular, los tóxicos pueden ser inhalados, ingeridos y/o absorbidos. (Peden et al. 2012). Sisalima (2015) añadió que también puede ser producida por sustancias naturales o químicas que podrían causar daños parciales o letales de acuerdo al grado de toxicidad del mismo, además de producir deterioro de sistemas respiratorios, cardiacos, digestivos, nerviosos, etc.

Leal confirmó que las intoxicaciones son frecuentes en niños de corta edad que en su “fase exploradora”, tienen a su alcance el producto tóxico o niños mayores que ingieren sustancias tóxicas guardadas en recipientes distintos al original (citado por Huaman, 2015).

Epidemiología:

La OMS calculó que 45.000 niños y jóvenes menores de 20 años se pueden atribuir cada año a las intoxicaciones agudas. (Citado por Valero, 2014). En España en el 2005 el Servicio de Información Toxicológica, del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, registró 4.891 consultas por un contacto potencialmente tóxico con productos de limpieza en niños (hasta 14 años). En el estudio realizado por Azkunaga, Mintegi, Salmón, Acedo y Del Arco (2013) donde se registra 400 intoxicaciones, de las cuales el 77% eran menores de < 7 años; el lugar donde sucedieron fue el hogar, principalmente por ingesta no intencionada (89,6%), productos del hogar (75; 24,4%) y cosméticos (18; 5,8%).

En el informe de la American Association of Poison Control Centers (AAPCC-TESS) referente al año 2004, se registraron 124.962 casos en niños menores de 6 años con productos de limpieza (Fernandez, 2012).

En Honduras más del 50% de las intoxicaciones ocurre en los menores de 5 años , y en su gran mayoría son accidentales además el 90% tiene lugar en el hogar (Bennett, Grande, 2010). Por otro lado, en Uruguay García et al (2008) en su investigación hallaron que el 3%de las madres no guarda la medicación, insecticidas, pinturas y solventes lejos del alcance de los niños, 57% guarda los productos de limpieza debajo de la mesa y 60% no deja el producto de limpieza y/o pintura en su verdadero envase.

Causas:

Mintegi (2016) manifestó que las intoxicaciones agudas pediátricas no intencionadas pueden estar causadas por varios productos domésticos de uso habitual, incluyendo los medicamentos, productos de limpieza, cosméticos, alcohol, plantas y pesticidas. Un porcentaje no despreciable de las intoxicaciones no intencionadas en el hogar se debe a la ingesta de sustancias almacenadas en recipientes no originales y, con cierta frecuencia, las familias admiten que almacenan estos productos al alcance de los niños.

Los productos usados en el hogar son tóxicos como los limpiadores de horno, destapadores de cañerías, removedores de pintura, limpiadores de metales y productos para la limpieza de sanitarios contienen sustancias extremadamente peligrosas. Además, cuando se inhalan, irritan las mucosas dificultando la respiración. Si son ingeridos producen dolor en la boca y en el pecho. Los niños suelen intoxicarse con la manipulación de envases

vacíos. Todos estos productos deben ser guardados en un lugar seguro y lejos del alcance de los niños (Cussi, 2010).

Por otro lado, Aguilar (2010) manifestó que la mayoría de niños que se intoxican son menores de 6 años que accidentalmente se intoxican con productos de limpieza, medicamentos y productos de cuidado personal. En la mayoría de los casos, el agente ingerido tiene efectos mínimos o no es tóxico en realidad, pero en otras ocasiones los efectos secundarios ponen en riesgo la vida del niño.

Los fármacos más frecuentemente implicados en las intoxicaciones accidentales en niños pequeños, sobre todo el paracetamol. Hoy en día en nuestro medio la causa de intoxicación pediátrica más frecuente registrada en urgencias hospitalarias (16% del total de intoxicaciones y 88,5% de las intoxicaciones por antitérmicos). El 20% de todas las intoxicaciones accidentales en niños menores de 5 años se deben a ingestas líquidas de paracetamol sin tapón de seguridad (Mintegi, 2008).

Los plaguicidas, también pueden ocasionar efectos a largo plazo. La toxicidad crónica hace referencia a aquellos efectos que se producen por la exposición prolongada a bajas cantidades o concentraciones de una sustancia química; y que pueden ser acumulativos, produciendo enfermedades que se manifiestan en el mediano o largo plazo (Benítez, 2012).

Síntomas y signos:

Dependerán de la vía de entrada, si es por vía oral, se producirán vómitos, dolor abdominal, mientras que los que llegan por vía inhalatoria suelen producir dificultad para respirar. También dependerá de los tipos de sustancias, las manifestaciones clínicas afectarán a varios órganos a la vez, produciendo síntomas a varios niveles; afectará a la vía respiratoria, al cerebro, al corazón, etc. Mientras que, en otras ocasiones, aparecerá afectación casi exclusivamente en un determinado órgano o sistema, como en el caso de ingesta de psicofármacos, que producirán, sobre todo, efecto sobre el cerebro, es decir, síntomas neurológicos como somnolencia, mareo, alucinaciones y los volúmenes ingeridos ocasionan trastornos graves (López, 2016).

Consecuencias:

Para Prieto la ingesta de sustancias cáusticas son un gran problema médico, ya que generan lesiones de gran compromiso en esófago. Esta lesión va desde una quemadura epitelial mínima hasta la necrosis total de la pared, pudiendo afectar el esófago, estómago, duodeno, yeyuno y otros órganos. Por su parte Espinoza refiere que, pueden causar lesión e irritación en vías respiratorias superiores. La ingestión de cáustico es un cuadro clínico agudo caracterizado por dolor local, irritación, eritema, edema, vesiculación, hemorragia, necrosis de labios, lengua, carrillos y orofaringe, sialorrea, vómitos, hematemesis, diarrea, hematoquecia, odinofagia, disfonía, dolor retroesternal y epigástrico, dificultad respiratoria, colapso circulatorio y edema pulmonar (citado por Rivero, 2013).

2.3 Cultura de prevención.

2.3.1 Definición de cultura.

Goodenough la definió como todo aquello que conoce o en lo que se cree con el fin de actuar de una manera aceptable para el colectivo social. La cultura no es un fenómeno material, no consiste en conductas, emociones, cosas o personas. Es un conjunto de todo eso, es la forma de las cosas que la gente tiene es su mente, sus modelos de percibirlas, de relacionarlas o de interpretarlas (citado por Dueñas y Puertas, 2014).

2.3.2 Definición de prevención.

Refirió Selmini refiere que prevención son estrategias dirigidas a disminuir la frecuencia de ciertos comportamientos (citado por Ruano, 2015).

2.3.3 Definición de cultura de prevención

Dueñas y Puertas (2014) la definieron como un conjunto de conocimientos, habilidades experiencias creencias y valores que conducen a adoptar decisiones, comportamientos, hábitos, individuales y colectivos, dirigidos a reducir y evitar riesgos para las personas, los bienes o el medio ambiente, logrando favorecer el desarrollo sostenible y el bienestar de las generaciones futuras.

Por su parte, Baron (2012) refirió que es preciso fomentar una auténtica cultura preventiva, además de promover una mejora en la educación en todos los niveles, involucrando a la colectividad en su conjunto y generando conciencia de los impactos

personales, familiares, laborales, sociales, ambientales y económicos. Este hábito se crea en el hogar, siendo el ejemplo un factor determinante, es decir que todo lo que ocurre al interior de ella repercute a un nivel más amplio, trascendiendo su ambiente particular para influir en la sociedad en su conjunto.

Por lo cual surge la necesidad que las familias cumplan su rol, así lo afirman Souza, Rodríguez y Barroso quienes afirmaron que la familia es la responsable de promover la salud y el bienestar a todos los miembros del hogar, desempeñando acciones de protección, seguridad y cuidados. Sin embargo, es todo lo contrario, al creer que conocen su entorno ignoran los cuidados mínimos de seguridad y la adopción de conductas saludables. Además, revela que la familia que han pasado por un accidente o lesión con sus hijos, afrontan un nuevo accidente como parte del aprendizaje del niño, y no llegan a desarrollar un comportamiento preventivo en el hogar (citado por De Lima, Barbosa, Silva, Vieira y Oria 2009).

En el estudio de De Lima, Barbosa, Silva, Vieira y Oria (2009) titulado “Accidentes en la infancia: el lugar de ocurrencia y la conducta de los familiares en el ámbito domiciliario” estos revelaron que la presencia de los padres en el hogar no garantiza que los menores estén protegidos de accidentes, ya que el 79,21% de los casos la madre estaba presente y únicamente en 2,57% los menores estaban solos en el domicilio en el momento del accidente.

En Colombia, la Secretaría distrital de integración social (2011) reveló que la cultura de la prevención y la protección debe abordar no sólo las lesiones intencionales hacia la niñez como el abuso sexual, el castigo corporal, entre otras; sino también las lesiones no intencionales que corresponden a los accidentes dentro del hogar o en escenarios en los que se desenvuelven los niños y las niñas con el fin de asegurar sus vidas.

Carrillo y Contreras (2013) recomendaron que es importante tener en cuenta para la prevención de los accidentes en el hogar, el proceso de desarrollo en que estén los integrantes de la familia ya que los accidentes varían según el nivel de instrucción de los miembros de la familia, el tipo de trabajo de los padres, y su ejecución dentro o fuera del hogar, las características de la vivienda que favorecen o protegen de ciertos accidentes, las costumbres y el nivel socioeconómico entre otros.

2.4 Rol de la enfermería en la promoción de la salud.

Según la OMS, “La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal”

Para Grande, el cuidado de enfermería es un compromiso “oficial”; es la tarea profesional de la enfermería como una actividad de cuidado estandarizado, protocolizado y regulado que establece exigencias de eficacia. El cuidado como actitud, es la responsabilidad por las personas y por el mundo, es una situación de sensibilidad ante la realidad, toma de conciencia de su vulnerabilidad, de permitir que nos interpele y nos obligue a la acción, como modo de humanidad. Por eso es fundamental educar en la actitud del cuidado en cuanto a promover y fomentar la aparición de esta sensibilidad, como lo expresa de Ellacuría “hacerse cargo de la realidad, cargar con ella, encargarse de ella” (citado por Meza, Rodríguez, Nava y Gómez, 2009).

Por su parte, Yaringaño (2012) reveló que las funciones esenciales de la enfermería son la defensa, promover un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación o educación. Es por ello que la enfermera tiene un papel relevante en el equipo de atención primaria, además de tener como objetivo la atención en la promoción y el abordaje de los problemas de autocuidado realizando todo ello a través en el contexto de su actividad profesional: el centro de salud, el domicilio de las personas y la comunidad.

Para Kossier y otros, la educación es un componente esencial en la profesión de enfermería; es lo sustantivo del rol enfermero, pues es el centro del cuidado que el profesional brinda a las personas en los diferentes ámbitos de actuación, algunos autores consideran que el enfermero es un educador por naturaleza, diversos teóricos de enfermería resaltan la razón de ser de la educación en este contexto profesional. Por ejemplo, Virginia Henderson la identifica como una necesidad de los pacientes que debe satisfacerse, Dorothea Orem mostraron que la educación es fundamental en el contexto del autocuidado y Jean Watson hizo hincapié en la necesidad de promover la enseñanza aprendizaje. Esta actividad favorece la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación. Por otro lado, es considerada una función autónoma del profesional de enfermería, de gran relevancia (citado por Jiménez, López y Restrepo, 2013).

Arribas, Gasco, Hernandez y Muñoz (2009) recalcaron que educar es más que informar, pues no se trata sólo de aportar conocimientos. Cada persona dispone de sus propios recursos, en el área del conocimiento, y en las áreas emocionales y de las habilidades. La enfermera, mediante el aprendizaje significativo, permite que la persona aprenda desde sus vivencias y conocimientos previos y, así, podrán desarrollar capacidades que les permitan modificar los comportamientos propuestos. No se trata tampoco de “obligar” utilizando el miedo o la imposición, ni de “persuadir”, sino de “motivar”, de facilitar el desarrollo para que tomen decisiones de forma consciente y con autonomía sobre su propia salud. Teniendo en cuenta creencias, actitudes, valores y habilidades. Esto requiere la conquista de la autonomía que es una de las finalidades de la educación para la salud.

Romero Pediatra de la Sociedad Chilena, explicó que los accidentes en el hogar resulta de la compleja interacción de factores sociales, educativos, ambientales, económicos, culturales, políticos, entre otros, que confluyen en determinadas circunstancias y resulta en la situación que desencadena la lesión y que las acciones y procesos que se emprendan con el propósito de reducir la morbilidad y mortalidad asociada a los accidentes domésticos, han de considerarse los aspectos. Por su parte, Pearson agrega que brindar a los hogares educación individual de acuerdo a sus riesgos, disminuye la accidentalidad; la mayor efectividad de cualquier estrategia educativa se logra principalmente en familias donde ya ocurrieron accidentes, sobre todo en aquellos que necesitaron hospitalización (citado por Valero, 2014).

Por eso se recalca el trabajo extramural que debe realizar el profesional de salud. El trabajo extramural comprende el conjunto de acciones e intervenciones realizadas fuera de las instalaciones de los servicios de salud, como parte de la prestación de salud. El trabajo intra e extramural completa la atención de la persona, familia y comunidad. Con ello, la prestación de salud deja de ser una actividad pasiva y discontinuada. Los lugares donde se efectúan las actividades extramurales pueden ser visitas domiciliarias, visitas institucionales y a organizaciones comunales, visitas a espacios comunitarios y lugares públicos (Spelucin, 2007).

2.5 Prevención de accidentes del hogar.

Para ANIQUEM la prevención son medidas que se toman en cuenta para evitar accidentes, conjunto de actuaciones y consejos específicamente del personal de salud. La OMS consideró que es de suma importancia la educación para la salud. Esta incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitario (Citado por Yaringaño, 2012).

2.5.1 Prevención de caídas.

Peden et al. (2012) manifestaron que las caídas pueden reducirse utilizando estrategias de prevención eficaces. Además, en diversos entornos deben evaluarse algunas prácticas prometedoras que son, por ejemplo, los siguientes:

El implementar programas comunitarios multifacéticos, el rediseño del mobiliario y de otros productos destinados a los niños en edad preescolar, el establecimiento de normas aplicables en los patios de juegos, la promulgación de normas sobre los dispositivos de seguridad para las ventanas, el uso de puertas y barandillas de protección en las escaleras, la realización de visitas domiciliarias de apoyo y realizar programas educativos para familias vulnerables, las campañas de comunicación dirigidas a los padres y al personal sanitario, el brindar la atención pediátrica urgente apropiada.

2.5.2 Prevención de quemaduras.

La prevención de quemaduras es uno de los dos grandes pilares de la labor que realiza ANIQUEM (2017) en la sociedad peruana, teniendo como objetivo principal crear conciencia sobre la necesidad de prevenir los accidentes por quemaduras. En el área de prevención se trabaja principalmente brindando charlas y talleres dirigidos a grupos vulnerables y organizados dentro la comunidad (como clubes de madres, vaso de leche, escuelas, etc.) y también a empresas públicas y privadas.

Las medidas preventivas que revela Leal son el control de fuentes de energía térmica, evitando cocinar con el niño en brazos, no pasar ningún alimento caliente sobre este, cuando se va a freír, no introducir los alimentos con agua en el aceite, pues esto produce salida del líquido caliente que puede quemar a las personas que están cerca; control de fuentes de

energía eléctrica , los aparatos eléctricos deben permanecer desconectados si no están en uso; control de fuentes de energía química mantener los productos corrosivos (lejía, ácido muriático) de uso en el hogar lejos del alcance del niño (citado por Huaman, 2015).

2.5.3 Prevención de intoxicación.

Da Cuña (2012) mencionó que existen medidas dirigidas a la prevención, como la educación para el mantenimiento de los tóxicos en sus envases originales y en lugares seguros fuera del alcance de los niños o la exigencia de los usuarios a la industria de la presentación de dichos productos en envases seguros o con dosis limitadas, así como la evitación de similitudes con caramelos. También es fundamental regular los productos habitualmente utilizados por los niños, de tal manera que ninguno tenga sustancias tóxicas.

Loja (2010) aconsejó que se debe guardar los productos tóxicos en lugares bien seguros, fuera del alcance de los niños, etiquetar debidamente los recipientes y a ser posible mantener los productos en sus envases originales, seguir las instrucciones de uso del fabricante del producto, no almacenar conjuntamente distintos tipos de productos (alimenticios, tóxicos, etc.).

2.6 Teoría de Enfermería

Esta teoría identifica en la persona factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción. El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud. Esta teoría continúa siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria. El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. El modelo de promoción de la salud propuesto por Nola Pender, es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería; según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud.

La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud. La concepción de la salud en la perspectiva de Pender, parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida. Este modelo le da importancia a la cultura, entendida ésta como el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación a otra. El modelo de promoción de la salud de Pender se basa en tres teorías de cambio de la conducta, influenciadas por la cultura, así: La primera teoría, es la de la Acción Razonada: originalmente basada en Ajzen y Fishben, explica que el mayor determinante de la conducta, es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo. Se plantea que es más probable que el individuo ejecute una conducta si desea tener un resultado. La segunda es la Acción Planteada: adicional a la primera teoría, la conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas. La tercera es la Teoría Social Cognitiva de Albert Bandura en la cual se plantea que la auto eficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano, definida como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento”. Adicional a lo anterior, la auto eficacia es definida como la confianza que un individuo tiene en su habilidad para tener éxito en determinada actividad. Según Pender, el Modelo de Promoción de la Salud retoma las características y experiencias individuales, además de la valoración de las creencias en salud, en razón a que estas últimas son determinantes a la hora de decidir asumir un comportamiento saludable o de riesgo para la salud, debido a su alto nivel de interiorización y la manera de ver la realidad que lo rodea.

2.7 Salud del preescolar.

Para Benitez (2016) el niño es una persona en continuo desarrollo durante todo el proceso de crecimiento. Además de los cambios corporales, el niño va adquiriendo habilidades, desarrollando destrezas y modificando su forma de pensar y de entender el mundo. El conocimiento de las características del comportamiento de los niños en cada edad o etapa evolutiva permitirá ajustar mejor las nuestras expectativas sobre su comportamiento y adoptar las medidas preventivas adecuadas para evitar que se produzcan alteraciones o lesiones. Es muy importante la prevención de lesiones accidentales en la

infancia, además de proteger a los niños de los peligros y las situaciones que pueden dar lugar a un accidente.

La niñez por sus propias características, requiere para su supervivencia la supervisión y el cuidado de los demás; cubrir sus necesidades básicas están en manos de sus cuidadores que generalmente son las madres. Los pequeños necesitan especial atención; pues encuentran en un continuo proceso de desarrollo, son sensibles a los de desequilibrios biológicos, por eso se considera que sus cuidadores tengan un conocimiento sobre dichas necesidades. La madre que cuida a su hijo en la edad preescolar tiene que tener la capacidad para obtener el conocimiento sobre el desarrollo de su hijo de igual manera hacer juicios y tomar decisiones (Pérez ,1997).

Santiago, Fernández, Esquirol y Sánchez (2007) informaron que los diferentes tipos de accidentes se sitúan entre las causales frecuentes de morbilidad y mortalidad en la edad preescolar. Los preescolares se exponen a sustancias químicas como medicamentos, plaguicidas, productos del hogar e industriales, que incrementan el riesgo de sufrir intoxicaciones agudas. Al analizar su distribución por edades, se observa clásicamente un pico de incidencia entre los preescolares, con predominio del sexo masculino. La frecuencia de los accidentes es superior en preescolares ya que obedece a su gran curiosidad por lo que le rodea. Los traumas craneoencefálicos son frecuentes en pediatría y las causas de estos traumas son las caídas. Diversas investigaciones realizadas reportan en los accidentes infantiles predominio en la edad preescolar.

El niño.

Los niños preescolares aprenden mucho además expresan interés por el mundo que los rodea. Les gusta oír, tocar, probar, oler y experimentar por su cuenta. Tienen mucho interés en aprender; ellos aprenden a través de la experimentación y de las acciones. A los 3 años son autónomos, pero no saben reconocer los peligros; no puede aún aprender y poner en práctica las normas de seguridad. También lo que más les gusta es imitar a los adultos (Yaringaño, 2012). Cerdas, Polanco y Rojas (2002) mencionaron que el niño de 4 y 5 años tienen gran curiosidad por los aparatos que lo atraen y entretienen, aumenta la autonomía, desarrollando una gran confianza en sí mismo lo que motiva a ponerse en situaciones de riesgo.

Madre.

Soto y Casanova (2009) definieron el término madre como una construcción social, individualizada, de acuerdo a las experiencias de vida de cada persona. Las madres no nacen ni se hacen; son una construcción continua y permanente. La maternidad no es solamente biológica, la maternidad o ser madre también es una cuestión de afinidad, naturalidad, que se puede generar entre las personas. El hablar de las funciones de la madre es complicado, cada cultura tiene sus propias pautas y asigna diferentes funciones que responden a las necesidades específicas del entorno en el que se encuentra la madre, además de la concepción que se tenga de esta.

Por su parte, Tomey revela que el término madre, se aplica tanto a la madre biológica del niño como a la persona que lo cuida, junto con sus características más importantes. Entre estas características se incluyen los condicionamientos psicosociales de la madre, sus preocupaciones con respecto al niño, su propia salud, la magnitud del cambio que experimenta en su vida, las expectativas que despierta el niño en ella y sobre todo su estilo de maternidad y su capacidad de adaptación (Citado por Carrillo y Contreras 2013).

En el cuidado que las mujeres brindan en el hogar se reflejan sus conocimientos que son el resultado de procesos sociales, consecuencia de la interacción que establecen con ámbitos de socialización como son los servicios de salud del modelo dominante de atención a la salud, la transmisión de conocimientos del modelo dominado, medicina tradicional, y de nuevas experiencias adquirida a través de sus relaciones con mujeres y de su propia experiencia adquirida en especial en el ámbito doméstico. El saber femenino del cuidado a la salud en el ámbito doméstico se construye a través de la experiencia de las mujeres en la interacción con distintos espacios y agentes sociales, los cuales van aportando toda una gama de conocimientos relacionados con el cuidado- curación (Hernández, Arenas, Monreal.y Valde, 2001).

La interacción social en la vida cotidiana de las mujeres para cuidar la salud es una realidad que comparte con otros cara a cara: con sus propios hijos, con su madre, vecinas y profesionales de la salud. Esta acción no es autónoma ni aislada de la estructura social, sino que es la suma total de las pautas recurrentes de interacción. Las mujeres en estas interacciones acumulan una experiencia biográfica e histórica. En virtud de esta acumulación se forma un acopio social del conocimiento que se transmite de generación en generación y está al alcance del individuo en la vida cotidiana (Berger y Luckmann, 1986).

3. Definición de términos

Accidentes: La Organización Mundial de la Salud, definió accidente como un acontecimiento fortuito, generalmente dañino e independiente de la voluntad humana, provocado por una fuerza exterior que actúa rápidamente y que se manifiesta con la aparición de lesiones orgánicas o trastornos mentales (citado por Valdez, Clúa, Podadera y Zacca 2007).

Accidentes domésticos: La OMS definió los accidentes domésticos como aquellos que ocurren en el hogar (escalones, patio, jardín, garaje, accesos a los pisos, vestíbulos en la escalera, etc.). El hogar es el lugar habitual de los accidentes de los niños menores de cinco años (citado por Minda, 2011).

Conocimientos: Cheesman (2010) los define como el cúmulo de información que es adquirido de forma científica o empírica. También refiere que conocer es aprehender o captar con la inteligencia los entes y así convertirlos en objetos de un acto de conocimiento. Todo acto de conocimiento supone una referencia mutua o relación entre sujeto y objeto

Prácticas: Colchado y Velásquez (2006) las definieron como las destrezas aprendidas, por experiencias, uso cotidiano, costumbres o conducta.

Prevención: Según Selmini, la prevención son estrategias dirigidas a disminuir la frecuencia de ciertos comportamientos (citado por Ruano, 2015).

Capítulo III

Materiales y métodos

1. Diseño y tipo de investigación

El trabajo de investigación tuvo un enfoque cuantitativo por tener como objetivo generar datos numéricos (Llopis, 2004); fue de tipo no experimental ya que solo observaron los fenómenos tal como se dan en su contexto natural para analizarlos; de corte transversal por que la recolección de datos se realizó en un solo momento, en un tiempo único y fue de diseño correlacional por medir el grado de relación que existe entre dos o más variables (Hernández, Fernández y Baptista 2010).

2. Variables de la investigación

2.1 Definición operacional de conocimientos.

Son los conocimientos de las madres de familia sobre la prevención de accidentes domésticos en el hogar.

2.2 Definición operacional de prácticas.

Son las prácticas de las madres de familia sobre la prevención de accidentes domésticos en el hogar.

2.3 Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Sub indicadores	Escala de evaluación
Conocimiento de madres de familia sobre accidentes domésticos en niños de 3 a 5 años.	Cheesman (2010) la define como el cúmulo de información que es adquirido de forma científica o empírica también refiere que conocer es aprehender o captar con la inteligencia los entes y así convertirlos en objetos de un acto de conocimiento. Todo acto de conocimiento supone una referencia mutua o relación entre: sujeto – objeto	<p>Son los conocimientos de las madres de familia sobre la prevención de accidentes domésticos en el hogar.</p> <p>Para medir la variable se utilizó el cuestionario “conocimientos sobre prevención de accidentes domésticos” A la escala de evaluación final fue: conocimiento bueno (7- 10pts), regular (6-4 pts) y deficiente (0-3 pts).</p>	<p>Accidentes relacionados con elementos tóxicos</p> <p>Accidentes relacionados con fuego</p> <p>Accidentes relacionados con caídas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sustancias Tóxicas • Ácido muriático o lejía. • Bencina, kerosene • Insecticida • Quemadura • Líquidos peligrosos • Quemadura con agua o aceite hirviendo • Caída • Daños de una caída • Inflamación o hinchazón 	Correcto =1 Incorrecto= 0

3. Hipótesis de la investigación

3.1 Hipótesis general.

Ha: Existe relación entre conocimientos y prácticas en la prevención de accidentes domésticos en madres con niños de 3 a 5 años.

Ho: No existe relación entre conocimientos y prácticas en la prevención de accidentes domésticos en madres con niños de 3 a 5 años.

3.2 Hipótesis específicas.

Ha₁: Existe relación entre nivel de conocimiento y la dimensión “prevención de caídas” en la Institución Educativa Inicial N° 207 de Huaycán.

Ho₁: No existe relación entre nivel de conocimiento y la dimensión “prevención de caídas” en la Institución Educativa Inicial N° 207 de Huaycán.

Ha₂: Existe relación entre nivel de conocimiento y la dimensión “prevención de quemaduras” en la Institución Educativa Inicial N° 207 de Huaycán.

Ho₂: No existe relación entre nivel de conocimiento y la dimensión “prevención de quemaduras” en la Institución Educativa Inicial N° 207 de Huaycán

Ha₃: Existe relación entre nivel de conocimiento y la dimensión “prevención de intoxicación” en la Institución Educativa Inicial N° 207 de Huaycán

Ho₃: No existe relación entre nivel de conocimiento y la dimensión “prevención de intoxicación” en la Institución Educativa Inicial N° 207 de Huaycán.

4. Delimitación geográfica y temporal

El estudio se realizó en la Institución Educativa Inicial N° 207 de la comunidad de Huaycán, que se encuentra ubicada en la Av. José Carlos Mariátegui S/N óvalo, Zona “P”, del distrito de Ate Vitarte, provincia de Lima, departamento de Lima.

La institución cuenta con ocho aulas que están distribuidas de la siguiente modalidad: tres aulas de cinco años , tres aulas de cuatro años y dos aulas de tres años.

5. Participantes

5.1 Población.

El trabajo de investigación fue aplicado en la Institución Educativa Inicial N° 207, que cuenta con una población de 206 padres de familia.

5.2 Muestra.

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia puesto que la selección del procedimiento no se basó en fórmulas de probabilidad, sino que dependió del cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión. Por lo tanto, esta muestra es de tipo censal porque todos los elementos de la población son incluidos en el estudio (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

La muestra de estudio estuvo conformada por un total de 150 madres de familia de la Institución Educativa Inicial N° 207.

5.2.1 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

Madres de niños de la Institución Educativa Inicial N° 207;

Que tengan niños de 3 a 5 años;

Que firmaron el consentimiento informado y;

Que tengan edad entre 18-45 años.

Criterios de exclusión

Madres que no aceptaron participar del estudio

Que dejen incompletas las encuestas

Que no tengan hijos en preescolar.

5.2.2 Características de la muestra

La muestra de estudio presentó las siguientes características: la mayoría de las madres indicó convivir con su pareja, manifestaron poseer una edad adulta, tener un grado de instrucción de nivel secundario. Refirieron, además, ser amas de casa y tienen más de dos hijos.

Tabla 1.

Características sociodemográficas de la población en estudio.

Variable	Escala	n	%
Estado civil	Casada	40	26.7
	Conviviente	109	72.7
	Divorciada	1	.7
Grado de instrucción	Primaria	28	18,6
	Secundaria	108	72.0
	Superior incompleto	13	8,7
	Superior completo	1	,7
Ocupación de la madre	Ama de casa	128	85.3
	Comerciante	18	12.0
	Confeccionista	2	1.3
	Empleada	2	1.3
Cuantos hijos tienes	Uno	27	18.0
	Dos	63	42.0
	Más de tres	60	40.0
Número de hijos de 2 a 5 años	Uno	98	65.3
	Dos	50	33.3
	Tres	1	.7
	Más de tres	1	.7
Edad	Joven	65	43,3
	Adulto	85	56,7
Total		150	100

6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó como instrumento el cuestionario de conocimientos y prácticas.

El cuestionario sobre conocimientos fue tomado y adaptado del trabajo de investigación: Nivel de conocimientos y prácticas preventivas sobre accidentes domésticos del cuidador del preescolar, realizado por Colchado y Velázquez (2006), quienes utilizaron y adaptaron el cuestionario “Conocimiento y práctica de madres sobre accidentes en el hogar” elaborada por Alarcón (1997). Este cuestionario contiene 10 ítems, separada y se divide en tres indicadores: accidentes relacionados con elementos tóxicos (1.1, 1.2, 1.3,1.4), accidentes relacionados con fuego (1.5,.1.6,1.7) accidentes relacionados con caídas (1.8,1.9,1.10) obteniendo un puntaje general de 10, cuya escala de respuesta se representa en conocimiento bueno (7-10pts), conocimiento regular (6-4pts) y conocimiento deficiente (0-3pts), siendo la escala de respuesta correcto (1) incorrecto (0).

El método que se utilizó para comprobar la confiabilidad del cuestionario de conocimientos fue el Alfa de Cronbach. Se trata de un índice de consistencia interna que toma valores entre 0 y 1 y sirve para comprobar si el instrumento recopila información defectuosa y, por tanto, nos llevaría a conclusiones equivocadas; o si se trata de un instrumento fiable que hace mediciones estables y consistentes. Alfa es, por tanto, un coeficiente de correlación al cuadrado que, a grandes rasgos, mide la homogeneidad de las preguntas promediando todas las correlaciones entre los ítems para ver que efectivamente, se aproximan. El cuestionario de conocimiento presentó un α de 0,736 indicando que el cuestionario de “conocimiento” es un instrumento que funciona consistentemente, si al aplicarlo habrá la seguridad de que los resultados sean consistentes.

Para la validación de contenido se aplicó la prueba V de Aiken, que es un coeficiente que se computa como la razón de un dato obtenido sobre la suma máxima de la diferencia de los valores posibles. Puede ser calculado sobre la valoración de un conjunto de jueces con relación a un ítem o como valoraciones de un juez respecto a un grupo de ítems. Asimismo, las valoraciones asignadas pueden ser dicotómicas o politómicas. (Aiken , 1985). Entre los jueces se contó con docentes dedicados a la investigación de la Universidad Peruana Unión y una licenciada en Enfermería que labora en la Clínica Good Hope en el área Pediatría, obteniendo un valor de 0.934 por lo que se la consideró válido.

El cuestionario sobre prácticas fue tomado y adaptado del trabajo de investigación “Prácticas de las madres sobre prevención de lesiones accidentales más frecuentes en niños de 2 a 5 años” elaborado por Huamán (2015). Este cuestionario interroga sobre prácticas que contiene 25 ítems, separada en tres dimensiones: prevención de caídas (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11), prevención de quemaduras (12,13,14,15,16,17,18,19,20,21), prevención de intoxicaciones (22,23,24,25) de las cuales se presentan los enunciados que responden a prácticas seguras (63-75 pts.), medianamente seguras (54-62pts) y no seguras (0-53pts), a los cuales la madre respondió según la frecuencia que las realizaba en el hogar, las opciones de respuestas fueron siempre, a veces y nunca.

Para la verificación de la confiabilidad se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,857. Además, se verificó la validez del contenido a través de la V de Aiken, obteniendo 0.934.

7. Proceso de recolección de datos

Para la recolección de datos se realizaron los siguientes pasos: primero se obtuvo la autorización de la Facultad de Ciencias de la Salud para la ejecución del estudio, luego se solicitó una carta de presentación dirigida a la directora de la Institución Educativa Inicial N° 207; Huaycán, con la finalidad de solicitarle el permiso correspondiente para realizar dicha investigación, donde se le explica el objetivo del estudio, con el fin de tener su consentimiento y desarrollar el trabajo de investigación. Con la previa autorización de la directora se procedió a coordinar el día que se llevaría a cabo el desarrollo del cuestionario. Una vez obtenida su autorización se pasó a realizar el cuestionario, previamente se les entregó un consentimiento informado a cada madre, luego se les informó sobre su participación, la cual fue anónima, se les explicó las instrucciones correspondientes, se procedió a la recolección de los datos de las encuestas.

La aplicación del instrumento estuvo a cargo de las investigadoras realizándose en el mes de noviembre del 2016, La encuesta se aplicó a las madres de la Institución Educativa Inicial N° 207 y tuvo una duración de 40 minutos.

8. Procesamiento y análisis de datos

Se utilizó el programa estadístico SPSS 23. con el propósito de organizar la información en una base de datos.

El procesamiento de datos inició con la codificación e ingreso de los datos al paquete estadístico SPSS 23. Se realizó la limpieza de datos verificando la fiabilidad del instrumento.

Para el análisis se utilizaron las tablas de distribución de frecuencias y para la comprobación de la hipótesis la prueba estadística Tau-b de Kendal que es una medida no paramétrica de correlación entre dos variables clasificadas y se mide la probabilidad de las diferencias entre las probabilidades de que los datos observados estén en el mismo orden.

9. Consideraciones éticas

En este proceso de estudios, se reflexiona sobre los principios éticos, los cuales indican en toda información brindada por los participantes para este estudio, sea respetada su autonomía.

Según la Ley General de Salud No 26842 “ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo” (Capítulo I, artículo 4).

En materia de investigación para la salud, en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad, protección de sus derechos, su bienestar y su privacidad (artículo 13 y 16).

Se hizo entrega de un consentimiento informado donde se explicó que no le compromete a ningún problema. Este consentimiento se plasmó cuando ellos aceptaron ser partícipes de este estudio.

Se construyó un consentimiento informado en el que, se explicaba detalladamente, el anonimato en que permanecería, cada encuesta a ser desarrollada, liberándolo de cualquier problema o infame. Así mismo se reiteró que la información brindada no sería usada para otros fines diferentes, al trabajo de investigación que se iba a desarrollar.

Capítulo IV

Resultados y discusión

1. Resultados

Tabla 2.

Relación entre conocimientos y prácticas hacia la prevención de accidentes domésticos en madres con niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 207; Huaycán, 2016.

	Prácticas			Total	
	No seguras	Medianamente seguras	Seguras		
Conocimiento		7	20	13	40
	Bueno	4,7%	13,3%	8,7%	26,7%
	Regular	17	42	12	71
		11,3%	28,0%	8%	47,3%
	Deficiente	13	20	6	39
	8,7%	13,3%	4%	26%	
Total	37	82	31	150	
	24,7%	54,7%	20,7%	100%	

* $t = ,162$, $p = ,028$

En la tabla 2 se observa que del 100% de las madres encuestadas, el 28% que tuvieron conocimiento regular presentó prácticas medianamente seguras, el 8,7% que evidenció conocimiento bueno presentó prácticas seguras y el 8,7% que presentó un conocimiento deficiente manifestó prácticas no seguras en la prevención de los accidentes domésticos. Además, la prueba estadística Tau B de Kendall es significativa con un valor de 0,028. Por lo tanto, se acepta la H_1 y se rechaza la H_0 . En conclusión, existe relación significativa entre los conocimientos y prácticas de prevención de accidentes domésticos en las madres con niños de 3 a 5 años.

Tabla 3.

Nivel de conocimientos de las madres hacia la prevención de accidentes domésticos.

Conocimientos	N	%
Bueno	40	26,7
Regular	71	47,3
Deficiente	39	26,0
Total	150	100,0

En la tabla 3 se observa que del 100% de las madres encuestadas, el 47,3% evidenció un conocimiento regular, seguido del 26.7% mostró un conocimiento bueno y el 26%, un conocimiento deficiente en lo referente a la prevención de accidentes domésticos.

Tabla 4.

Nivel de prácticas de las madres hacia prevención de accidentes domésticos.

Practicas	N	%
Seguras	31	20,7
Medianamente seguras	82	54,7
No seguras	37	24,7
Total	150	100,0

En la tabla 4 se observa que del 100% de las madres encuestadas, el 54,7% obtuvo prácticas medianamente seguras, 24,7% presentó prácticas no seguras y el 20,7% evidenció prácticas seguras en la prevención de accidentes domésticos.

Tabla 5.

Relación entre el nivel de conocimiento y la dimensión “prevención de caídas”

		Prevención de caídas			Total
		No seguras	Medianamente seguras	Seguras	
Conocimiento	Bueno	5 3,3%	21 14%	14 9,3%	40 26,7%
	Regular	21 14%	42 28%	8 5,3%	71 47,3%
	Deficiente	12 8%	21 14%	6 4%	39 26%
		38	84	28	150
	Total	25,3%	56%	18,7%	100%

* $t = .190$; $p = ,01$

En la tabla 5 se observa que del 28% de las madres que mostró un conocimiento regular presentó prácticas medianamente seguras en la dimensión “prevención de caídas”. el 9.3% con un conocimiento bueno manifestó prácticas seguras y solo un 8% que evidenció un conocimiento deficiente indicó prácticas no seguras. Asimismo, la prueba estadística Tau B de Kendall es significativa con un valor de 0,01. Por lo tanto, se acepta la H_1 y se rechaza la H_0 , evidenciando que existe relación significativa entre los conocimientos y prácticas en la dimensión “prevención de caídas” en madres con niños de 3 a 5 años.

Tabla 6.

Relación entre el nivel de conocimiento y la dimensión “prevención de quemaduras”

		Prevención de quemaduras			Total
		No seguras	Medianamente seguras	Seguras	
Conocimiento	Bueno	8 5,3%	18 12,0%	14 9,3%	39 26,7%
	Regular	23 15,3%	32 21,3%	16 10,7%	71 47,3%
	Deficiente	17 11,3%	16 10,7%	6 4%	40 26,0%
	Total	48 32,0%	66 44,0%	36 24,0%	150 100%

* $t = ,90$; $p = 0,01$

En la tabla 6 se observa que el 21,3% que tuvo conocimiento regular presentó prácticas medianamente seguras. El 11,3 % que evidenció un conocimiento deficiente presentó prácticas no seguras. Así mismo un 9.3% que obtuvo conocimiento bueno presentó prácticas seguras en la dimensión “prevención de quemaduras”. Por otra parte, el resultado de la prueba estadística Tau B de Kendall es significativa con un valor de 0,01. Por lo tanto, se acepta la H_1 y se rechaza la H_0 . En conclusión, existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y la dimensión “prevención de quemaduras” en madres con niños de 3 a 5 años.

Tabla 7

Relación entre el nivel de conocimiento y la dimensión “prevención de intoxicación”

		Prevención en intoxicación			
		No seguras	Medianamente seguras	Seguras	Total
Conocimiento	Bueno	15 10%	14 9,3%	11 7,3%	40 26,7%
	Regular	26 17,3%	28 18,7%	17 11,3%	71 47,3%
	Deficiente	20 13,3%	15 10%	4 2,7%	39 26,0%
	Total	61 40,7%	57 38%	32 21,3%	150 100%

* $t = ,127$; $p = 0,83$

En la tabla 7 se observa que el 18.7% que mostró conocimiento regular presentó prácticas medianamente seguras. El 13.3% que evidenció un conocimiento deficiente presentó prácticas no seguras y un 7.3% que presentó un conocimiento bueno realizó prácticas seguras en la dimensión “prevención de intoxicación”. No obstante, el resultado de la prueba estadística Tau B de Kendall no es significativo con un valor de 0,83. Por lo tanto, se acepta la H_0 y se rechaza la H_1 . En conclusión, no existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y la dimensión “prevención de intoxicación” en las madres con niños de 3 a 5 años.

2. Discusión

Los accidentes o lesiones no intencionales son considerados un problema de salud, además de ser catalogados como una epidemia mundial (Mateos, Vián, Gil, Lozano, Rodrigo, y Herrero, 2009). Estudios recientes indican que cada día alrededor de 2000 familias se ven destrozadas por la pérdida de un niño debido a estas lesiones. El dolor que sufren es incalculable, aún más cuando se presenta de manera repentina, se estima que mueren en todo el mundo aproximadamente 100 niños cada hora, de las cuales el 90% son no intencionales. Por otro lado, 10 millones de niños sufren lesiones que, si bien no son fatales, requieren atención hospitalaria que pueden llevarlos a diversas formas de discapacidad, cuyas consecuencias podrían perdurar toda la vida (Peden et al. 2012).

Los hallazgos encontrados en el estudio indican que existe relación significativa entre los conocimientos y prácticas hacia la prevención de accidentes domésticos en las madres de familia ($p = 0.028$). Además, los datos descriptivos revelan que el 28% de las madres que presentaron un conocimiento regular tuvieron prácticas medianamente seguras (ver tabla 2). Estos resultados coinciden con los reportados por Medina (2015) en su estudio titulado "Prevalencia de accidentes en el hogar en niños y factores de riesgo asociados donde encontró una asociación significativa entre ambas variables con valor de $p = 0.01$.

Datos contrarios reportaron Colchado y Velásquez (2006), ya que no hallaron relación entre las variables mencionadas. Esto puede deberse a que el 79.4 % de las madres refirieron no a ver recibida información sobre primeros auxilios en el menor. Por otro lado, en la investigación el 49,3% de las madres indicó haber recibido algún tipo de capacitación sobre prevención de accidentes domésticos de los cuales el 23,3% fue por parte del personal de salud de la zona, lo que explicaría la relación entre sus conocimientos y prácticas.

Por lo cual Valdez, Jordán y Gutiérrez afirman que el personal de salud es fundamental en la atención primaria, pues constituye un importante apoyo como educador para así aumentar la seguridad en el hogar y lograr disminuir los riesgos (Citado por Martínez 2013). Además, Rubio y otros indican que es importante que el personal de salud brinde una información con términos adecuados y comprensibles (citado por Jaramillo, Pinilla, Duque, y Gonzales 2008).

Colchado y Velásquez (2006) concluyeron que a mayor información sobre primeros auxilios mejores serán las prácticas realizadas.

Para Martínez, Gutierrez, Alonso y Hernandez (2015) la familia es responsable de promover la salud y el bienestar a todos los miembros, desempeñando seguridad, protección y cuidados específicos. Por su parte, Hernández, Arenas, Monreal y Valde (2001) afirman que es la madre en quien recae el cuidado de los hijos debido a que son ellas las que pasan mayor tiempo con los niños. Los cuidados que brinda la madre son de gran importancia, ya que facilitan su desarrollo. Estos cuidados están basados en el propio saber de la mujer influenciado por la sociedad, contruidos a través del camino de la socialización e interacción con los distintos espacios de agentes sociales, las cuales aportan una gama de conocimientos que son transmitidos por las madres, abuelas, amigas, personal de salud y los medios de comunicación.

Por otro lado, Laflamme, Hasselberg y Burrows resaltan que a mayor nivel de educación de las madres mejor será la protección que le brinden a sus hijos (citado por Benavides, 2012). En el estudio se encontró que los datos sociodemográficos revelan que el 72% de las madres presentan estudios secundarios y solo un 0.7% tienen un nivel superior. Otro dato interesante fue que el 56,7% de las madres se encuentran en la edad adulta. Según Ciro, a mayor edad de las madres, mayor es el nivel de conocimientos; además que se interesan más por obtener información, adquiriendo mayor conocimiento y destrezas ante un accidente en el hogar (citado por Carrillo y Contreras, 2013).

Otro resultado en la investigación muestra que solo un 26.7% de las madres poseen un conocimiento bueno; sobre prevención el 47,3%, conocimiento regular y un 26% tiene un conocimiento deficiente (ver tabla 3). Similar dato encontró (Minda, 2011) donde 20 padres obtuvieron conocimiento bueno, 61 obtuvieron conocimiento medio y 28 conocimiento regular sobre la prevención de accidentes domésticos. Del mismo modo Martínez, Gutiérrez, Alonso, Hernández (2015) encontraron que el 90% presentó conocimientos insuficientes y solo un 10%, conocimientos suficientes en la prevención de accidentes domésticos.

Es necesario que a las familias en especial a las madres se les brinde educación en cuanto al crecimiento y desarrollo del niño, sus características en relación a la edad y sexo, así como todo lo relacionado con las particularidades del entorno donde se desenvuelve. Además se señala que la vacuna contra los accidentes es la educación para la salud (Paumier, Rondon, Hernandez, Montero y Gainza, 2014).

Izzedin y Pachajoa expresan que las prácticas se han concebido como comportamientos aprendidos y acciones, ya sea por educación o imitación que dirigen el actuar de las familias, logrando que tomen medidas correspondientes para evitar la incidencia de accidentes domésticos (citado por Huaman, 2015).

En relación a la práctica sobre prevención de accidentes domésticos (ver tabla 4), se evidencia que el 54,7% de las madres poseen prácticas medianamente seguras y el 24,7% no seguras.

Cifras similares obtuvo Colchado y Velásquez (2006) según los cuales 66% de los cuidadores de preescolares realizan prácticas preventivas inadecuadas y solo un 34% realizan prácticas preventivas adecuadas frente a accidentes domésticos, además Huaman (2015) refiere que el 47% posee prácticas medianamente y solo 23 % prácticas seguras lo cual advierte que son pocas las madres que cumplen con su rol cuidador. Es importante que la familia cumpla su rol en el cuidado de los hijos para así favorecer su crecimiento y desarrollo (Gutiérrez, Martínez, Alonso, y Hernández, 2015).

En el estudio realizado por Benavides, León, Veramendi y D`Azevedo (2012) describen que el accidente más frecuente es la caída que alcanza un porcentaje de 63% siendo mayor la incidencia en niños entre 3 a 5 años además revela que por área geográfica Lima registra la mayor cantidad de casos. Por su parte Bustos, Cabrales, Cerón y Naranjo (2013) refieren que un factor que interviene para que un niño sufra de un accidente es que el mayor peso de la cabeza en proporción con el resto del cuerpo facilita que, ante un apoyo a nivel abdominal, el cuerpo sea vencido por el peso y, al balancearse, se presenta la caída.

Al analizar las dimensiones se identificó en el estudio que existe relación significativa entre los conocimientos y la dimensión “prevención de caídas”, la Prueba de Tau B de Kendall es significativo con un valor p -valor = 0,01, (ver tabla 5) además los datos descriptivos revelan que el 28% que tuvieron conocimiento regular presentó prácticas medianamente seguras en la dimensión “prevención de caídas”, del mismo modo García et al (2008) destaca lo poco consideradas que son las madres en cuanto a las medidas preventivas llevadas a cabo ya que sólo el 28% usa barandas en la cama y 30% protegen escaleras, sótano, terrazas o aberturas.

Guillén et al. (2011) en un estudio realizado en Lima encontró que el 80.1% de los niños sufrió de alguna caída. Además, refiere que a nivel nacional el trauma es la primera causa de muerte en niños entre 5 y 14 años, además el diagnóstico de TEC corresponde al 57,3% de los casos. A nivel mundial la OMS reporta que casi 47 000 menores de 20 años fallecen anualmente a consecuencia de una caída grave. De igual manera, en China se estima que por cada defunción debida a una caída se presentaron cuatro casos de discapacidad permanente, 13 casos requirieron hospitalización por más de 10 días y 690 casos necesitaron una consulta o dieron origen a ausentismo escolar al menos por un día, lo que demuestra la repercusión que tienen los traumatismos por caídas (Peden et al, 2012).

La gran mayoría de las quemaduras en niños ocurre en el hogar, las madres que posean medidas preventivas harán una gran diferencia (Peden et al, 2012) se identificó en el estudio que existe relación significativa entre los conocimientos y la dimensión “prevención de quemaduras”, la Prueba de Tau B de Kendall es significativo con un valor p -valor = 0,01. (ver tabla 6) además, los datos descriptivos revelan que el 21,3% que tuvieron conocimiento regular presentaron prácticas medianamente seguras en la dimensión “prevención de quemaduras”. Resultado similar encontró Yaringaño (2012) quien refiere que existe relación en ambas variables de estudio con un $p = 0.0392$ además se apreció entre sus datos descriptivos que 29.4 % de las madres que presentó prácticas inadecuadas tenían conocimiento medio. Estos resultados advierten una situación alarmante ya que las madres refieren realizar prácticas preventivas que exponen a sus hijos a sufrir de las quemaduras.

Para Moya, Moya y Labrada (2015) los preescolares son la población más afectada por quemaduras, debido por su capacidad de búsqueda o exploración del mundo que lo rodea, por ello se necesita un espacio físico para realizarlo y a esto se le agrega un ambiente de inseguridad, como sucede en la mayoría de los hogares, los cuales están diseñados para la población adulta por lo tanto las probabilidades de lesionarse se incrementan.

ANIQUEM en el 2008 reportó que del 60% de personas que sufrieron quemaduras en el Perú son niños y de dicho porcentaje el 80% corresponde a niños de entre 4 a 6 años (citado por Leonardo, 2012). Cada año más 15 mil niños son atendidos en diferentes establecimientos por quemaduras ya sean leves o severas. El 2014 INSN atendió cerca de 900 pacientes nuevos por quemaduras y en el 2015 se reportó 2400 de casos y el 80% fueron causadas por líquido caliente.

Laflamme, Hasselberg y Burrows realizaron la revisión de numerosos artículos sobre accidentes en niños y su relación con la desigualdad socio económica, la gran mayoría de estos estudios, entre sus resultados, revelan una clara asociación entre desventajas o privaciones socioeconómicas y la ocurrencia de accidentes y lesiones no intencionales. Al respecto de las quemaduras, se hace referencia a dos estudios realizados en el Perú en los cuales se encontró que en grupos de niños y adolescentes entre 0 y 17 años de edad, los bajos ingresos y el hacinamiento estaban fuertemente asociados a un riesgo incrementado de sufrir este tipo de lesiones y, a la vez, que una mejor educación materna tenía un efecto protector ante dicho riesgo (citado por Benavides,2012).

En cuanto a las intoxicaciones, los resultados obtenidos en el estudio revelan que el 18,7% que tuvieron conocimiento regular presentaron prácticas medianamente seguras, (tabla 6) no encontrándose significancia con un p valor de 0,83. (ver tabla 7) esto podría deberse a que más del 50% de las madres refieren que “a veces” y “siempre” conservan los detergentes, raticidas, plaguicidas y gasolina lejos del alcance de los niños además de vigilar la ubicación de los productos tóxicos y menos del 50% de las madres refieren que “a veces” y “nunca” usan recipientes comerciales de alimentación como fuentes de almacenamiento de sustancias de limpieza.

Estadísticas contrarias encontró Minda (2011) en una investigación revela que el 82% de sus encuestados refieren que los productos de limpieza, están al alcance del menor, el 89% refieren tener medicamentos en el hogar siendo los lugares más frecuentes para guardar medicamentos son: bolsa de plástico (14.2%) y en un mueble (9.0%), el 56,6% utilizar algún tipo de insecticidas y los lugares donde los guardan habitualmente son: el closet, cualquier sitio alto y el baño, además el 33.3% refieren tener solventes o pinturas en el hogar, y el lugar donde los guarda con más frecuencia es en la azotea (33%).

Según la OMS, las intoxicaciones causan anualmente más de 45 000 defunciones de niños y adolescentes de 0 a 19 años (citado por Peden et al. 2012). Asimismo, más del 50% de todas las intoxicaciones suceden en niños menores de 5 años, y en su mayoría son accidentales. Más del 90% de las exposiciones tóxicas infantiles ocurren en el hogar (Bennett y Grande, 2010). Chaure y Inarejos manifiestan que la principal causa de siniestralidad son las intoxicaciones infantiles dentro del hogar, y prácticamente todas se producen de forma accidental. Siendo un problema frecuente en los niños preescolares se debe a su curiosidad natural, aumento de movilidad, destreza y exploración típica (citado por Huamàn, 2015).

Por lo tanto, cuanto más conozcan, tanto las madres como los cuidadores del niño, acerca de los riesgos y de las medidas a adoptar en el caso de que se produzca el contacto, menos probabilidades hay de que las consecuencias del mismo sean graves. Además, las intoxicaciones suponen una parte importante del elevado consumo de recursos económicos de los accidentes infantiles, lo que contribuye a incidir en su prevención (Da Cuña, 2012).

Por lo tanto, se concluye que los accidentes representan un problema de salud en el cual los más vulnerables son los niños. La buena noticia es que son prevenibles, por ello es necesario que la familia asuma su rol de cuidador y protector. Además, es fundamental el trabajo de la enfermera, ya que se desenvuelve en la atención integral del niño menor de 5 años en el primer nivel de atención; teniendo un mayor contacto con las madres, colaborando en crear una cultura de prevención.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

En relación con los objetivos, la investigación contempla las siguientes conclusiones

Sí existe relación significativa entre los conocimientos y prácticas de prevención de accidentes domésticos en madres con niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 207 ($p = 0,028$).

El 47,3% de las madres evidenciaron un conocimiento regular, seguido del 26.7% que obtuvo conocimiento bueno y el 26% que presentó un conocimiento deficiente en la prevención de accidentes domésticos.

En cuanto a nivel de prácticas, el 54,7% realizó prácticas medianamente seguras, seguido del 24,7 % que llevó a cabo prácticas no seguras y el 20,7% cuyas prácticas fueron seguras en la prevención de accidentes domésticos.

Sí existe relación significativa entre los conocimientos y la dimensión “prevención de caídas” ($p=0,01$).

Sí existe relación significativa entre los conocimientos y la dimensión “prevención de quemaduras” ($p=0,01$).

No existe relación significativa entre los conocimientos y la dimensión “prevención de intoxicación” ($p = 0,83$).

2. Recomendaciones

A los profesionales de Enfermería, se los incentiva a realizar más especializaciones en el campo comunitario, ya que es de vital importancia para la prevención de enfermedades, además de dar realce a la finalidad del enfermero “el cuidado”, en todos sus ámbitos.

A la escuela de Enfermería, motivar en el estudiante la investigación en temas comunitarios que permitan dar respuesta a diferentes problemáticas de la sociedad. Además, los datos encontrados sustentan la aplicación de próximos estudios en dicha población, pero desde un abordaje intervencional.

A los estudiantes de Enfermería, reforzar las visitas domiciliarias a las madres de la comunidad para fortalecer la promoción de la salud. Por otro lado, capacitarse más en la metodología de las sesiones educativas para impartir información de manera eficaz en la comunidad.

A la Institución Educativa, realizar más capacitaciones a las madres de familia entorno a la prevención de accidentes domésticos y coordinar con los centros de salud aledaños para la atención de información actualizada en relación al tema.

Referencias bibliográficas

- Aitken, M. McCarthy, M. Slomine, B. Ding, R. Durbin, D. Kenneth M. Jaffe, k. Paidas, Ch. Dorsch, A. Christensen, J. MacKenzie, E. (2009). Family Burden After Traumatic Brain Injury in Children. Recuperado de http://pediatrics.aappublications.org/content/123/1/199?ck=nck&sso=1&sso_redirect_count=1&nfstatus=401&nftoken=00000000-0000-0000-0000-000000000000&nfstatusdescription=ERROR%3a+No+local+token
- Aldana, M. Castellanos, L. Osorio, L. Navarrete, N. (2016). Las quemaduras en la población pediátrica colombiana: del desconocimiento hacia la prevención. *Rev Col Ped*, 49(4), 128–137. <http://doi.org/DOI: 10.1016/j.rcpe.2016.09.001>
- Arribas, A. Gasco, S. Hernandez, M. Muñoz, E. (2009). Papel de Enfermería en Atención Primaria. Recuperado de [http://www.semap.org/docs/papelEnfermeriaAP2009\[1\].pdf](http://www.semap.org/docs/papelEnfermeriaAP2009[1].pdf)
- Azkunaga, B. Mintegi, S. Salmón, N. Acedo, Y. Del Arco, L. (2013). Intoxicaciones en menores de 7 años en España. Aspectos de mejora en la prevención y tratamiento. *Anales de Pediatría*, 78(6), 355–360. <http://doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.09.016>
- Baeza, C. Cortés, R. Arcos, A. Villalobos, A. López, J. (2010). Accidentes y lesiones que acontecen en el hogar. *Acta Pediatrica Maexicana*, 31(6), 281–26.
- Baron, J. (2012). La cultura de prevención: Mas que una obligación, una necesidad. Recuperado de <http://www.notinetlegal.com/la-cultura-de-la-prevencion-ms-que-una-obligacion-una-necesidad-73.html>
- Benavides, M. Leon, J. D`Azevedo, A. Veramendi, M. (2012). Pobreza y equidad Los accidentes en los niños. Un estudio en contexto de pobreza. Recuperado de http://repositorio.grade.org.pe/bitstream/GRADE/47/1/AI8_.pdf
- Benavides, M. (2012). Accidentes evitables: Lesiones de Los niños y sus Relaciones con los Entornos Sociales y Familiares. *Espacio Para La Infancia*, 29–31. Recuperado de http://vps.earlychildhoodmagazine.org/wp-content/uploads/2012/07/EPI37_6_Accidentes-evitables_Marin-Benavides.pdf
- Benítez, R. (2012). Plaguicidas y efectos sobre la salud humana: un estado del arte. *Trabajo Ambiental*, 1(España), 1–97. Recuperado de <http://www.serpajpy.org.py/wp-content/uploads/2014/03/Plaguicidas-y-efectos-sobre-la-salud-humana1.pdf>
- Bennett, G. Grande, G. (2010). Intoxicaciones en Pediatría. *Acta Pediátrica Hondureña*, 1, 73–78. <http://doi.org/10.4067/S0370-41061999000400016>
- Berger, P. Luckmann, T. (1986). La construcción social de la realidad, Amorrortu-Murguía,

- Madrid, 1–29. Recuperado de http://wdb.ugr.es/~granados/wp-content/uploads/Texto_6_BergerLuckmann_1986_CapIII1.pdf
- Botero, A. Castañeda, C. Henao, D. (2008). *Atencion prehospitalaria en menores quemados de 0 a 15 años Medellin y area metropolitana*. Facultad de medicina tecnologia en atencion prehospitalaria. Recuperado de http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/247/1/Atencion_prehospitalaria_menores_quemados_Medellin_area_metropolitana.pdf
- Bustos, E. Cabrales, R. Cerón, M. Naranjo, M. (2013). Epidemiología de lesiones no intencionales en niños: revisión de estadísticas internacionales y nacionales. *Boletín Médico Del Hospital Infantil de México*, 71(2), 68–75. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v71n2/v71n2a2.pdf>
- Carrillo, Y. Contreras, R. (2013). *Practicas preventivas y de primeros auxilios en accidentes del hogar que aplica la familia de niños de 0 a 5 años que asisten a los jardines maternas del area programatica del centro de salud de barrio Villa Adela*. Universidad Nacional de Cordoba. Recuperado de http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/carrillo_yamila.pdf
- Cerdas, J. Polanco, A. Rojas, P. (2002). El niño entre cuatro y cinco años: Características de su desarrollo socioemocional, psicomotriz y cognitivo lingüístico. Recuperado de <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/educacion/article/viewFile/2889/3483>
- Cheesman, S. (2010). Conceptos basicos de investigacion. *Conspicua Carolina Academia*, 1, 7. Recuperado de <http://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/conceptos.pdf>
- COANIQUEM. (2009). Corporacion de ayuda al niño quemado.
- colchado, Y . Velasquez, R. (2006). *Nivel de conocimientos y practicas preventivas sobre accidentes domesticos del cuidador del pre- escolar-Pueblo joven tres estrellas - Chimbote - 2006*. Universidad Los Angeles de Chimbote. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/180243419/nivel-de-conocimientos-y-practicas-preventivas-sobre-accidentes-domesticos-del-cuidador-del-pre-escolar-pueblo-joven-tres-estrellas-chimbote-2006>
- Comision intersectorial de primera infancia. (2012). *Atencion integral: Prosperidad para la primera infancia*, 32. Recuperado de <http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Documents/Cartilla-Atencion-Integral-prosperidad-para-primera-infancia.pdf>
- Cordova, M. Duy, Y. (2013). *Prevalencia y características de los accidentes en el hogar que presentaron los niños/as menores de 5 años de la parroquia “El valle” Cuenca,2013*.

- Universidad Cuenca. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4870/1/ENF178.pdf>
- Cussi, Y. (2010). *Características de los accidentes domésticos estudio a realizarse en el hospital de niños Jesus de Praga-2010*. Universidad Nacional de Córdoba. Recuperado de http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/cussi_yolanda.pdf
- Da Cuña, R. (2012). *Accidentes en niños asistidos por el servicio de emergencias Sanitarias De Castilla y León. Epidemiología Y Análiss Cronobiológico De 10.933 Casos*. Universidad de Valladolid. Recuperado de https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/947/1/TESIS_162-120508.pdf
- De Lima, R. Barbosa, L. Silva, E. Vieira, S. O. M. (2009). Accidentes en la infancia: el lugar de ocurrencia y la conducta de los familiares en el ambito domiciliario, 1–13. Recuperado de <file:///C:/Users/US/Desktop/50051-213691-2-PB.pdf>
- Dueñas, C. Puertas, E. (2014). La cultura de prevención y resiliencia social en la gestión del riesgo de desastres. Recuperado de http://190.104.117.163/2014/septiembre/proteccion/contenido/ponencias/Elena_Puertas_Lopez/Cultura_de_prevenccion_y_resiliencia.pdf
- Esparza, J. Mintegi, S. Lopez, V. Benitez, M. (2016). Guía para padres sobre la prevención de lesiones no intencionadas en la edad infantil, 68–75. Recuperado de file:///C:/Users/US/Desktop/tesis/manual_de_prevenccion_de_accidentes_domesticos.pdf
- Fernandez, E. Alvarez, R. Alum, J. (2009). Intervención educativa en la prevención de accidentes del hogar en menores de 18 años., 1–22. Recuperado de http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Intervención_educativa_en_la_prevencción_de_accidentes_del_hogar_en_menores_de_18_años.pdf
- Fernandez, P. (2012). Intoxicaciones por detergentes. *Clinical Toxicology*. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd68/PFernandez.pdf>
- García, L. Gándaro, P. Cardozo, N. Bianchi, M. Santoro, A. Pais, T. Rubio, I. (2008). Conceptos , actitudes y prácticas en salud sobre prevención de lesiones en niños menores de 10 años. *Archivos de Pediatría Del Uruguay*, 79(4), 284–290. Recuperado de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v79n4/v79n4a03.pdf>
- Jimenez, S. Moraes, D. Neves, E. (2009). Effect of an educative action on relatives' knowledge about childhood burns at home. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(3), 341–346. <http://doi.org/10.1590/S0104-11692009000300010>
- Gómez, B. Díaz, L. Luna, A. (2005). Cuidado en enfermería para la persona adulta quemada en etapa aguda. *Guías ACOFAEN*, 1. Recuperado de <http://www.index->

- f.com/lascasas/documentos/lc0029.pdf
- Guillen, D. Zea, A. Guillen D. Situ, M. Reynoso, C. Milla, L. Bravo, E. Espinoza, I. M. M. (2011). Traumatismo encefalocraneano en niños atendidos en un hospital nacional de Lima, Peru 2004-2011. *Revista Peruana de Medicina Experimental Y Salud Publica*, 30(4), 630–634. Recuperado de file:///C:/Users/US/Desktop/244-245-1-PB.pdf
- Gutiérrez, H. Martínez M. Alonso, M. Hernández, L. (2015). Intervención educativa sobre prevención de accidentes en el hogar, 21(3), 585–598. Recuperado de <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/864/1288>
- Hernández, I. Arenas, M. Monreal, M. Valde, S. (2001). El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. *Revista de Saúde Pública*, 35(5), 443–450. <http://doi.org/10.1590/S0034-89102001000500006>
- Huaman, S. (2015). *Prácticas de las madres sobre prevención de lesiones accidentales más frecuentes en niños de 2 a 5 años usuarios de un establecimiento de Essalud de la Red Asistencial Rebagliati*. Noviembre 2015 Para optar el Título de Licenciada en Enfermería. universidad nacional mayor de san marcos. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4756/1/Huam?n_fs.pdf
- Inanc, S. Suleyman, B. Selman, E. Halim, I. Hakan, Y. Cemalettin, E. (2012). Falling television related child injuries in Turkey: 10-year experience. *Turkish Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 18(1), 61–64. Recuperado de <http://doi.org/10.5505/tjtes.2012.54775>
- Jiménez, G, López, E, Restrepo, M. (2013). La experiencia educativa del profesional de enfermería en el ámbito clínico. *Investig. Enferm. Imagen Desarr*, 15(2), 9–29. Recuperado de file:///C:/Users/US/Desktop/7066-26811-1-SM.pdf
- Lafta, R, Al-Shatari, S, Abass, S. (2013). Mothers' knowledge of domestic accident prevention involving children in Baghdad City. *Qatar Medical Journal*, 2013(2), 50–56. Recuperado de <http://doi.org/10.5339/qmj.2013.17>
- Leonardo, D. (2012). *Influencia de la educacion sanitaria en el nivel de conocimiento de las madres de preescolares sobre prevencion de quemaduras en el hogar. el agustino 2012*. Escuela de EnfermeriaPpadre Luis Tezza. Recuperado de http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/343/1/leonardo_d.pdf
- Loja, M. (2010). *“Implementación de un Proyecto Educativo sobre la Prevención de Accidentes Caseros en niños Escolares de la Escuela Padre Lobato. Parroquia Yaruquíes de la Ciudad de Riobamba. Provincia de Chimborazo. Mayo – Octubre 2010”*. Escuela superior politecnica de Chimborazo. Recuperado de

<http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/2046/1/104T0009.pdf>

- Malta, D. Alves, M. Medeiros, M. Bandeira, N. Morais, O. Ivata, R. Monteiro, R. Aparecida R. Caribé, S. Pinheiro, V. (2012). Características e fatores associados às quedas atendidas em serviços de emergência. *Revista de Saúde Pública*, 46(1), 128–137. Recuperado de <http://doi.org/10.1590/S0034-89102012000100016>
- Martínez, M. Gutierrez, H. Alonso, M. Hernandez, L. (2015). Conocimientos de un grupo de madres sobre prevención de accidentes en el hogar. *Revista de Ciencias Médicas de La Habana*, 21(2), 335–345. Recuperado de <http://www.revcmhhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/778/1220>
- Mateos, M. Vián, E. Gil, M. Lozano, J. Rodrigo, E. Herrero, B. (2009). Incidencia, características epidemiológicas y tipos de accidentes domésticos y de ocio. Red centinela sanitaria de Castilla y León (2009). *Atencion Primaria*. Recuperado de <http://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.02.010>
- Medina, O. (2015). Prevalencia de accidentes en el hogar en niños y factores de riesgo asociados. *Enfermería Universitaria*, 12(3), 116–121. Recuperado de <http://doi.org/10.1016/j.reu.2015.07.006>
- Meza, G. Rodríguez, V. Nava, V. Gómez, O. (2009). Humanismo en enfermería. *Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 17(9), 109–111. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092i.pdf>
- Minda, A. (2011). “Factores influyentes asociados en la aparición de accidentes domésticos en niñas y niños menores de 5 años, atendidos en el servicio de emergencia del hospital San Vicente de Paul, de la ciudad de Ibarra en el periodo noviembre 2010 a Julio del 2011. Universidad Tecnica Del Norte. <http://doi.org/10.1179/019713612804514242>
- Mintegi, S. (2008). *Manual de intoxicaciones en pediatría*. Madrid. Recuperado de http://www.seup.org/pdf_public/gt/intox_manual.pdf
- Mock C, Peck M, Krug E, H. M. (2009). Confronting the global burden of burns: a WHO plan and a challenge. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19423230>
- Olawoye, O. Iyun, A. Ademola, S. Michael, A. Oluwatosin, O. (2014). Demographic characteristics and prognostic indicators of childhood burn in a developing country. Recuperado de [http://www.burnsjournal.com/article/S0305-4179\(14\)00149-1/abstract](http://www.burnsjournal.com/article/S0305-4179(14)00149-1/abstract)
- Orozco, M. Celis, A. Méndez, A. Miranda, R. (2011). Perfil epidemiológico de niños con quemaduras del Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, 2009-2011. *Boletín Medico Del Hospital Infantil de Mexico*, 72(4), 249–256.

<http://doi.org/10.1016/j.bmhix.2015.07.007>

- Paumier, I. Rondon, M. Hernandez, R. Montero, I. Gainza, B. (2014). Programa Intervención Educativa para prevenir accidentes en madres con niños menores de cinco años, *18*(3), 1–14. Recuperado de http://www.multimedgrm.sld.cu/Documentos_pdf/Volumen18-3/09.pdf
- Pavez, I. (2012). Sociología de la Infancia : las niñas y los niños como actores sociales. *Revista de Sociología*, *27*(27), 81–102. Recuperado de <http://doi.org/10.5354/0719-529X.2012.27479>
- Peden, M. Oyegbite, K. ozanne J, Hyder, A. Branche, C. Fazlur, A. Rivara, F. Bartolomeos, K. (2012). Informe mundial sobre prevención de las lesiones en los niños. *Organizacion Panamericana de La Salud*, 48. Recuperado de http://cdrwww.who.int/iris/bitstream/10665/77761/1/9789275316566_spa.pdf
- Pérez, M. Lara, J. Ibañez, J. Cagigal, L. León, C. (2006). Guía De Actuación Ante El Paciente Quemado. *Servicio Andaluz de Salud*, 1–52. Recuperado de http://www.eps-salud.com.ar/Pdfs/Guia_Paciente_Quemado.pdf
- Perez, M. Martinez, P. Ferreiro, R. Carrera, A. (2011). *Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras. Servicio Andaluz de Salud*. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_485_Quemados_Junta_Andalucia_completa.pdf
- Piriz, R. (2005). Quemaduras. *Enfermería Médico-Quirúrgica*, 1123–1137. Recuperado de [http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/manejo quemaduras conceptos claificacion.pdf](http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/manejo_quemaduras_conceptos_claificacion.pdf)
- Rivero, J. (2013). *Intoxicacion y complicaciones en los pacientes del departameto de pediatria*. Universidad de oriente. Recuperado de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://ri.bib.udo.edu.ve/bitstream/123456789/4367/1/TESIS-PG.Intoxicaciones%20y%20complicaciones%20en%20los%20pacientes%20del%20dpto.%20de%20pediatr%C3%ADa.pdf>
- Rockhill, CM. Fann, JR. Fan, MY. Hollingworth, W. Katon, W. (2010). Healthcare costs associated with mild traumatic brain injury and psychological distress in children and adolescents. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20597633>
- Rojo, J. Cardoso, R. (2016). Clasificación y valoración de quemaduras por personal de enfermería, 313–314. Recuperado de <http://www.seindor.com/publicacionesdidacticas.com/hemeroteca/articulo/076057/artic>

ulo-pdf

- Ruiz, B. Soriano, M. C. A. (2010). Prevención de la accidentalidad infantil en Andalucía: aprender a crecer con seguridad. *Anales de Pediatría*, 73(5), 249–256. <http://doi.org/10.1016/j.anpedi.2010.03.009>
- Santiago, M. A., Fernández, R. N., Esquirol, J. R. L., & Sánchez, I. P. (2007). La edad preescolar como momento singular del desarrollo humano. *Revista Cubana de Pediatría*, 79(4). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312007000400010
- Sayed, Y. (2009). Effecto of mother's education in relation to home accidente prevention among preschool children in rural area in el Minia governorate, 20(2). Recuperado de mu.minia.edu.eg/Medecine_Ar/images/stories/.../1020.doc
- Schwartz, R. Chirino, C. Sáenz, T. Rodríguez, S. (2008). Quemado En Un Servicio De Cirugía Infantil . Some Aspects Burned Patient Management in a Department of Surgery Child ., 165–173. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/rad/v89n3/v89n3a05.pdf>
- Sesma, H. Slomine, BS. Ding, R. Maccarthy, M. (2008). Executive functioning in the first year after pediatric traumatic brain injury. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18519472>
- Sisalima, D. (2015). *Factores de riesgo que intervienen en los accidentes domesticos en niños menores de 5 años atendidos en el servicio de emergencia Hospital Isidro Ayora, abril-Setiembre 2015*. Universidad nacional de loja área de la salud humana carrera de medicina. Recuperado de <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/12390/1/TESIS DE GRADO..pdf>
- Spelucin, J. (2007). Metodologia para la organizacion del trabajo extramural. Recuperado de http://www.politicasensalud.org/site/documentos/32 Microrredes_Trabajo_extramural.pdf
- Spiwak, R. Lett R. Rwanyuma, L. Logsetty, S. (2014). Creation of a standardized burn course for Low Income Countries: meeting local needs. Recuperado de <http://europepmc.org/abstract/med/24685348>
- Torres, M. Fonseca, P. Dolores, M. Del Campo, O. Roche, R. (2010). Accidentes en la infancia: una problemática actual en pediatría, 14(3), 368–378. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v14n3/san13310.pdf>
- Valdes, F. Clúa, M. Podadera, X. Zacca, E. (2007). Encuesta nacional de accidentes en menores de 20 años en cuba. Recuperado de <http://files.sld.cu/dne/files/2010/03/encuesta-nacional-de-accidentes.pdf>

- Valero, L. (2014). *Desarrollo de una herramienta educativa audiovisual dirigida a cuidadores de niños, para la prevención de accidentes domiciliarios en niños menores de 5 años*. Universidad nacional de Colombia. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/12507/1/5599219.2014.pdf>
- Velez, E. (2014). Tratamiento Fisioterapéutico en niños de 0 a 5 años con lesiones de quemaduras de segundo y tercer grado en zonas articulares en fase aguda y secuelar atendidos en la Unidad de Quemados del Hospital Pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde de la ciudad de. Recuperado de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/2488/1/T-UCSG-PRE-MED-TERA-18.pdf>
- Yaringaño, Y. (2012). *Relacion entre el nivel de conocimiento y practicas preventivas de accidentes por quemaduras en madres de preescolares, centro de salud Juan Perez Carranza*. Escuela de Enfermeria de Pdre Luis Tezza. Recuperado de cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/257/1/Yaringa?o_yp.doc

Anexos

Anexo 1. Instrumento de recolección de datos

UNIVERSIDAD PERUANA UNION
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela profesional de enfermería

Conocimientos y prácticas hacia la prevención de accidentes domésticos en madres con niños de 3 a 5 años, del I.E.I 207 de Huaycán, Lima 2016

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS

Presentación:

Buenos días, el presente instrumento tiene como objetivo obtener información acerca el nivel de conocimientos y prácticas de las madres hacia la prevención de accidentes domésticos. Por lo que solicito su colaboración para responder los siguientes enunciados, agradeciendo de antemano su gentil participación.

<p>I. DATOS GENERALES:</p> <p>Instrucciones: Usted deberá marcar con un aspa (X) una de las alternativas que le ofrece cada pregunta.</p>	
<p>1. Edad: _____</p> <p>2. Estado civil:</p> <p>a) Casado</p> <p>b) Conviviente</p> <p>c) Viuda</p> <p>d) Divorciada</p> <p>3. Grado de instrucción:</p> <p>a) Primaria incompleta</p> <p>b) Primaria Completa</p> <p>c) Secundaria incompleta</p> <p>d) Secundaria completa</p> <p>e) Superior incompleto</p> <p>f) Superior completo</p> <p>4. Ocupación: _____</p> <p>5. ¿Cuántos hijos tiene? _____</p> <p>6. Número de hijos 2 a de 5 años de edad</p> <p>a) Uno ()</p> <p>b) dos ()</p> <p>c) tres ()</p> <p>d) más de 3 ()</p> <p>6.1 ¿En promedio cuánto tiempo dejas a tus hijos al cuidado de un familiar cuando sales fuera de casa?</p> <p>a) Una hora</p> <p>b) Dos horas</p> <p>c) Más de tres horas</p>	<p>7.¿Su hijo (a) sufrió alguna vez, un accidente en el hogar?</p> <p>a) Si b) No</p> <p>7.1. ¿qué tipo de accidente fue?</p> <p>a) Caída</p> <p>b) quemadura</p> <p>c) intoxicación</p> <p>d) Todas las anteriores</p> <p>e) Otro: _____</p> <p>7.2. Lugar donde ocurrió: _____</p> <p>7.3. N° de veces que ocurrió: _____</p> <p>8.Usted considera que los accidentes son:</p> <p>a) Producto del azar</p> <p>b) Prevenibles (se pueden evitar)</p> <p>c) Descuido de los padres</p> <p>d) Por características propias del niño(a)</p> <p>e) No sabe</p> <p>d) otros _____</p> <p>8.¿Ha recibido información sobre medidas de prevención contra accidentes?</p> <p>Si () no ()</p> <p>Si su respuesta es SI ¿de quién recibió esta información?</p> <p>a) Profesor</p> <p>b) Compañero de trabajo o amigo</p> <p>c) Médico o enfermera</p> <p>d) Medios de comunicación</p> <p>e) Familiares</p>

<p>Instrucciones: Usted deberá marcar con un aspa (X) la alternativa que considere correcta.</p>	
<p>I. CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTO SOBRE ACCIDENTES DOMÉSTICOS:</p>	
<p>Accidentes relacionados con elementos toxicas</p>	<p>Accidentes relacionados con fuego</p>
<p>1.1. ¿Qué son sustancias toxicas o venenosas para Ud.? a) Son sustancias peligrosas, pero no causan daño a la salud b) Son sustancias comestibles para ser humano c) Son sustancias que pueden causar daño y son peligrosas</p> <p>1.2. ¿Sabe, Ud. qué hacer cuando su hijo toma ácido muriático o lejía? Si () No () Si la respuesta es Sí. ¿Qué haría usted? a) Le daría leche o agua b) Provocarle el vomito c) Darle a tomar aceite</p> <p>1.3. ¿Sabe, Ud. que hacer en caso que su hijo tome bencina, kerosene o gasolina? Si () No () Si la respuesta es Sí. ¿Qué haría usted? a) Provocarle al vomito b) Darle leche o agua c) Darle a tomar aceite</p> <p>1.4. ¿Sabe Ud. ¿Qué hacer si su hijo toma algún tipo de insecticida? Si () No () Si su respuesta es "Sí", ¿Qué haría Usted? a) Provocarle el vómito. b) Darle leche o agua .c) Darle a tomar aceite</p>	<p>1.5. ¿Qué es una quemadura? a) Son lesiones que solo afectan a los órganos internos b) Es una lesión simple que afecta la piel externa c) Es una lesión de la piel y órganos internos</p> <p>1.6. ¿Cuál de las siguientes opciones liquidas produce quemaduras peligrosas? a) Comidas muy calientes b) Vapores de alimentos servidos c) Agua hirviendo</p> <p>1.7. ¿Sabe Ud. ¿Qué hacer en caso de una quemadura con agua o aceite hirviendo? Si () No () Si la respuesta es Sí. ¿Qué haría usted? a) Echarle aceite o vaselina b) Echarle agua fría por unos minutos c) Lavar con jabón</p> <p>Accidentes relacionados con caídas</p> <p>1.8. ¿Que causa una caída? a) Jugar sin supervisión b) Mal estado de la infraestructura c) Todas las anteriores</p> <p>1.9. ¿Qué daños puede causar una caída? a) Inflamación o hinchazón b) Esguince, Fractura c) Todas las anteriores</p> <p>1.10. ¿Sabe que hacer tras la aparición de una inflamación o hinchazón? a) Hacer masajes en la zona afectada b) Movilizar el miembro afectado c) Inmovilizar el miembro afectado y colocar una compresa fría</p>

II. PRACTICAS PREVENTIVAS SOBRE ACCIDENTES DOMESTICOS

Prevencción de caídas			
Adecuación de ambientes y/o objetos	Siempre	A veces	Nunca
1. Verifica el estado de conservación de sus escaleras y pisos.			
2. Verifica si hay objetos en el piso y escaleras que Pueden ser trampa para las caídas del niño(a).			
3. Coloca las camas contra o cerca de las ventanas.			
4. Mantiene el suelo lo más libre de obstáculos, sobre todo en las zonas de mayor circulación (escaleras, habitaciones, pasadizos).			
5. Las puertas, balcones, ventanas que den acceso a zonas de riesgo de caída, disponen de un sistema de bloqueo que impida el paso de los niños.			
6. Hace uso de barandas o superficies de apoyo junto a la cama para evitar caídas.			
7. Mantiene mojado el piso de las habitaciones, pasadizos y escaleras.			
Supervisión de actividades que realiza el niño en el hogar que pueden acontecer en caídas			
8. Acompaña al niño(a) cuando baja y sube las escaleras.			
9. Observa a su niño(a) constantemente cuando juega.			
10. Cuando el niño se encuentra dormido, usted frecuentemente lo observa.			
Orientación al niño sobre la prevención de caídas en el hogar			
11. Explica a su niño en términos de fácil comprensión cómo puede evitar caerse.			
Prevencción de Quemaduras			
Control de fuente térmica			
12. Coloca las ollas y sartenes con contenido de líquidos calientes en los fogones de atrás y con las agarraderas hacia adentro.			
13. Pasa algún alimento caliente sobre o cerca del niño cuando están en la mesa o cocina.			
14. Establece barreras que impidan el ingreso del niño(a) a la cocina.			
Control de fuentes de energía eléctrica			
15. Mantiene los aparatos eléctricos desconectados si no están en uso.			
16. Coloca la protección en la toma corriente.			

17. Los cables de electricidad en el hogar están al alcance de los niños			
18. Evita que el niño manipule artefactos eléctricos.			
Control de fuentes de energía química			
19. Mantiene productos como lejías y ácido muriático lejos del alcance del niño(a).			
Supervisión de actividades que realiza el niño en el hogar que pueden acontecer en quemaduras			
20. Observa a su niño mientras juega, apartándolo lejos de los artefactos eléctricos.			
Orientación al niño sobre la prevención de quemaduras en el hogar			
21. Explica a su niño en términos de fácil comprensión cómo puede evitar quemarse y los lugares donde no debe acceder.			
Prevención de Intoxicaciones			
Adquisición, manipulación y conservación de sustancias tóxicas y medicamentos en el hogar			
22. Conserva los detergentes, raticidas, plaguicidas, la gasolina o sus derivados lejos del alcance del niño.			
23. Vigila continuamente la ubicación de los productos tóxicos mientras los usa para la limpieza del hogar			
24. Usa recipientes (botellas de gaseosas y frugos) de productos comerciales de alimentación como fuentes de almacenamiento de sustancias de limpieza o tóxicos.			
Orientación al niño sobre la prevención de intoxicaciones en el hogar			
25. Explica a su niño en términos de fácil comprensión cómo puede evitar intoxicarse.			

Anexo 2. Consentimiento informado

Título del proyecto: Conocimientos y las prácticas sobre prevención de accidentes domésticos en madres con niños de 3 a 5 años de la Institución educativa inicial N° 207; Huaycán-2016.

Propósito y procedimiento

Esta investigación está a cargo de las estudiantes de la Universidad Peruana Unión del quinto año de enfermería Mary Luz Calsin Pacompia y Sara Areli Ramos Condori.

El propósito de este proyecto es determinar la relación entre los conocimientos y prácticas hacia la prevención de accidentes domésticos en madres con niños de 3 a 5 años. Las madres participan brindando información a través de una encuesta.

Beneficios

Al finalizar el proyecto de investigación servirá de ayuda tanto para estudiantes de enfermería como para la población en estudio ya que se quiere promocionar la salud en las familias por ello se debe enseñar a prevenir. Se trata de que las madres sean los primeros en actuar frente a una situación que comprometa la salud de su pequeño hijo.

Derecho del participante y confidencialidad

La participación de las madres en este estudio es completamente voluntaria. Tiene el derecho a aceptar o negarse a participar en el estudio, asimismo, puede terminar su participación en cualquier momento, sin que esto afecte su relación con la investigación o facultad/escuela de enfermería. Los datos reportados por el participante serán manejados únicamente por la investigadora y para efectos del estudio.

DECLARACION DE INFORME DE CONSENTIMIENTO

Yo _____

He leído el contenido de este documento de CONSENTIMIENTONINFORMADO dado por las investigadoras, y deseo colaborar voluntariamente con este estudio. Por esta razón firmo el documento.

Fecha: / /

Anexo 3. Carta de autorización de la Universidad Peruana Unión.



UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
Facultad de Ciencias de la Salud

Ñaña, 05 de setiembre de 2016

Señora
MARGARITA ORTEGA LOPEZ
Directora de la Institución Educativa Inicial N°207 - Huaycán
Presente.-

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted para expresarle un cordial saludo a nombre de la Escuela Profesional de Enfermería y el sincero deseo de éxitos en su labor administrativa.

En esta oportunidad, las estudiantes de Enfermería del X ciclo académico **Maryluz Calsin Pacompia y Sara Ramos Condori**, están elaborando el proyecto de tesis titulado: *"Conocimientos y prácticas hacia la prevención de accidentes domésticos en madres de niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial N° 207, Huaycán"*. Por tal motivo solicito autorización para la aplicación de instrumento y recolección de datos a fin de concluir el trabajo de investigación durante el mes de setiembre.

Segura de contar con vuestra gentil ayuda, hago llegar las muestras de mi alta estima y consideración personal.

Atentamente,



Lic. Yira Gutipa Gonzales
DIRECTORA EP. ENFERMERÍA

Anexo 4. Autorización institucional

INSTITUCIÓN EDUCATIVA INICIAL Nº 207 ZONA P HUAYCAN

RD. 644-1994 UGEL 06

Huaycán 08 de setiembre de 2016.

LIC.:
NIRA CUTIPA GONZALES
DIRECTORA EP ENFERMERÍA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD UNIÓN
Presente.- :

Con un saludo cordial me dirijo a Ud. para manifestarle por intermedio de la presente, que estoy autorizando que las estudiantes MARYLUZ CALSIN PACOMPIA Y SARA RAMOS CONDORI apliquen en la Institución Educativa Inicial Nº 207 el instrumento y recolección de datos necesario para su trabajo de investigación.

Por mi parte cuentan con todo el apoyo que requieran. Si otro particular quiero expresarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



M. Margarita Ortega Lopez
M. MARGARITA ORTEGA LOPEZ
DIRECTORA (e)

Anexo 5. Datos de la prueba de confiabilidad

Tabla 8.

Análisis de fiabilidad del instrumento “conocimientos”.

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,736	10

Tabla 9.

Análisis de fiabilidad del instrumento “prácticas”.

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,857	25

Tabla 10.

Análisis de validez de contenido.

Ítems	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Total	V de Aiken
1	1	1	1	3	1
2	1	1	1	3	1
3	1	1	0	2	0,67
4	1	1	1	3	1
5	1	1	1	3	1
				14	0.934

Tabla 11.

Prueba de normalidad

	Kolmogorov-Smirnova		
	Estadístico	n	Sig.
Conocimiento	,237	190	,000 ^c
Prácticas	,063	190	,200 ^c
Dimensión “prevención caídas”	,091	190	,004 ^c
Dimensión “prevención quemaduras”	,117	190	,000 ^c
Dimensión “prevención intoxicación”	,186	190	,000 ^c

Anexo 6. Resultados descriptivos

Tabla 12.

Nivel de prácticas de las madres hacia la prevención de accidentes domésticos de caídas.

Caídas	n	%
No seguras	38	25,3
Medianamente seguras	84	56,0
Seguras	28	18,7
Total	150	100,0

Tabla 13.

Nivel de prácticas de las madres hacia la prevención de accidentes domésticos de quemaduras Institución educativa inicial N° 207; Huaycan-2016.

Quemaduras	n	%
No seguras	48	32,0
Medianamente seguras	66	44,0
Seguras	36	24,0
Total	150	100,0

Tabla 14.

Nivel de prácticas de las madres hacia la prevención de accidentes domésticos de intoxicaciones.

Intoxicaciones	N	%
No seguras	61	40,7
Medianamente seguras	57	38,0
Seguras	32	21,3
Total	150	100,0

Tabla 15.

Datos generales de la prevención de accidentes domésticos

Variable	Escala	n	%	
Tiempo promedio deja a sus hijos	Una hora	39	26.0	
	Dos horas	49	32.7	
	> tres horas	62	41.3	
Su hijo (a) sufrió alguna vez, un accidente en el hogar	Si	118	78.7	
	No	32	21.3	
Qué tipo de accidente	Caída	80	53.3	
	Quemadura	21	14.0	
	Intoxicación	8	5.3	
	Todas	5	3.3	
	Otros	5	3.3	
	Lugar donde ocurrió	Escalera	31	20.7
Lugar donde ocurrió	Cocina	26	17.3	
	Patio	18	12.0	
	Dormitorio	19	12.7	
	Sala	23	15.3	
	Nº de veces que ocurrió	Uno	61	40.7
Nº de veces que ocurrió	Dos	31	20.7	
	Tres	23	15.3	
	Mas	2	1.3	
	Usted considera que los accidentes son	Producto del azar	5	3.3
		Prevenibles	48	32.0
Descuido		60	40.0	
Por características propias del niño		18	12.0	
No sabe		16	10.7	
Otros		3	2.0	
¿Recibió información sobre medidas de prevención contra accidentes?	Si	74	49.3	
	No	76	50.7	
¿Si su respuesta es sí de quien recibió esta información?	Profesor	18	12.0	
	Compañero de trabajo	4	2.7	
	Médico o enfermera	35	23.3	
	Medios de comunicación	8	5.3	
	Familiares	10	6.7	
Total		150	100	

Tabla 16.

Análisis descriptivo de conocimientos.

Ítems	Correcto		Incorrecto	
	n	%	n	%
Que son sustancias toxicas o venenosas para Ud.	110	73,3	40	26,7
Sabe Ud. Qué hacer cuando su hijo toma ácido muriático a lejía	78	52	72	48
Si la respuesta es sí ¿Qué haría Ud.?	29	19,3	30	20
Sabe, Ud. Que hacer en caso que su hijo tome bencina, kerosene o gasolina	71	47,3	79	52,7
Si la respuesta es sí ¿Qué haría Ud.?	29	19,3	52	34,7
Sabe Ud. ¿Qué hacer si su hijo toma algún tipo de insecticida?	80	53,3	70	46,7
Si la respuesta es sí ¿Qué haría Ud.?	45	30	36	24
Que es quemadura	84	56	66	44
¿Cuál de las siguientes opciones liquidas produce quemaduras peligrosas?	118	78,7	32	21,4
Sabe Ud. ¿Qué hacer en caso de una quemadura con agua o aceite caliente?	98	65,3	52	34,7
Si la respuesta es sí ¿Qué haría Ud.?	63	42	36	24
¿Que causa una caída?	70	46,7	80	53,4
¿Qué daños puede causar una caída?	68	45,3	82	54,7
¿Sabe que hacer tras la aparición de una inflamación o hinchazón?	107	71,3	43	28,7

Tabla 17.

Análisis descriptivo de práctica

Ítems	Siempre		A veces		Nunca	
	n	%	n	%	n	%
Verifica el estado de conservación de sus escaleras y pisos	56	37,3	70	46,7	24	16
Verificar si hay objetos en el piso y escalera que pueden ser trampa para las caídas del niño (a)	71	47,3	67	44,7	12	8
Coloca las camas contra o cerca de la ventana	22	14,7	86	57,3	42	28
Mantiene el suelo lo más libre posible de obstáculos, sobre todo en la zona de mayor circulación.	72	48	59	39,3	19	12,7
Puertas, balcones, ventanas que den acceso a zonas de riesgo de caída, disponen de un sistema de bloqueo.	59	39,3	61	40,7	30	20
Hace uso de barandas de apoyo junto a la cama.	52	34,7	55	36,7	43	28,7
Mantiene mojado el piso de las habitaciones, pasadizos y escaleras.	20	13,3	55	36,7	75	50
Acompaña al niño cuando baja y sube las escaleras.	60	40	76	50,7	14	9,3
Observa a su niño constantemente cuando juega.	65	43,3	80	53,3	5	3,3
Cuando el niño se encuentra dormido, usted frecuentemente lo observa.	66	44	80	53,3	4	2,7
Explica a su niño en términos de fácil comprensión como puede evitar caerse.	87	58	54	36	9	6
Coloca las ollas y sartenes con contenido de líquidos calientes en los fogones de atrás y con las agarraderas hacia adentro.	54	36	72	48	24	16
Pasa algún alimento caliente sobre o cerca del niño cuando están en la mesa o cocina.	17	11,3	82	54,7	51	34
Establece barreras que impidan el ingreso del niño a la cocina.	45	30	73	48,7	32	21,3
Mantiene los aparatos eléctricos desconectados si no están en uso.	71	47,3	70	46,7	9	6
Coloca la protección en las tomas corrientes.	46	30,7	68	45,3	36	24
Los cables de electricidad en el hogar están al alcance de los niños.	17	11,3	42	28	91	60,7
Evita que el niño manipule artefactos eléctricos.	59	39,3	58	38,7	33	22
Mantiene productos como lejías y ácido muriático lejos del alcance del niño	75	50	61	40,7	14	9,3
Observa a su niño mientras juega, apartándolo lejos de los artefactos	89	59,3	56	37,3	5	3,3
Explica a su niño en términos de fácil comprensión como puede evitar quemarse y los lugares donde no debe acceder.	87	58	53	35,3	10	6,7
Conserva los detergentes, raticida, plaguicidas, la gasolina lejos del alcance de los niños	70	46,7	66	44	14	9,3
Vigila continuamente la ubicación de los productos tóxicos mientras los usa para la limpieza del hogar	85	56,7	62	41,3	3	2
Usa recipientes de productos comerciales de alimentación como fuentes de almacenamiento de sustancias de limpieza	41	27,3	66	44	43	28,7
Explica a su niño en términos de fácil comprensión como puede evitar intoxicarse	51	34	82	54,7	17	11,3