



REPÚBLICA DE CUBA

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA

FACULTAD DE ENFERMERÍA "LIDIA DOCE"

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE LESIONES NO
INTENCIONALES EN LA INFANCIA. MUNICIPIO DE CIENFUEGOS

Yanet Blanco Fleites.

Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencia de la
Enfermería

La Habana. 2018



REPÚBLICA DE CUBA

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA

FACULTAD DE ENFERMERÍA "LIDIA DOCE"

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE LESIONES NO
INTENCIONALES EN LA INFANCIA. MUNICIPIO DE CIENFUEGOS

Autora: MSc. Yanet Blanco Fleites

Tutora: Dr.C. Julia Maricela Torres Esperón

Dr.C. Laura Magda López Angulo

Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencia de la Enfermería

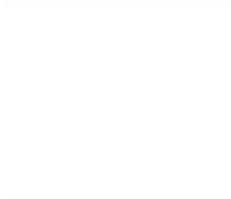
La Habana. 2018

La vida consiste en penetrar lo desconocido y adaptar nuestros actos a este nuevo conocimiento.

León Tolstoi

DEDICATORIA

- A mi alfarero Dios, por tomarme como arcilla y modelarme en sus manos de acuerdo a los planes que tiene para mí en el presente y el futuro.
- A mis hijas Gabriela y Sofhía que forman parte del día a día y apoyan mis sueños con sus talentos inigualables.
- A mi esposo Luis, fuente de amor incondicional y lucha tenaz en mis horas de estudio.
- A mi madre que diariamente deja huella en mi vida y mi corazón.
- A la memoria de mi padre Felipe Blanco Fernández ⁽⁺⁾, que me dio fortaleza de pensamiento desde pequeña.
- A Eneida Cabrera mi querida flaca, por su ilimitada entrega y ser una muralla en tiempos de huracán.
- A todos los niños y niñas, por ser ellos mi sol naciente.



AGRADECIMIENTOS

- *A Dios por todas las bendiciones recibidas.*
- *A mi tutora Julia Maricela Torres Esperón por ser candil en un camino largo y tenebroso, por su exigencia, entrega y ejemplo imperecedero. Gracias profesora por compartir sus conocimientos y esfuerzos. Cada día, cada minuto y cada segundo que pasé a su lado fue una clase magistral de modestia, sencillez y humildad científica.*
- *A mi tutora Laura Magda López Angulo por siempre darme ánimo para seguir en los momentos tan difíciles en los que me parecía imposible seguir adelante, no sólo por la valiosa docencia que me ofreció, sino por la amistad siempre a prueba de todo. Mis más sinceros agradecimientos.*
- *A todas las enfermeras que trabajan en las áreas donde se desarrolló la investigación por brindarme su ayuda incondicional y esfuerzo sostenido.*
- *A todas las familias que me permitieron contar su historia, por pasar momentos agradables y sensibles que fueron mágicos para mi actuar de hoy y del mañana.*
- *A Yuliett, Magny, Salvador y amigos del curricular por ser árboles en los cuales me podía refugiar ante los embates del viento.*
- *A mis amigas: Mabel y Annia por ser constante apoyo en cada paso que dí.*
- *A la Dra. Lianet Pérez, por ayudarme desde mis inicios, por ser amiga, compañera y excelente profesional.*
- *A Sonia, Inneris y Aimé por su asistencia en la búsqueda inagotable de bibliografía.*
- *Quiero disculparme con aquellos que hoy no nombro, pero que formaron parte de mi recorrido.*
- *A todos ellos, gracias infinitas.*

SÍNTESIS

Se realizó un estudio mixto de tipo secuencial transformativo (cuantitativo-cualitativo) durante los años 2015-2018, en tres áreas de salud del municipio Cienfuegos, con el objetivo de diseñar una intervención de Enfermería para la prevención de lesiones no intencionales en la infancia. Se utiliza como lente teórico la adaptación del Modelo de Kathryn Barnard. La fase cuantitativa fue un estudio descriptivo transversal que identificó el nivel de conocimientos del personal de enfermería de los equipos básicos de salud mediante un test diseñado y validado a tales efectos. Los resultados propiciaron el diseño y aplicación de un curso cuya evaluación fue satisfactoria. Se caracterizaron las lesiones no intencionales en una muestra de estudio de 223 niños, obtenida por muestreo probabilístico y se identificaron las situaciones de riesgo en el hogar, mediante el diseño y validación de un cuestionario y una guía de observación. La aplicación fue por el personal de enfermería entrenado. La fase cualitativa fue con una investigación narrativa mediante el Método Creativo Sensible (dinámica “mapa hablante”) y el ciclo interno del Método Traducción del Conocimiento (knowledge translation), con los cuales se produjo un material educativo. Se evaluó la intervención mediante el material educativo con las familias participantes y el personal de Enfermería. Las mismas ofrecieron juicios favorables en los criterios propuestos que permite considerarla efectiva.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I. REFERENTES TEÓRICOS PARA LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LESIONES NO INTENCIONALES EN LA INFANCIA	12
1.1. Teoría de interacción para la evaluación de la salud infantil de Kathryn E Barnard	12
1.2. La teoría de Kathryn Barnard y su conexión con la intervención de enfermería para la prevención de lesiones no intencionales en infancia.....	17
1.2.1 Primera propuesta de adaptación al modelo.....	19
1.2.2 Segunda propuesta de adaptación al modelo.....	20
1.2.3 Tercera adaptación del modelo.....	23
1.2.3.1 Las características del ciclo vital de 1 a 4 años.....	25
1.2.3.2. La necesidad de seguridad y protección en la infancia.....	28
1.2.3.3 Políticas que respaldan la necesidad de seguridad y protección en la infancia.....	30
1.3. Integración de nuevos métodos para abordar las lesiones no intencionales en la infancia..	35
1.3.3. Fundamentos teóricos del método creativo sensible.....	37
1.3.2 Fundamentos teóricos del método traducción de conocimientos.....	38
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICOS QUE SUSTENTAN LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE LESIONES NO INTENCIONALES EN LA INFANCIA.....	42
2.1. Algoritmo de investigación para la intervención de enfermería en la prevención de lesiones no intencionales en la infancia.....	42
2.2. Primera Fase. Recogida de datos cuantitativos.....	44
2.2.1. Procedimientos metodológicos de la Etapa 1. Conocimientos de Enfermería.....	44
2.2.1.1. Operacionalización de las variables.....	45
2.2.1.2 Diseño de un test para evaluar el nivel de conocimientos de los profesionales de enfermería sobre lesiones no intencionales en niños de 1 a 4 años de edad.....	45
2.2.1.3. Aplicación del instrumento para evaluar el nivel de conocimientos de los profesionales de enfermería sobre lesiones no intencionales en la infancia.....	48
2.2.2. Procedimientos metodológicos de Etapa 2. Diagnóstico de lesiones no intencionales....	49
2.2.2.1. Universo y muestra.....	49
2.2.2.2. Operacionalización de las variables.....	50
2.2.2.3. Diseño del cuestionario y la guía de observación.....	51
2.2.2.4. Aplicación del cuestionario y la guía de observación.....	54
2.2.3. Procesamiento de los datos cuantitativos.....	54
2.3. Segunda Fase. Recogida y análisis de datos cualitativos.....	54
2.3.1. Procedimientos metodológicos de la Etapa 3. Experiencias de familias.....	55
2.3.1.1. Primer momento del MCS. Presentación.....	57
2.3.1.2. Segundo momento y tercer momento del MCS. Producciones artísticas y análisis colectivo.....	58
2.3.1.3. Cuarto momento. Síntesis y Evaluación.....	60
2.4. Análisis conjunto de las fases.....	63
CAPITULO III. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE LESIONES NO INTENCIONALES EN LA INFANCIA. DISEÑO Y RESULTADOS.....	66
3.1. Primera Fase. Análisis de datos cuantitativos.....	66
3.1.1. Resultados de la Etapa 1. Conocimientos de Enfermería.....	66
3.1.1.1. Resultados de la aplicación del test para evaluar conocimientos en enfermeros sobre lesiones no intencionales en la infancia.....	71

3.1.2. Resultados de la Etapa 2. Diagnóstico de lesiones no intencionales.....	pág.” 73
3.1.2.1. Resultados de la aplicación del cuestionario y la guía de observación en el hogar.....	76
3.2. Segunda Fase. Análisis de datos cualitativos.....	85
3.2.1. Resultados de la Etapa 3. Experiencias de familias.....	85
3.2.2. Resultados de la Síntesis de las narrativas de familias y la revisión integrativa.....	90
3.2.3. Resultados del Cuarto momento. Síntesis y Evaluación. (Etapa 4 Evaluación).....	92
3.3. Conexión entre la fase cuantitativa y cualitativa del estudio.....	94
CONCLUSIONES.....	98
RECOMENDACIONES.....	100
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA.....	101
OTRAS BIBLIOGRAFÍA CONSULTADAS.....	114
ANEXOS.....	116

INTRODUCCIÓN

Las lesiones no intencionales constituyen una amenaza para la población infantil y a pesar de que sus causas son evitables se ha convertido en un problema de salud. En tal sentido el pediatra cubano y reconocido estudioso del tema, Valdés Lazo, planteó: *“iniciar con urgencia una lucha constante contra esta verdadera epidemia que va adquiriendo caracteres epidémicos”*.¹

El término lesión no intencional en la literatura científica es relativamente nuevo, la acepción más utilizada ha sido “accidente”. Según Hernández Sánchez en el año 1958, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define los accidentes como *“un acontecimiento fortuito, por lo general infortunado o dañino, independiente de la voluntad del hombre, provocado como una fuerza exterior que actúa rápidamente y que se manifiesta en un daño tanto físico como mental”*.²

Un año más tarde, en 1959, el ingeniero estadounidense, Herbert William Heinrich, en el libro *“Prevención de accidentes Industriales: Un enfoque científico”* lo define como *“un evento no planeado y no controlado, en la cual la acción o reducción de un objeto, sustancia, persona o radiación resulta en lesión personal o la probabilidad de que ella ocurra”*. Este autor establece el Triángulo de Heinrich, un modelo estadístico enfocado en cómo analizar y predecir la accidentabilidad dentro de una empresa, basado en la cantidad y gravedad de los accidentes registrados en un tiempo determinado.³

El profesor cubano e investigador del tema, Jordán Rodríguez, en el año 1987 consideró que el concepto “accidente” era un vocablo impreciso el cual generaliza una connotación semántica de algo “casual” o “fortuito” que sucede por causa de la suerte o el azar cuando en realidad *“los accidentes, ni son tan inevitables, ni son tan accidentales”*.⁴

En la enciclopedia de salud y seguridad del trabajo publicada en 1998 la profesora e ingeniera Kirsten Jorgens, definió accidente como *“...el resultado de una cadena de acontecimientos en la que algo ha funcionado mal y no ha llegado a buen término”* concluye *“...que hay muchas más*

*cadena de acontecimientos potencialmente peligrosas de las que llegan realmente a producir lesiones".*⁵

Aparece el término "lesiones" por primera vez en el año 1999, cuando la OMS las define como *"el menoscabo orgánico que resulta de la exposición a una energía mecánica, térmica, eléctrica, química o radiante que interactúa con el organismo en cantidades o con un índice que excede el límite de la tolerancia fisiológica"*.⁶

Asimismo, Valdés Lazo, en el año 2006 refirió: *"lo accidental del accidente no radica en su ocurrencia sino en las consecuencias. Lo accidental o casual fue el resultado, la lesión"*¹

La propia OMS dada la repercusión del problema en la infancia en el año 2012 dedica un informe a la prevención de las lesiones en los niños en el que define lesión 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"*.⁷ Esta definición es asumida por la autora para esta investigación y considera además las principales características que las tipifican como no intencionales de acuerdo a las descritas por Hernández Sánchez, Valdés Lazo y García Roche, cuando plantean que... *"las principales características que identifican a este tipo de lesión son la falta de intencionalidad, las consecuencias que origina y la rapidez con que ocurren"*.⁸

Los antecedentes descritos muestran que el término "accidente" evolucionó hacia el término "lesiones no intencionales" su justificación radica en que el proceso es el suceso o acontecimiento y las segundas son sus consecuencias, éstas últimas son las de interés para los profesionales de la salud. Basados en el precepto del profesor Valdés Lazo de que *"los accidentes, ni son tan inevitables, ni son tan accidentales"* se fundamenta el carácter preventivo de las lesiones no intencionales de la infancia.

Varias referencias así lo demuestran, como es el caso del análisis conceptual del término accidente que enfatiza más el proceso, por lo que se sustituye por lesión no intencional, (unintentional injuries) según la literatura inglesa, (traumatisme) para la literatura francesa, que enfatizan en el resultado.² La OMS que antes llamaba al “Programa Global de prevención de accidente”, ahora lo designa como Injury Prevention Programme.¹

Por todo lo antes expuesto en esta investigación se asumió “lesiones no intencionales”, porque es el término más usado en la literatura científica mundial de salud, la palabra “accidente” se relaciona con el suceso y el 90% tienen un componente humano, por lo que pueden ser predecibles y prevenibles, lo más importante del suceso acontecido es el resultado, la “lesión no intencional.”

Las lesiones no intencionales constituyen un grave problema de salud, por su elevada mortalidad, morbilidad, sus repercusiones humanas, el gran número de crisis familiares que originan y el elevado costo económico. ⁹Torres Márquez y colaboradores lo “*consideran un problema creciente en términos de años de vida potencialmente perdidos, ya que afectan en mayor proporción a las poblaciones de menor edad*”.¹⁰

Se estima que fallecen en todo el mundo, un aproximado de 100 niños a cada hora a causa de lesiones, de ellas el 90% son no intencionales. ¹¹ Según Arias Poras, datos registrados por la OMS en el año 2013, *hubo por lesiones no intencionales en el hogar, 226.577 defunciones de niños de 1 a 4 años, equivalentes a 45,8 defunciones por cada 100.000 habitantes de este grupo de edad*”.¹² Estos resultados reflejan la gravedad del asunto, lo que reafirman las lesiones no intencionales como problema de salud en el grupo de edad de 1 a 4 años.

Dichos argumentos llevaron a la OMS a afirmar que cuando se habla de la dimensión del problema, se debe enunciar la mortalidad como “*la parte visible de un iceberg*”, ya que por cada muerte deben contabilizarse 40 personas hospitalizadas y 1000 que recibieron asistencia médica

por lesiones no intencionales. Éstas se ubican entre una de las causas más importantes de urgencias hospitalarias, así como remisiones de los centros de salud primario.¹³

La carga de lesiones no intencionales no se reparte de manera proporcional en todo el mundo, se describe que en países no desarrollados y en vías de desarrollo y de familias de menos recursos el indicador es más alto. No obstante existen países que no conocen con exactitud la magnitud del problema. Por ejemplo, en un estudio realizado en cinco países de Asia Sudoriental (Bangladesh, China, Filipinas, Tailandia y Viet Nam) se hallan tasas de defunción por esta causa en menores y mayores de 5 años mucho más altas de la previstas.⁶

En África Subsahariana donde existe una alta mortalidad en la infancia por causas como el Sida, la tuberculosis, infecciones bacterianas y parasitarias, los traumatismos se incluyen dentro de estas causas. En una investigación realizada en la ciudad de Kampala, 556 fueron atendidos en el hospital por lesiones no intencionales y el 47% era menor de 5 años.¹⁴ En América Latina por esta causa la tasa de mortalidad en menores de 20 años es de 150 a 200 por 1000 habitantes, a lo que se ha llamado “*guerra silenciosa*” por las lesiones no intencionales.¹⁵

En otro estudio realizado en México entre 2009 y 2010 se aplicó un cuestionario a 228 cuidadores de niños menores de 5 años del primer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social que obtuvo una prevalencia de un 67% de los casos encuestados.¹⁶

En Brasil mediante los datos del Sistema de Vigilancia de Violencias y Accidentes Inquérito VIVA, se obtiene información de los servicios centinelas de urgencia y emergencia de 24 capitales del Distrito Federal entre septiembre y octubre del 2011, donde estiman que aproximadamente 14.225 personas fueron atendidas debido a caídas y el 24.1% correspondía a niños entre 0 y 9 años.¹⁷

En Perú, Huamán Fernández,¹⁸ investigó sobre las prácticas realizadas por las madres para prevenir las lesiones no intencionales, aplicó un cuestionario a 43 madres de niños de 2 a 5 años

que demandaban atención en el Policlínico “Los Próceres”. Entre los resultados se revela que el 23% de madres no llevan a cabo acciones consideradas seguras para la prevención de lesiones en sus niños.

En Cuba se registra una disminución considerable de la mortalidad por esta causa, de una tasa 2.0 defunciones x 10.000 habitantes en niños de 1 a 4 años en 1970 ¹⁹ descendió a 0,5 en 2017.²⁰En ello influyeron los esfuerzos realizados por el Gobierno, el Ministerio de Salud Pública (Minsap) y otros sectores como los Ministerios de Educación (Mined), Educación Superior (Mes), de Cultura, del Interior (Minint), el Instituto Nacional de Deportes (Inder) y organizaciones políticas y de masas.

Un elemento importante para estos resultados lo constituyó el “Programa de prevención de accidentes para menores de 20 años” ²¹ aprobado y liderado por el Minsap en el año 1995, en el que se plantean acciones para todos los sectores antes mencionados. No obstante, en el año 2007 se realizó en los centros de urgencia del país, una encuesta nacional de lesiones no intencionales en menores de 20 años y se registró que el mayor número de casos atendidos era de cero a cuatro años, que representó el 32.5% de la muestra estudiada.¹⁵

Cuando se inició el presente estudio, en el año 2015, se analizaron las estadísticas nacionales y provinciales de las lesiones no intencionales en la infancia, los resultados se describen a continuación:

En la etapa entre 1 a 4 años, en el país hubo 38 niños fallecidos por lesiones no intencionales, lo que representó una tasa de 0.8 x 10. 000 habitantes y además aparece como la primera causa de muerte en ese grupo de edad.²² Estos resultados confirman la connotación del tema de estudio como problema de salud.

En el caso de la provincia de Cienfuegos las lesiones no intencionales están dentro de las cinco primeras causas de muerte en niños de 1 a 4 años. ²³⁻²⁴ Se exploró la información estadística en

el hospital pediátrico de la provincia “Paquito Gonzales Cueto”, en el que se registraron 314 niños hospitalizados por lesiones no intencionales, de ellos el grupo de edad de 1 a 4 años fue el de mayor incidencia con 39,8% del total, de los cuales el 42% pertenecían al municipio Cienfuegos.²⁵

En este municipio según el informe anual del panorama materno infantil,²⁶ que recoge los casos atendidos en los consultorios del médico y enfermera de la familia y los servicios de urgencias de las áreas de salud, se registró que de los niños que sufrieron lesiones no intencionales en el hogar el grupo de mayor incidencia fue el de 1 a 4 años de edad, con un 42,1% del total.

En tal sentido las lesiones no intencionales tienen serias implicaciones para las posibilidades de supervivencia, calidad de vida y bienestar en la infancia. Estas se expresan tanto en términos de muerte prematura, así como en el deterioro temporario o permanente de su salud. Las intervenciones realizadas por enfermería en la comunidad han de establecer un cambio que garanticen el mejoramiento de las condiciones determinantes que llevan a su ocurrencia.

La enfermera como profesional del equipo básico de salud, tiene entre sus funciones realizar visitas domiciliarias a las familias que atiende.²⁷ Actividad primordial para la modificación de riesgo del entorno mediante la prevención de enfermedades o lesiones y la promoción para la salud. Mediante el cuidado, la interacción con la familia permite brindar orientaciones de acuerdo a las pautas establecidas en el ciclo de vida, con lo que además satisface necesidades de los infantes y su familia.

Estos antecedentes justifican la investigación y ofrecen los argumentos para plantear el **problema científico** que se describe a continuación:

Los indicadores de mortalidad y morbilidad del municipio de Cienfuegos, registran una alta incidencia de las lesiones no intencionales en el grupo de edad de 1 a 4 años y la ocurrencia en

el hogar es la más frecuente, todo ello lo hace tributario de acciones de los equipos básicos de salud al respecto y dentro de éste, al personal de Enfermería.

En consecuencia, se plantean las interrogantes científicas siguientes:

1. ¿Qué referentes teóricos y metodológicos sustentan el diseño de una intervención de Enfermería para la prevención de las lesiones no intencionales en la infancia?
2. ¿Cuáles es el nivel de conocimientos sobre lesiones no intencionales que posee el personal de enfermería de los equipos básico de salud?
3. ¿Qué caracterizó las lesiones no intencionales ocurridas en el hogar en el grupo de edad de 1 a 4 años?
4. ¿Cuáles son las situaciones de riesgo de lesiones no intencionales en el hogar en el grupo de edad de 1 a 4 años?
5. ¿Cómo las experiencias de las familias en las que ocurrieron lesiones no intencionales en niños de 1 a 4 años, puede contribuir a la elaboración de un material educativo para la prevención de este problema de salud?
6. ¿Cómo evaluar desde la perspectiva del personal de Enfermería de los equipos básicos de salud, el material educativo elaborado por la familia?

Objetivo General

Diseñar una intervención de Enfermería para la prevención de las lesiones no intencionales en la infancia.

Objetivos Específicos

1. Fundamentar los referentes teóricos y metodológicos que sustentan el diseño de una intervención de Enfermería para la prevención de las lesiones no intencionales en la infancia.
2. Evaluar el nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre de lesiones no intencionales en la comunidad.
3. Caracterizar las lesiones no intencionales en niños de 1 a 4 años.

4. Identificar las situaciones de riesgos de lesiones no intencionales en el hogar para niños de 1 a 4 años.
5. Explorar las experiencias de las familias en las que ocurrieron lesiones no intencionales en niños de 1 a 4 años para el diseño de un material educativo.
6. Evaluar desde la perspectiva del personal de enfermería de los equipos básicos de salud el material educativo elaborado.

Se realizó un estudio mixto del tipo secuencial transformativo (cuantitativo-cualitativo). La fase cuantitativa fue un estudio descriptivo transversal que identificó el nivel de conocimientos del personal de enfermería de los equipos básicos de salud mediante un test diseñado y validado a tales efectos. Los resultados propiciaron el diseño y aplicación de un curso cuya evaluación fue satisfactoria. Se caracterizaron las lesiones no intencionales en una muestra de estudio de 223 niños, obtenidas por muestreo probabilístico y se identificaron los factores de riesgo en el hogar, para la cual se diseñaron y validaron un cuestionario y una guía de observación. La aplicación de los mismos fue por el personal de enfermería de los equipos básicos de salud entrenados.

Los resultados de la primera fase (cuantitativa) se utilizaron en la segunda (cualitativa) en dos sentidos, uno para definir las familias a seleccionar, según causas de lesiones de su descendencia y el otro como sustento para el material educativo elaborado con las familias.

En la fase cualitativa se realizó una investigación narrativa mediante el Método Creativo Sensible (MCS) y la dinámica utilizada fue el “mapa hablante” y el ciclo interno del Método Traducción del Conocimiento (knowledge translation) (KT), en el que se utilizaron los saberes de las familias de estudio que fueron sintetizados con los resultados de una revisión integrativa para producir un material educativo hecho con y para las familias. En el cierre de la etapa, se evaluó el material educativo por las familias participantes y por el personal de Enfermería entrenado en la primera fase. Con ello además se evaluó la efectividad de la intervención mediante las habilidades desarrolladas por las enfermeras para valorar el mencionado material.

Se cumplió con las consideraciones éticas establecidas según Declaración de Helsinki, en Fortaleza, Brasil 2013 .²⁸ Se obtuvo el consentimiento informado de todos los profesionales y familias incluidos en el estudio.

La **novedad científica** por primera vez se aborda una intervención de este tipo en el municipio Cienfuegos, donde hubo un desarrollo de conocimientos para trabajar el riesgo de las lesiones no intencionales en la infancia desde la perspectiva de enfermería. El empleo del método mixto secuencial transformativo, para abordar un problema de salud contemporáneo desde una concepción filosófica reivindicatoria/participativa sustentó la adaptación de la teoría de Kathryn E Barnard. La integración de métodos cualitativos modernos permitió la construcción de un producto educativo elaborado con y para las familias y tuvo dos primicias, la realización en el país y el problema salud que se aborda en la infancia.

Aportes Teóricos.

Se realizó una adaptación de la “Teoría de interacción para la evaluación de la salud infantil” de Kathryn Barnard y se utiliza como lente teórico la vulnerabilidad del infante entre 1 y 4 años por sufrir lesiones no intencionales, en correspondencia se incluyeron el “temperamento y regulación” en las características del “ciclo vital”, se sustituyó el concepto de “cuidador “por “familia” y se incluyó el cuidado desde la concepción emancipadora, aspecto relevante para la Ciencias de la Enfermería moderna, sobre todo en el trabajo comunitario.

En el proceso de adaptación del Modelo de Barnard se generaron nuevas afirmaciones teóricas que respaldan la utilización de la teoría como referente fundamental de la investigación realizada.

Aportes a la práctica profesional.

La intervención de Enfermería para la prevención de las lesiones no intencionales diseñada posee diferencias con las realizadas habitualmente, ya que en su concepción se incluyeron todas las etapas del estudio, lo que ofrece otra perspectiva en la ejecución de este tipo de

investigación. Además, se centra en anticipar acciones para ofrecer cuidados en las familias para la prevención. Los resultados de la intervención propiciaron la introducción de conocimientos que favorecen la evaluación del niño-familia-entorno en la práctica profesional en relación a las lesiones no intencionales. El alcance de estos conocimientos permite mejorar el cuidado y realizar cambios en beneficio de la población infantil.

Aportes sociales:

Uno de los aportes más importantes, por la complejidad que trae aparejado en la familia las lesiones no intencionales en niños de 1 a 4 años, se determina por la comprensión de las familias del fenómeno y su transformación en la percepción acerca de la protección del infante. Éste apropiamiento del conocimiento les permite ser líderes en la comunidad a partir de sus propias experiencias y vivencias convirtiéndolos en voces de los niños que sufren a diario un descuido, que en ocasiones los lleva a la muerte.

Permite ofrecer al Ministerio de Educación un producto terminado que sea referente para las familias en la infancia, como trabajo preventivo e inclusivo y al Programa de prevención de accidentes para menores de 20 años del Ministerio de Salud Pública, así como a las enfermeras que recibieron la intervención en el municipio para el trabajo diario de prevención de lesiones no intencionales en la infancia.

Aportes metodológicos.

El estudio aporta un algoritmo metodológico basada en la estrategia trasformativa secuencial de estudios mixtos que incluye además la integración de conocimientos del MCS y el KT para diseñar una intervención de Enfermería centrada en las experiencias de las familias. La integración de estos métodos para dar solución a un problema de salud es un aporte al cuidado de Enfermería, que puede servir de sustento a otras líneas de investigaciones futuras.

**CAPÍTULO I. REFERENTES TEÓRICOS PARA LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA
PREVENCIÓN DE LESIONES NO INTENCIONALES EN LA INFANCIA.**

CAPÍTULO I. REFERENTES TEÓRICOS PARA LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LESIONES NO INTENCIONALES EN LA INFANCIA.

La Enfermería en su desarrollo científico, tiene un amplio fundamento teórico que se interrelaciona con otras ciencias como la Salud Pública, Psicología, Pedagogía, Sociología y Antropología, entre otras; para sustentar su esencia fundamental “el cuidado de enfermería”. El cuidado como objeto de la profesión abarca acciones autónomas y en colaboración que se prestan a personas de todas las edades, familias y comunidades, enfermos o sanos, encaminados a la curación, rehabilitación, prevención de enfermedades o lesiones y promoción de salud.

Realizar investigaciones que se ocupen de la prevención de lesiones no intencionales en la infancia requiere de abordajes integrales que permitan afrontar situaciones en grupos poblacionales complejos como la familia, de ahí que la metodología empleada a tales efectos necesariamente requiere la utilización de referentes teóricos diversos. En tal sentido el propósito de este capítulo es analizar los referentes teóricos que sirvieron de sustento a la investigación

1.1 Teoría de interacción para la evaluación de la salud infantil de Kathryn E. Barnard.

La teoría de interacción para la evaluación de la salud infantil es usada en ésta tesis como referente teórico fundamental, por lo que el propósito del epígrafe es enunciar algunos aspectos que sustentan el uso de dicha teoría.

Kathryn Barnard, enfermera pediátrica estadounidense que dedicó gran parte de su vida académica al estudio de las relaciones del desarrollo infantil y el cuidado de enfermería, en base

a ello desarrolló su teoría de nivel medio. Dicha teoría centra la atención en la interacción cuidador-niño-entorno, los que fundamentó en datos empíricos acumulados a través de escalas para cuantificar la alimentación, la enseñanza, el entorno y la relación de éstos con el desarrollo infantil.

Barnard propone que las características individuales de cada persona influyen en el sistema de relación cuidadores-hijos y que el comportamiento adaptativo modifica esas características para satisfacer las necesidades del niño, además le confiere relevancia al entorno y lo conceptualiza como *“todas las experiencias con que se encuentra el niño, ya sean personas, objetos, lugares, sonidos, sensaciones visuales y táctiles”*.²⁹ También establece una distinción *“entre el entorno animado e inanimado con que éste interactúa”*.³⁰

Como parte de la teoría, la Dra. Barnard establece diez afirmaciones teóricas, después de un análisis detallado de las mismas, se propone para esta investigación una modificación de cinco de ellas, las cuales son: ²⁹

- *En la valoración del niño, el objetivo último consiste en identificar los problemas antes de que se desarrollen y cuando sea máxima la eficacia de la intervención.*
- *Los factores ambientales en el proceso de interacción padres-hijos, son importantes para determinar los resultados sobre la salud del niño.*
- *La interacción entre el niño y la persona que lo cuida ofrece información que refleja la naturaleza actual del niño.*
- *El proceso adaptativo es más fácil de modificar que las características básicas del niño o de la madre; por lo tanto, las intervenciones de enfermería deben dirigirse más a fomentar la sensibilidad de la madre y su capacidad de respuesta antes las señales que le trasmite el niño, que a intencionar cambiar sus estilos o características.*

- Las valoraciones del entorno del niño son importantes en cualquier modelo de valoración de la salud infantil.

Otro resultado de ésta teoría fue el modelo de interacción para valorar la salud infantil, desarrollado para ilustrar la teoría como aparece en la Figura 1, dicho modelo es también sustento de la investigación de lesiones no intencionales, como se podrá observar en el segundo epígrafe de este capítulo.

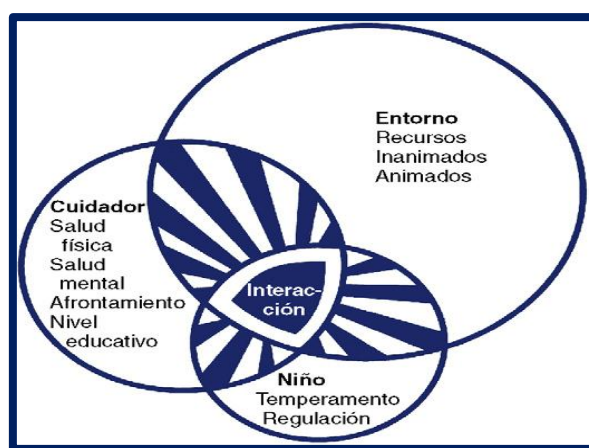


Figura 1. Modelo de evaluación de la salud infantil. Tomado de Modelos y teorías de Enfermería. Séptima Edición de Raile Alligood M, Marriner Tomey M, 2011 Elsevier España, Pág.63

En la figura 1 se representa en el círculo más pequeño al niño con sus principales características del temperamento, comportamiento y capacidad que posee para adaptarse a la persona que lo cuida y al entorno. El círculo mediano representa al cuidador principal, aunque no siempre fue así como es mostrado a continuación.

Entre el año 1977 y 1979 la doctora Barnard y sus colegas inician una investigación para determinar cómo informar los resultados de sus estudios a los profesionales de la enfermería de toda la nación. Esta iniciativa fue concretada con la fundación del proyecto Nursing Child Assessment Satellite Training Project (NCAST) que proporciona a los enfermeros del mundo pautas para valorar el desarrollo infantil y las interacciones padres-hijos. En ese entonces la

madre se identifica como concepto principal, mientras que el padre se incluía dentro de la descripción del entorno, esto fue debido a la clasificación de la familia en esa época.²⁹

El cambio del concepto “madre” por “cuidador” ocurre a medida que Barnard profundiza en su teoría mediante sus investigaciones y la evolución de las características de la familia moderna estadounidense, lo que la hace situar en el círculo donde incluía a la madre, al cuidador principal que puede ser la madre, el padre, los abuelos o la persona responsable de su atención. El círculo mayor es representado por el “entorno” del niño y del cuidador. Barnard, refinó con la práctica la teoría y describió un vínculo estrecho que transformó la manera en que los profesionales sanitarios evalúan a los niños a la luz de la relación padre-hijo. Su modelo de interacción cuidador-hijo se utilizó para estudiar problemas de la comunidad que afectan las discrepancias en la salud.³⁰

Los supuestos principales o metaparadigmas utilizados por la Doctora Barnard se basan en las siguientes definiciones:²⁹

- Enfermería: *“el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas ante los problemas de la salud”.*
- Persona: *“el ser humano habla de la capacidad de recibir los estímulos auditivos, táctiles, visuales y también establecer asociaciones a partir del estímulo recibido”.*
- Salud: Aunque no define la salud, describe la importancia de la familia como *“la unidad básica de la asistencia sanitaria”* Afirma además que *“...debemos proteger nuevos valores en la sociedad americana, que hasta ese entonces había valorado no la salud, sino la ausencia de enfermedad”.*
- Entorno: *“todo lo que rodea al niño, las experiencias, las relaciones y establece una distinción entre el entorno animado e inanimado.”*

La teoría centra el cuidado en la interacción cuidador-hijo concebida como un sistema, el cual está influido por las características individuales de cada miembro que pueden modificarse de manera que satisfagan las necesidades del sistema.

Existen varios estudios que han utilizado la teoría de Barnard como referente. Un primer estudio aborda los cuidados de Enfermería relacionados con los padres para fortalecer el crecimiento y desarrollo de sus hijos.³¹ Otro expone el proceso de enfermería en pacientes con Neumonía y Derrame Pleural ³² y una tercera investigación elaborada por la propia Barnard examina el cambio de relación emocional de los niños y sus madres en situación extrañas.³³ A continuación serán explicados con mayor profundidad.

Laguados Jaimes, profesora colombiana ³¹ realiza un reporte de caso para revisar la práctica formativa del programa de crecimiento y desarrollo en una institución de salud y aplica el proceso de enfermería y el análisis de la situación del paciente desde el referente teórico de Barnard. Demuestra que los procesos de educación fortalecen a los padres en los cuidados básicos de sus hijos.

La investigadora ecuatoriana, Padilla Samaniego ³² en su tesis de grado hace referencia a los elementos básicos de la teoría de Barnard y los describe junto al proceso de atención de enfermería en paciente pediátricos con Neumonía y Derrame Pleural, realiza visitas domiciliarias con el propósito de educar a las madres sobre varios aspectos entre ellos el desarrollo del niño y el rol de padres, con el fin de lograr un entorno seguro para el crecimiento y el desarrollo del infante.

Desde su perspectiva se debe valorar esta relación y sus influencias en el desarrollo del niño, en el que el personal de Enfermería debe basarse para priorizar el cuidado. En tal sentido circunscribe el cuidado a la relación del binomio.

En el estudio elaborado por Guo, Leu, Barnard, Thompson, Spieker ³³ se examina el cambio de emoción entre la madre y el niño en la etapa preescolar en situación extrema, donde plantea que un niño seguro es uno que comunica la emoción tanto positiva como negativa abiertamente, a una madre que es susceptible y receptiva a las necesidades emocionales de su niño.

No se encontraron evidencias sobre el uso de la teoría de Barnard en investigaciones relacionadas con las lesiones no intencionales de la infancia, no obstante, los abordajes de la misma tienen una coherencia especial para este estudio, como se podrá apreciar en el epígrafe siguiente:

1.2. La teoría de Kathryn Barnard y su conexión con la intervención de enfermería para la prevención de lesiones no intencionales en niños de 1 a 4 años.

El modelo diseñado por Kathryn Barnard para representar la teoría fue objeto de análisis para establecer las principales conexiones que permiten el uso de la teoría para el estudio de las lesiones no intencionales en niños de 1 a 4 años.

Dado que la aplicación del modelo se realiza para un problema de salud que no fue investigado por la autora de la teoría y que además se ejecuta en otro contexto histórico social y en otro modelo de salud, fue necesario proponer también algunas adaptaciones que serán descritas en este epígrafe. Para ello la autora de la tesis se atrevió, después del análisis teórico conceptual

de otros referentes relacionado con el problema de estudio, a proponer adaptaciones al modelo que justifican la decisión del tipo de estudio utilizado, como se podrá leer más adelante.

Barnard como ya se mencionó, centra su teoría en la interacción cuidador-niño-entorno. La interacción y las posiciones que ocupan cada uno son el primer punto de coherencia para el estudio de las lesiones no intencionales de la infancia, así como las características que ella describe del entorno para dicha interacción.

A partir de los resultados de esta investigación se proponen seis afirmaciones teóricas y tres adaptaciones al modelo.

Afirmaciones teóricas:

1. En la valoración del entorno del niño, el objetivo primero es identificar por las familias situaciones de riesgos de lesiones no intencionales antes que se desarrollen.
2. Los factores ambientales del hogar en el proceso de interacción familia-niño, son determinantes para la prevención de las lesiones no intencionales.
3. La interacción familia-niño centrada en la alerta y la vigilia determina el cuidado para la prevención de lesiones no intencionales.
4. En el proceso de trabajo con las familias para la prevención de las lesiones no intencionales es más productivo utilizar sus saberes, para lograr la participación con enfoque de riesgo. Por tanto las intervenciones de enfermería deben dirigirse a fomentar el cuidado emancipador.
5. La valoración del entorno familia-niño por enfermería es trascendental en la prevención de lesiones no intencionales.
6. Las características del ciclo vital del niño ayudan a definir las situaciones de riesgo para la prevención de las lesiones no intencionales.

Adaptaciones al modelo (Figura 2).

1. Sustituir el concepto de “cuidador” por “familia”,
2. Centrar el cuidado en la relación “familia-niño” y consecuentemente abordar éste desde una dimensión emancipadora,
3. Incluir el “temperamento” y “regulación” en las características del ciclo vital.

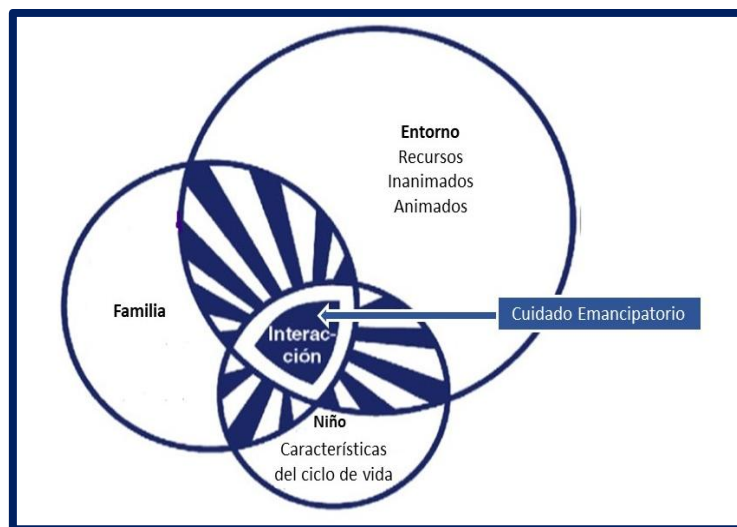


Figura 2. Modelo de evaluación de la salud infantil de Barnard adaptado para el estudio de las lesiones no intencionales en la infancia.

Los argumentos de estas decisiones se describen en el próximo epígrafe

1.2.1. Primera propuesta de adaptación al modelo.

La propuesta de sustituir cuidador por familia se argumenta en las razones siguientes: 1) se entiende que, en la prevención de las lesiones no intencionales de la infancia, sobre todo las ocurridas en el hogar, todos los miembros de la familia deben empoderarse y participar por una visión de enfoque de riesgo para lograr el éxito al respecto, 2) se trabaja desde la perspectiva de la enfermería comunitaria, donde las familias juegan un rol fundamental en las acciones que se realizan por la salud, 3) en el modelo cubano de salud basado en la estrategia de Atención

Primaria, la perspectiva de salud familiar forma parte de todos los programas de atención, 4) la situación socioeconómica del país ha propiciado que en la mayoría de los hogares cubanos vivan familias ampliadas o extendidas con más de una generación de convivencia y 5) en Cuba las familias tienen raíces culturales de apego que las hacen establecer relaciones de solidaridad para los cuidados de la infancia.

En tal sentido se asume la definición emitida por Cano González, que plantea: *“familia es un conjunto de personas unidas por lazos de herencia genética, consanguinidad, afectos, cuidado, apoyo y vivencias compartidas que, bajo la custodia de padres o tutores, se constituye en el eje generatriz de la sociedad, cuyo rol trascendental supera la satisfacción de las necesidades básicas de sus integrantes, centrando su atención en la transmisión de una educación fundamentada en valores educativos y culturales”*.³⁴

1.2.2. Segunda propuesta de adaptación al modelo.

Varios estudios se han realizado sobre el cuidado y sus concepciones, uno de los más recientes encontrado fue la revisión sistemática de Chaves Morais y colaboradores cuya finalidad fue sintetizar las prácticas del cuidado desde la concepción de Collière. El análisis del estudio permitió clasificarlo en dos categorías: cuidados centrados en el modelo biomédico o técnico y cuidados que van más allá de la técnica: ³⁵

- El cuidado biomédico o técnico es aquel que aplica el profesional de enfermería ante un proceder, como sinónimo de competencia técnica.
- El cuidado que va más allá de la técnica es aquel que realiza el personal de enfermería desde una dimensión holística. Esta dimensión del cuidado explica con claridad que no se deben de anular los conocimientos científicos provenientes del modelo biomédico,

sino que se debe tener una visión más completa del ser humano que está compuesto de cuerpo, mente y cultura, que influye sobre el medio y lo hace más integral.

Desde el enfoque de la integralidad del cuidado otras autoras también se han pronunciado como es el caso de la brasilera Gómez Maia Pires, ella en sus investigaciones relata el cuidado en el manejo de relaciones entre ayuda y poder, por la construcción de una autonomía donde expresa tres conceptos: “*conocer para cuidar mejor*”, “*cuidar para confrontar*” y “*cuidar para emancipar*”.³⁶ Plantea el cuidado como referencia emancipadora que contextualiza el trabajo para la enfermería. Aspira a una formación de la práctica a partir de un enfoque diferente del cuidado, con dimensiones sociales, políticas, ecológicas y epistemológicas en las nociones de sus tres conceptos: ³⁷

- *Conocer para cuidar mejor*: Refleja la necesidad de conocer el momento socio-histórico donde son generadas las relaciones de ayuda – poder en las políticas de salud permitiendo tener una visión nueva social, ontológica.
- *Cuidar para confrontar*: Explica relaciones que conlleven a un mejor poder democrático y entre los mismos enfermeros, el intento de acumular fuerzas de reacción a los procesos de dominio de intercambio de conocimientos y de trabajo colectivo entre los equipos de salud.
- *Cuidar para emancipar*: Se refiere a las relaciones de ayuda y poder de la micro política de la salud, insertada en contextos socio-históricos de correlaciones de fuerzas capaz de aprovechar los escenarios propicios para romper progresivamente las asimetrías que traen el poder de salud centrados en la persona como sujeto de un proceso salud-enfermedad, propiciando un desenvolvimiento de las prácticas del cuidado capaces de ayudar con la construcción de proyectos propios para una mejora y recuperación de la salud, aumentando los diversos saberes y valores del equipo de enfermería con

posibilidad de mejoras para ejercer el cuidado con un mayor entendimiento de los mitos y ritos de la enfermería, amplias posibilidades de cuidar dejando al lado el cuidado institucionalizado.

En tal sentido el cuidado emancipador tiene sus principales referencias en la obra de autores como Paulo Freire y Pedro Demo. Pires caracteriza la construcción de un modelo llamado “triada emancipadora”, que lo analiza desde las ideas freiriana, la concepción ética respecto a los valores, la historia y la cultura de las personas. La voz de los demás es necesariamente escuchada de manera singular y única, teniendo en cuenta el contexto social en que viven. Esta perspectiva freiriana remite a una concepción estética, libertadora en la promoción de una educación con criticidad y curiosidad con amplitud creativa.³⁸

La concepción de cuidado emancipador es la otra adaptación que se propone al modelo de Barnard, dado que para trabajar un problema de salud de gran sensibilidad familiar se precisan maneras constructivas del cuidado, como lo es éste tipo cuidado, que no fue el que definió Barnard en su teoría.

La adaptación de las afirmaciones teóricas de Barnard justifican el uso de este tipo de cuidado, debido a que la familia debe centrar la alerta y la vigilia del niño según su desarrollo del ciclo vital, valorar el entorno en el hogar para identificar situaciones que pueden llevar a la ocurrencia de lesiones no intencionales antes que se desarrollen, por lo que el personal de enfermería que labora en los equipos básico de salud, utiliza los saberes de la familia para lograr la participación con enfoque de riesgo y brinda de esta forma una concepción diferente del cuidado: el cuidado emancipador.

La autora de la tesis utiliza esta perspectiva del cuidado en el trabajo con la familia basados, en que las mismas traen conocimientos previos en cuanto a las lesiones no intencionales de sus hijos o nietos, tienen vivencias y experiencias que le son útiles para la formación de valores y adoptarlo como punto de partida para la producción del cuidado en el niño.

La importancia de este tipo de cuidado es que genera afectos en los encuentros producidos con la familia, nuevos modales, se enriquecen pensamientos tanto de la enfermera como de las familias. Existe una mayor comprensión de los procesos acontecidos y como estas lesiones repercuten en el plano biológico, psicológico, social y hasta económico su manera de abordarla debe ser participativa.

El cuidado emancipador de manera concreta se basa en llegar a las personas, familia y comunidad desde sus saberes, para con ellos incentivar a las personas la participación en la identificación del problema e incluso en sus percepciones de riesgo

1.2.3 Tercera adaptación del modelo.

Todos estos referentes teóricos y la adaptación del modelo de Barnard permiten sustentar la idea de la defensa de la infancia como grupo vulnerable y en tal sentido respaldan la elección de la estrategia de investigación seleccionada que se explicará más adelante.

Para los contenidos que abarca la visión del “niño”, se propone el concepto “características del ciclo vital”, que incluye además del “temperamento” y “regulación” otras áreas del desarrollo infantil.

La autora de la tesis asume esta definición y los argumentos para este cambio de concepto son los siguientes: 1) la condición de fragilidad que posee el niño según las características del ciclo de vida, sobre todo en las edades más tempranas, 2) la necesidad de protección y seguridad como una de las principales necesidades de la infancia, que implica dependencia de los adultos y que por consiguiente ha conllevado al establecimiento de leyes internacionales y nacionales que lo garanticen. Estos dos argumentos ofrecen un peso cardinal para defender la idea de centrar el estudio de las lesiones no intencionales basado en la infancia como grupo vulnerable, que por tanto se encuentra en posición de desventaja para dichas lesiones.

Se asume como ciclo vital la definición planteada por Moratto Vásquez como “un conjunto de acciones continuas para lograr el desarrollo humano y es precisamente por esa condición, que no basta nacer y crecer biológicamente, hay que nacer y crecer socialmente”.³⁹

Las afirmaciones teóricas propuestas en esta tesis, están relacionadas con las características del ciclo vital del niño de una a cuatro años donde la familia asume un papel protagónico por la dependencia que tiene el infante en estas edades, la valoración del entorno del niño es fundamental para identificar situaciones de riesgos de lesiones no intencionales en el hogar. De acuerdo al desarrollo del ciclo vital del niño, la familia debe estar más alerta y la vigilia determina el cuidado para la prevención de lesiones no intencionales. El personal de enfermería de los equipos básicos de salud, utilizan los saberes que tienen las familias desde su experiencia o vivencias, para lograr la participación con enfoque de riesgo y de esta forma fomentar el cuidado emancipador.

En tal sentido y como argumentos para defender las propuestas teóricas antes mencionada, a continuación, se presenta un análisis de las características del ciclo vital en las edades de 1 a 4

años y de la necesidad de seguridad y protección en la infancia, así como las regulaciones internacionales y nacionales que se establecen para su garantía.

1.2.3.1. Las características del ciclo vital de 1 a 4 años.

Cada niño es una persona única y especial, con su propio temperamento, estilo de aprendizaje, familia de origen y patrón cultural. Mientras se desarrollan, necesitan diferentes tipos de estimulación e interacción para ejercitar sus habilidades y para ampliar otras nuevas. No obstante, las habilidades motoras lo van capacitando para caminar, correr, montar triciclos y otras acciones, éstas a su vez pueden ser factores que incrementen los riesgos de lesión.

Esta etapa es abordada de disímiles maneras por las diferentes ciencias, la Psicología la denomina infancia temprana, la Pedagogía como primera infancia, en las Ciencias Médicas se clasifica el niño de 1 a 2 años como transicional y el de 2 a 4 años como preescolar. Existen diferencias de esta terminología también entre los países debido al rango de edades, por ejemplo, en Brasil consideran la segunda infancia de 3 a 6 años ⁴⁰, en Uruguay, la primera infancia es el período comprendido entre el desarrollo prenatal y los 8 años ⁴¹ y en Perú a los menores de 5 años se les denomina preescolares. ¹²

Los criterios antes mencionados no se ajustan a la clasificación utilizada, dado que las razones científicas de la elección del grupo de edad que se trabajó, responden a la incidencia y prevalencia de las lesiones no intencionales en el grupo de edad de 1 a 4 años en el municipio Cienfuegos, como ya se comentó en la introducción. Es por ello que la descripción de las características del ciclo de vida que se describirán es del mencionado período.

En los primeros años de vida de un ser humano se consolidan aspectos fundamentales como la conducta sensorio-motriz, la posibilidad de aprender, la adquisición del lenguaje, la respuesta emocional, la capacidad de abstracción, es decir las capacidades de las personas para desarrollarse como seres sociales, de ahí la importancia de esta etapa como determinante para el crecimiento y desarrollo humano y por consiguiente para la salud.⁴¹

Las características del desarrollo motor, cognitivo y sicosocial del niño en este periodo se describen de manera general en la literatura, con la idea de no tomarlas como medidas exactas, pueden aparecer en rangos de tiempo, lo que, sí establecen una pauta a considerar por las familias para elaborar estrategias de seguridad en el hogar en la prevención de las lesiones no intencionales. Son además patrones a tener en cuenta por profesionales de educación y salud para las orientaciones y mensajes educativos al respecto.

En el periodo de 1 a 4 años el niño comienza a dar sus primeros pasos, a caminar con apoyo, luego camina de manera dispersa y finalmente corre. Por lo tanto cambia la visión del mundo, a partir de la etapa de suelo se observan los objetos, las personas y el mundo que le rodea de una forma totalmente diferente. ⁴² Para Piaget, en primer lugar, el niño asimila una comprensión básica del mundo que les rodea desde los reflejos y las percepciones, es decir, desde la etapa sensorio-motora que tiene lugar desde el nacimiento a los 2 años. En esta etapa, comienza, de modo progresivo, a experimentar acciones y desarrollar conductas en base a la experiencia de los sentidos y su destreza motriz. ¹²

El en desarrollo cognitivo aparece su forma de conocer, representar y pensar todo aquello que lo rodea y la vinculación se amplía con relación al campo de acción ya que comienza a afianzarse el proceso de adquisición del lenguaje. Especialistas plantean que el 90% de los niños que van a

hablar lo hace entre los 15 y los 18 meses de edad. En ese rango de edad responde cuando lo llaman por su nombre, trae objetos y los muestra.⁴²

Comienza a adquirir mayor relevancia el juego y con ello la relación con el mundo externo, a través de la actividad lúdica se expresan aspectos internos, lo utiliza como herramienta para crear, procesar, elaborar y representar las diferentes situaciones que incorpora del mundo externo, busca activamente el intercambio, la exploración y la experimentación.⁴³ El resultado de nuevas experiencias, registros y representaciones de él mismo y el mundo, lo puede lograr por medio de la expresión de sus iniciativas en la interacción con la familia que le va presentando el mundo. La necesidad de contacto corporal y del apego es importante, sobre todo en aquellos momentos que él se encuentra abrumado, triste, ansioso, enojado, acongojado. Buscará en el vínculo autoafirmarse él mismo, con la expresión de sus preferencias e intereses por todo aquello que lo rodea, el acompañamiento en este proceso por medio de la palabra es fundamental, respetando sus decisiones siempre que sea posible.⁴⁰

En cuanto al desarrollo psicosocial se comienza a formar la personalidad, lo que hace que sus emociones se expresen de maneras diferentes, el temperamento, pensamiento y comportamiento son propios en cada persona. De manera general pueden ser alegres y por algunos momentos puede irritarse con la facilidad. A partir de los 2 años de vida el niño es consciente de la mirada de las otras personas, por lo que precisa de su aprobación como forma de refuerzo y afianzamiento de su personalidad.¹² Elemento que puede ser utilizado por las familias para la educación en la prevención de las lesiones no intencionales.

Analizar las características del niño en este período es premisa fundamental para los cuidados de enfermería en relación a la prevención de las lesiones no intencionales, pues sirven de

sustrato para enseñar a las familias y para identificar en muchas ocasiones los factores de riesgos en el hogar.

1.2.3.2. Necesidad de seguridad y protección en la infancia.

Para hablar de las necesidades humanas es obligado comenzar por Abraham Maslow, psicólogo estadounidense que en el año 1943 presenta su “Teoría de la motivación humana”.⁴⁴ En ella plantea una jerarquía que identifica cinco categorías de necesidades que son comunes para todas las personas sin importar su edad, en dicha jerarquía algunas son más apremiantes que otras de acuerdo a su importancia para la supervivencia y la capacidad de motivación. En este orden jerárquico se ubica en el segundo escalón, las necesidades orientadas hacia la seguridad personal, el orden, la estabilidad y la protección.

Basada en los supuestos de la “Teoría de la motivación humana” y las investigaciones para enfermería, la teórica norteamericana Virginia Henderson, en 1955 propone su definición de la enfermería³² en ella identifica catorce necesidades humanas básicas en las que se debe centrar la atención de enfermería, en el número nueve propone la “Necesidad de evitar los peligros. – Seguridad, evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros”.

En el 2016 los investigadores mexicanos Correa Argueta, Verde Flota y Rivas Espinosa realizaron una descripción tipológica de las necesidades basada en la filosofía de la Henderson en la que declaran *“La seguridad puede definirse como la posibilidad de permanecer libre de lesiones psicológicas, fisiológicas y sociológicas... evitar los peligros es una necesidad de todo ser humano, de protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física, psicológica y social”*.⁴⁵

El niño al ser sujeto dependiente necesita de cuidado continuo de su familia en un ambiente seguro que garantice su supervivencia, crecimiento, desarrollo y aprendizaje. En tal sentido la seguridad y protección es una necesidad insoslayable del ser humano, siendo más evidente en la infancia por su condición de vulnerabilidad.

La vulnerabilidad como concepto se podría decir que es reciente, pues definida por primera vez por Busso en el 2001 y se refiere a *“un proceso multidimensional que confluye en el riesgo o probabilidad del individuo, hogar o comunidad de ser herido, lesionado o dañado ante cambios o permanencias de situaciones externas y/o internas”*.⁴⁶

Según enfatiza Flores la dimensión explicativa de la vulnerabilidad, *“remite a un proceso pluridimensional, la vulnerabilidad se configura en lo individual e integra aspectos subjetivos comprensibles a partir de la historia de vida de los individuos”*.⁴⁷ Esa historia concreta retorna al medio social circundante de los actores, y da la pauta para explicar el intercambio dinámico y dialógico entre lo individual y lo social; ambas dimensiones son indisolubles en este vínculo.⁴⁸

En la investigación la idea de vulnerabilidad se presenta bajo dos dimensiones: una externa según las características del ciclo de la vida relativa a la exposición al riesgo y una interna, relativa a la capacidad para afrontarlo. De acuerdo a ello están sujetos a riesgo, por el entorno que le rodea y en esa etapa aun no tienen la capacidad para enfrentarlo.

Desde la concepción de la infancia como grupo vulnerable, la necesidad de seguridad y protección cobra especial interés para la prevención de las lesiones no intencionales. Al respecto las legislaciones internacionales se han pronunciado desde hace varias décadas como se podrá leer en el próximo epígrafe.

1.2.3.3. Políticas que respaldan la necesidad de seguridad y protección en la infancia.

Las personas suelen estar más desprotegidas durante las primeras etapas de la vida, período en el que dependen de los adultos para alcanzar una adecuada salud física y mental. Sin embargo, a través de los años no había bases jurídicas internacionales reconocidas para promover los derechos de la infancia, y estos dependieron en esencia de las leyes de cada país y costumbres de los mismos.²

Para describir la evolución de las legislaciones relacionadas con los derechos de los niños se realiza un recorrido cronológico en el que se integran los hechos internacionales y nacionales.

En el año 1924, la liga de naciones antecesora de las Naciones Unidas aprobó la primera Declaración de los derechos del niño, propuesta el año anterior por la fundadora de la organización Save de Children, la maestra inglesa Eglantyne Jebb. Éste escrito conocido luego como la “Declaración de Ginebra”, se refirió en cinco puntos necesidades fundamentales de la infancia, basado en que *“la humanidad les debe a los niños lo mejor que tiene para ofrecer”*.²

La Declaración Universal de Derechos Humanos adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III), del 10 de diciembre de 1948 constituyó el primer instrumento internacional en que se enuncian los derechos y libertades de hombres y mujeres. En dicho documento se describen la integralidad de los derechos humanos y las libertades fundamentales de todas las personas sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión, opinión política, o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.⁴⁹⁻⁵⁰

En el año 1959, se produjeron dos hechos de importancia histórica para la defensa y protección del niño. En Cuba se cambia radicalmente el concepto de justicia social, con programas nuevos encaminados a la protección del ser humano y la naturaleza, se aplica el principio de la voluntad política y de acción; así como el derecho del ser humano a la asistencia médico-sanitaria y la educación.⁵¹

El segundo hecho de gran relevancia fue, “La Declaración de los Derechos del Niño”, Proclamada por la Asamblea General en su resolución 1386 (XIV), de 20 de noviembre de 1959, donde se expresa como uno de sus principios *“El niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad. Al promulgar leyes con este fin, la consideración fundamental a que se atenderá será el interés superior del niño.”*⁵²

En el año 1975 se establece el Código de la Familia en el país según la Ley 1289, se adelantó en determinados aspectos en los que posteriormente serían principios esenciales, como los de prioridad en la atención a la niñez. Desde su promulgación quedaron fijados los objetivos, los derechos y las obligaciones de los padres respecto a la protección, formación, y educación entre otros. En su artículo 85 inciso uno, se declara *“dar su debida protección”*⁵³

Ese mismo año fue sometida a discusión pública el anteproyecto de la Constitución de la República, que quedó aprobada el 24 de febrero de 1976. En el capítulo IV referente a la Familia, artículo 35 se establece: *“El estado protege a la familia, la maternidad y el matrimonio. El estado reconoce en la familia la célula fundamental de la sociedad y le atribuye responsabilidades y funciones esenciales en la educación y la formación de las nuevas generaciones.”*⁵⁴

El año 1979 fue declarado el “Año Internacional del Niño” y se emite la Resolución N° A/Res/31/169 de las Naciones Unidas para la protección del niño.⁵⁵ Ese mismo año, Cuba en la Asamblea General del Poder Popular, acuerda la ley No. 16 “Código de la niñez y la juventud”, el que establece: *“La familia tiene la obligación ante la sociedad de conducir el desarrollo integral de los niños y jóvenes y estimular en su lugar el ejercicio de sus deberes y derechos.”*⁵⁶

El 20 de noviembre de 1989 es aprobada la “Convención de los derechos del niño” (CDN) su artículo 24 inciso e, declara: *“Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos”.*⁵⁷ El 26 de enero de 1990, Cuba firmó la Convención sobre los Derechos del Niño y en 1991, ésta fue ratificada, aunque, cuando se adoptó la Convención, muchas de sus medidas ya se estaban implementando en el territorio.²

En el año 1990 en la “Cumbre Mundial a favor de la infancia”, celebrada en New York se aprueba la Declaración mundial sobre la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño” donde se construye un “Plan de Acción” que tenía como objeto principal servir a los gobiernos nacionales y organizaciones internacionales, los organismos bilaterales de asistencia, las organizaciones no gubernamentales (ONG) y todos los demás sectores de la sociedad para la formulación de sus propios programas de acción que garanticen la aplicación de la Declaración. La misma fue firmada por 71 jefes de estado y de gobierno, además de dirigentes mundiales donde se estableció como meta: *“entre 1990 y 2000 reducir en una tercera parte la tasa de mortalidad en menores de un año y menores de 5 años o hasta 50 o 70 x 1.000 nacidos vivos”.*⁵⁸ En correspondencia con estas metas y de acuerdo a la situación nacional en el año 1995 se crea el

programa de “Prevención de accidentes en menores de 20 años” liderado por el Ministerio de Salud Pública de Cuba.²¹

Los Estados Miembros de las Naciones Unidas adoptaron en el año 2000 la declaración del Milenio (Resolución 55/2) y los Objetivos de Desarrollo el Milenio (ODM), ambos se convirtieron en un marco de trabajo universal para el desarrollo y en un medio a través del cual colaboran los países en vías de desarrollo y sus socios en pos de un futuro común para todos. Dentro de los ODM se establece dentro del objetivo cuatro: “Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años” como meta establecía a reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de cinco años.⁵⁹ Dentro de las causas prevenibles a trabajar se incluyeron las lesiones no intencionales.

En el informe realizado por la Organización de Naciones Unidas (ONU) en el año 2007 sobre los ODM específicamente el No. 4 refería que solo se notaba una lenta mejoría, indican que 10,1 millones de niños mueren antes de cumplir su quinto año de vida, fundamentalmente por causas que se pueden prevenir.⁶⁰ Dentro de la cuales están las lesiones no intencionales.

El informe mundial sobre la prevención de las lesiones en los niños, emitido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), OPS/OMS y la UNICEF en el año 2012 refleja nuevamente las lesiones no intencionales como problema de salud. Afrontar el problema debía constituir una parte fundamental de todas las decisiones para reducir la mortalidad y la morbilidad en la infancia, así como para mejorar el bienestar general de los niños. La supervivencia en la niñez fue descrita en el informe como *“el dilema moral que más urgente del nuevo milenio”* y la Convención sobre los Derechos del niño, así lo afirma. La mayoría de los países del mundo ratificaron dicha convención, que exige compromisos, medidas legislativas, administrativas,

sociales y educativas necesarias para proteger en la niñez cualquier tipo de lesión no intencional que ponga en riesgo su vida.⁷

El informe enfatiza además que, aunque es un testimonio firme de los razonamientos colectivos acerca de los compromisos hacia los niños, una mera declaración no es suficiente, es necesario pasar a la acción. En muchos países la proporción de defunciones debidas a lesiones en los niños de 1 a 4 años es tan importante que el hecho de no abordar las lesiones al mismo tiempo que las enfermedades infecciosas supuso un obstáculo para lograr el cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio: reducir la mortalidad en menores de cinco años.⁷

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, aprobada en septiembre de 2015 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, establece una visión transformadora hacia la sostenibilidad económica, social y ambiental de los 193 estados miembros. El conocimiento de los 17 ODS permitirá evaluar a los países y será una herramienta tanto a nivel nacional como local. El objetivo No. 3 aborda la “Salud y el bienestar” una de sus metas las 3.2 enfatiza en poner fin a las muertes evitables, de los recién nacidos y los niños menores de 5 años.⁶⁰

En Cuba se actualizaron los lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución para el período 2016-2021, en ellos se aprobó para el sector salud el lineamiento No. 124 en el que se establece: *“Fortalecer las acciones de salud con la participación intersectorial y comunitaria en la prevención y en la promoción para el mejoramiento del estilo de vida que contribuya a incrementar los niveles de salud de la población”*.⁶¹

En el informe realizado por la UNICEF en el año 2017 “Acción humanitaria para la infancia”, se presentan todas las acciones realizadas junto a estados aliados para confrontar los desafíos de

una manera que satisfaga las necesidades urgentes de los niños y se sienten las bases para un futuro, en correspondencia se evaluaron las acciones en pos de los derechos de los niños en el año 2016.⁶²

Esta cronología permite comprobar la importancia de la necesidad de protección y seguridad de la infancia concretizada en las legislaciones nacionales e internacionales y por consiguiente su vínculo con las lesiones no intencionales como problema de salud prevenible. Un aspecto que emerge de interés de este análisis, es la necesidad de revisar en el país hasta donde la legislación vigente declara de manera explícita la protección de la infancia de las lesiones no intencionales, sobre todo cuando estas son reiterativas, elemento que compromete el cuidado familiar del niño.

1.3. Integración de nuevos métodos para abordar las lesiones no intencionales en la infancia

En la investigación la autora utiliza el más reciente paradigma de las ciencias, el método mixto, basado en la clasificación elaborada por Creswell,⁶³ investigador estadounidense, que define dos tipos de estrategias, las secuenciales y las concomitantes, de las primeras se seleccionó para este estudio la “*estrategia transformativa secuencial*” en la que según el autor “*el lente teórico direcciona la exploración del problema*” para empoderar a las familias y prevenir las situaciones de riesgo que causan lesiones no intencionales en la infancia.

La estrategia transformativa secuencial para estudios mixtos, según Creswell⁶³ “*es una investigación de dos fases con un lente teórico (por ejemplo, desigualdad, discriminación o injusticia) ..., tiene una fase inicial (cualitativa o cuantitativa) seguida de una segunda fase*

(cuantitativa o cualitativa) la cual se desarrolla sobre la fase inicial... como corresponde a los estudios secuenciales. Crea la sensibilidad en la recogida de datos... y termina con un llamado a la acción... utilizando esta estrategia el investigador puede dar voz a diversas perspectivas, defender mejor a los participantes o comprender mejor el fenómeno o proceso que está cambiando". En este caso se trabajó sobre la base del cuidado "emancipatorio" para dar a voz y transformar a las familias en función de la protección de la infancia.

Dicha estrategia se distingue porque el lente teórico de la investigación es quien direcciona la exploración del problema. La perspectiva teórica utilizada en el estudio fue la teoría adaptada de Kathryn Barnard para la evaluación de la salud infantil. Esta estrategia de investigación la concepción filosófica es la reivindicatoria/participativa, basada en las obras de Marx, Adorno, Marcuse, Habermas y Freire.⁶⁴

La concepción reivindicatoria/participativa defiende que la investigación debe estar ligada a la agenda política, como las lesiones no intencionales que han sido identificadas como problema de salud en las políticas nacionales e internacionales, visible en el epígrafe anterior. Debe contener una agenda de acción para transformar las vidas de los participantes, las instituciones y los investigadores. La intervención transformó a las enfermeras y las familias en su manera de percibir y afrontar las lesiones no intencionales y además determinó acciones dentro de las áreas de salud y el Programa "Educa a tú hijo", en el municipio.

Precisa tratar cuestiones sociales actuales, como capacitación, desigualdad, opresión, dominación, injusticia. En el caso de esta tesis se abordó la capacitación tanto a enfermeras como familias y se consideró la condición de dominación en que se encuentran los infantes por su condición de dependencia de los adultos.

Y por último esta concepción filosófica permite que la investigación sea colaborativa porque se realiza con las personas y no sobre las personas, de ahí la congruencia con los métodos creativos sensibles y traducción de conocimiento, en cuyos referentes teóricos se profundizará en los epígrafes próximos.

1.3.1. Fundamentos teóricos del método creativo sensible.

El MCS surge en Brasil en 1998, por Cabral y según la autora, el mismo *“se realiza como una estrategia de producción de datos que favorece la expresión crítica y reflexiva, ha sido utilizado y descrito para el abordaje de temas sensibles sobre todo en edades vulnerables, como la infancia...se apoya en los presupuestos teóricos del círculo de la cultura de Paulo Freire y de la investigación basada en arte.”*⁶⁵

El MCS es una alternativa metodológica *“comprendida dentro de la investigación grupal, está apoyado en la idea de que las prácticas grupales y artísticas son vías de acceso al diálogo de las experiencias humanas, históricas y socialmente construida, expresado tanto en el lenguaje verbal (palabras, frases) como en el lenguaje no verbal (gestos, actitudes, movimientos corporales, etc.) para aproximarse a la alteridad de la identidad de los participantes. Austeridad vista desde la perspectiva de que el ser humano se constituye en las interacciones con las voces y las escuchas de su grupo social, pasando adoptar el lenguaje propio de ese grupo social de pertenencia.”*⁶⁵

El proceso creativo es tanto una habilidad del investigador como del participante el primero, desarrolla su capacidad creativa, respetando los saberes teóricos que los fundamentan (dimensión epistemológica) y la concepción filosófica del método asociado al rigor científico de

sus etapas (dimensión metodológica) del mismo modo que se mantiene abierto a la reivindicación de acuerdo al contexto sociocultural en que la experiencia fue tenida ⁶⁵, como fueron las familias de los niños que sufrieron lesiones no intencionales.

Según la autora del método *“un dilema del investigador cualitativo que el método creativo y sensible busca superar en el abordaje a temas sensibles (el VIH/sida, la muerte, el cuidado prolongado, la violencia, las drogas, el alcoholismo, etc.) y/o participantes o grupos vulnerables (los niños, los adolescentes, las personas de baja alfabetización, por ejemplo) consiste en la adopción de dispositivos de investigación comprensivos y lúdicos, sin ser terapéutico; empáticos, sin ser molestos, para transformar la actividad de la investigación en un momento agradable y placentero. La creencia ontológica de que hay una imposibilidad de separar el cuerpo de la mente conlleva al investigador a pensar en los fundamentos epistemológicos de conducción de la investigación con esos grupos humanos, en respeto a su saber latente internalizado en el contacto con la concreción de la vida social”*. ⁶⁵ De ahí el valor del empleo de este método en un tema de alta sensibilidad para las familias y en un grupo vulnerable como la infancia.

1.3.2. Fundamentos teóricos del método traducción de conocimientos KT

El KT fue creado en el año 2009 en Canadá por Sharon E. Straus, Jacqueline Tetroe, Ian D. Graham ⁶⁶ y se centra en la necesidad mover el conocimiento generado a partir de las investigaciones y publicado en las revistas científicas (diseminación del conocimiento) para su uso en la práctica cotidiana en salud. Este método comprende dos ciclos, uno interno llamado “ciclo de la creación del conocimiento” que se representa con un triángulo invertido y otro externo nombrado “ciclo de acción”.

Para los investigadores canadienses el método es concebido como *“un proceso que ocurre dentro de un sistema complejo de interacciones entre investigadores-usuarios del conocimiento,*

pudiendo variar en intensidad, complejidad y nivel de profundidad según la naturaleza y de los hallazgos del estudio, así como las necesidades específicas de quien hará uso del conocimiento. Envuelve la responsabilidad social del investigador de transformar los resultados de la investigación en acciones de salud, que es construida de manera cíclica con un inicio y un fin en el mismo escenario y población de estudio. Es un proceso interactivo y dinámico que incluye la síntesis, diseminación, intercambio y aplicación ética del conocimiento para promover salud, la efectividad en los servicios de salud y el fortalecimiento del sistema de salud como un todo”.⁶⁶

Las autoras, Graham y Tetroe para el sustento teórico del KT emprendieron una búsqueda enfocada desde la ciencia social, la educación, la dirección y la literatura de ciencias de la salud en literatura divulgada en inglés o francés. La búsqueda de literatura produjo 78 artículos que estaban sujetos a la abstracción de datos. Esto supuso resumir los conceptos del punto principal de cada modelo / teoría, determinar las fases de acción, y decidir si eran conveniente para los criterios de inclusión / exclusión. Las 31 teorías identificadas en la búsqueda fueron divulgadas entre 1983 y 2006. De estas, 16 era interdisciplinarios, 6 era de enfermería, 2 era de Medicina, 2 de trabajo social, y 1 era de la prevención de Hiv/ Aids. Los enfoques previstos para estas teorías eran la atención sanitaria, trabajo social, y dirección. La mayoría (21/31) de las teorías identificadas no fueron evaluadas empíricamente. El modelo por Graham y Logan ha hecho una demostración de validez en estudios inéditos y la implementación en proyectos, como el modelo de Green, que suele dirigir el punto de partida - diagnóstico sistemático en las entrevistas en pacientes con asma a tratar en la sala de emergencia o como pacientes externos.

En correspondencia existe un grupo de teorías que sustentan este método

- Teorías de psicología cognitiva del cambio (Cognitive psychology theories of change)
- Teorías de acción planeadas (Planned action theories)
- Teorías de la motivación (Theories related to motivation)

- Teorías relacionadas con el movimiento (Theories related to action)
- Teorías relacionadas con las etapas del cambio (Theories related to stages of change),
- Teorías relacionadas con la decisión a tomar (Theories related to decision making),
- Teorías psicológicas de construcción común (Constructs common to psychological theories)

Este método ha sido utilizado para el diseño y aplicación de herramientas o productos como materiales educativos, documentales, almanaques entre otros.

Consideraciones finales del capítulo.

- Los referentes teóricos analizados en el capítulo permitieron la adaptación del modelo Kathryn Barnard y la propuesta de nuevas afirmaciones teóricas para el estudio de las lesiones no intencionales basado en la interacción “familia-niño-entorno” desde la perspectiva del cuidado emancipador.
- La concepción de la infancia como grupo de mayor vulnerabilidad para los riesgos de las lesiones no intencionales, condicionado por sus características del ciclo vital que implica la prioridad de la necesidad de seguridad y protección, sustentó las decisiones epistemológicas y metodológicas de la investigación.
- La integración de métodos novedosos basados en referentes teóricos comunes fueron de gran aplicabilidad para tratar un problema de salud de alta sensibilidad.

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO QUE SUSTENTA LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE LESIONES NO INTENCIONALES EN LA INFANCIA.

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO QUE SUSTENTA LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE LESIONES NO INTENCIONALES EN LA INFANCIA.

Para realizar intervenciones de enfermería en la comunidad se precisa desarrollar un conjunto de acciones dirigidas a las personas, la familia o la comunidad, dichas acciones pueden tener diferentes propósitos; como restablecer la salud, rehabilitar secuelas, promover salud y prevenir enfermedades o lesiones, en ésta última se basó el estudio que se realizó para esta tesis.

En tal sentido se concibe la prevención mediante la educación para la salud como instrumento indispensable para su logro, la que se sustenta en la idea de *“Ayudar a las personas o grupos a adquirir conocimientos y habilidades para enfrentar los problemas de salud, además de comportamientos útiles para alcanzar su objetivo”*.²⁷

De acuerdo a estos referentes y a los analizados en el primer capítulo de la tesis, se estructuró la investigación basada en la clasificación de estudios mixtos de Creswell en la estrategia transformativa secuencial.⁶⁶ Con esta lógica se escribió el capítulo, cuyo objetivo es presentar los referentes metodológicos que guiaron el estudio y permitieron realizar la secuencia de las diferentes etapas de la intervención.

2.1. Algoritmo de investigación para la intervención de enfermería en la prevención de lesiones no intencionales en la infancia.

La investigación se realizó entre los años 2015 y 2018, para el escenario de estudio se seleccionaron de las ocho áreas que incluye el municipio Cienfuegos, las tres con mayor

morbilidad de lesiones no intencionales en niños de 1 a 4 años, las cuales fueron: Policlínico Manuel Píti Fajardo (Área V), Ramón Claudio Delgado Amestoy (Área VI) y Policlínico Juan José Apolinaire Pennini (Área VII). En ellas la incidencia estaba por encima de la media del municipio.

El autor de estas estrategias de estudios mixtos propone diferentes esquemas para ilustrarlas, la “*estrategia transformativa secuencial*” (figura 3) utilizada en esta investigación se realizó en las fases cuantitativa – cualitativa y la relación con el lente teórico fue la adaptación de la teoría de Barnard para la intervención de enfermería en la prevención de las lesiones no intencionales de la infancia, analizada en el primer capítulo. A continuación, se ilustra el esquema de Creswell.



Figura 3. Tomado de Creswell. I W. Proyecto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e misto. 3er. Porto Alegre (RS); Artimedi; 2010. Pag-248

La estrategia de investigación utilizada permitió diseñar un esquema que representa el algoritmo de estudio, en el que cada fase comprendió dos etapas, ver figura 4.

Las lesiones no intencionales, como se abordó anteriormente, son un problema de salud. Los profesionales de enfermería que laboran en la comunidad deben trabajar la prevención de las mismas y promover los hogares seguros. Dado que la intervención se planificó con enfermería, fue necesaria iniciar con la identificación del nivel de conocimiento de estos profesionales de los equipos básicos de salud de las áreas seleccionadas.

El universo estuvo constituido por 45 enfermeras de los equipos básicos de salud de las áreas de estudio. No se trabajó con muestra.

2.2.1.1. Operacionalización de las variables

Variable	Tipo	Escala	Descripción
Categoría ocupacional	Cualitativa ordinal	Técnico Licenciado Especialista	Según último nivel escolar terminado
Experiencia en la APS	Cuantitativa continua	Menor de 1 año 1 año- 5 años 6 años- 10 años 11 años- 15 años 16 años- 20 años Mayor de 20 años	Según último año de experiencia
Nivel de conocimientos	Cuantitativa dicotómica	aprobado desaprobado	Según resultados cuantitativos obtenidos en el <u>test</u>

Para la identificación del nivel de conocimiento se diseñó y validó un instrumento que se llamó test de conocimiento. Los pasos se describen a continuación.

2.2.1.2 Diseño del test de conocimientos sobre lesiones no intencionales en niños de 1 a 4 años de edad.

El test fue diseñado en tres momentos: producción de temas y preguntas, validación del contenido y prueba piloto que permitió validar la confiabilidad.

– Primer momento: Producción de temas y preguntas para el test de conocimientos.

En este momento se realizó una revisión documental y bibliográfica.⁶⁷⁻⁷⁶ Se valoraron aspectos como: el contenido científico y técnico propio del plan de estudio de la carrera; los componentes políticos, ideológicos, éticos y sociales del Modelo Profesional de la carrera; las principales funciones asistenciales, así como las actividades que desempeña el personal de enfermería de los equipos básicos de salud (EBS) y la introducción de los principales avances tecnológicos de la ciencia y la técnica contemporáneo. Además, se considera la gravedad del problema, la incidencia de las lesiones no intencionales en los indicadores de salud y de los servicios y la importancia de su detección precoz desde etapas tempranas de la vida.

– Segundo momento. Validación de contenidos del test de conocimientos.

Ese tipo de validez indica si los temas y preguntas del test de conocimiento son apropiados para medir el constructo específico y cubrir adecuadamente su dominio, basándose en un juicio de valores. Para valorar el instrumento se siguieron los pasos siguientes:

1) Selección de los expertos y determinación de coeficiente de competencia.

La competencia del experto se estableció por el nivel de calificación en una determinada rama o disciplina de la ciencia, la cual se estipuló sobre la base de: la actividad científico-investigativa y profesional del experto; el nivel y profundidad de conocimientos de los logros de la ciencia y la técnica en el mundo; la comprensión del problema que se investiga; y las perspectivas de su desarrollo.⁷⁷ En el procedimiento los expertos autoevaluaron su competencia a partir de una encuesta que incluía las características personales: disposición de participar en la investigación, ostentar con categoría docente superior y con categoría

científica de máster o doctor en ciencia y tener 15 o más años de desempeño laboral. Se calculó el coeficiente de competencia (k).

Se realizó la determinación del coeficiente de competencia de los expertos, (K_c) el que fue calculado mediante una tabla donde se solicitó al experto que marcara con una "X" entré el intervalo del 1 al 10, el nivel de conocimientos que posee sobre Lesiones no intencionales en la infancia. El cálculo del coeficiente de argumentación (K_a) de cada uno se realizó sobre la base de utilizar factores que determinan su competencia y en las mismas estas reflejan el grado de influencia de los argumentos mediante los cuales se han apropiado de los conocimientos sobre el tema objeto de valoración. El coeficiente de competencia (K) para la selección de los expertos se calculó con $K=1/2 (k_c + k_a)$. Se consideró que si K toma valores entre 0,8 y 1 el coeficiente de competencia es alto.

- 2) Recopilación de los criterios de expertos acerca del instrumento según fuente de argumentación.

Se utilizó la técnica de evaluación por criterio con un total de 11 expertos, que incluyó pediatras, epidemiólogos, licenciados en enfermería nacionales e internacionales y pedagogos, a los que se les pidió que expusieran sus criterios referentes al instrumento en cada pregunta. Todos expusieron sus ideas y reflexiones y valoraron si eran adecuados, inadecuados o poco adecuados

- 3) Procesamiento y análisis de los resultados de la evaluación de expertos.

Para este procesamiento se utilizó el índice Kappa de Cohen que agrupa acuerdos y desacuerdos de los observadores más allá del azar, se define como una medida de concordancia. El proceso de elaboración del índice fue mediante el cálculo de la diferencia entre la proporción de acuerdo observados y la proporción de acuerdos esperados por el azar. Kappa es el cociente entre esa cantidad y el acuerdo máximo que se puede esperar sin

intervención al azar. Este índice cumple con las características que lo definen, primero cuando los observadores son independientes, toma el valor cero, en segundo lugar, alcanza el valor máximo de “1” solo si hay acuerdo perfecto entre los observadores y por último nunca debe de ser menor que “1”. El Índice Kappa, se considera como aceptable un valor mayor o igual a 0,40 y excelente con valores superiores a 0,75.⁷⁸

Se calculó el intervalo de confianza para Kappa con la aplicación de la técnica Jackknife, que permite estimar el error estándar en situaciones de cierta complejidad, como es el caso del coeficiente Kappa con múltiples observadores. Además, se analizaron las observaciones y sugerencias cualitativas de los expertos para mejorar el instrumento.

– Tercer momento. Prueba piloto.

Para la realización de la prueba piloto del instrumento se seleccionó un área de salud del municipio, no incluida en la investigación, ésta fue el policlínico José Luis Chaviano del municipio Cienfuegos. Previamente se solicitó la participación voluntaria del personal de enfermería de los EBS, mediante la aceptación del consentimiento informado (Anexo 1).

Para medir la calidad del instrumento se realizó un análisis de confiabilidad de consistencia interna con el coeficiente Alfa de Cronbach. Coeficiente que toma valores entre “0 y 1”. Cuanto más se aproxime al número “1”, mayor será la fiabilidad del instrumento subyacente ⁷⁹.

2.2.1.3. Aplicación del test de conocimientos sobre lesiones no intencionales en la infancia.

El instrumento se aplicó al universo de estudio de manera sucesiva en cada una de las áreas estudiadas, previa solicitud de aprobación del consentimiento informado (Anexo 1). Se necesitaron tres auxiliares de investigación, una por cada área de salud.

Los escenarios docentes fueron los sitios donde se aplicó el instrumento. Se hicieron las aclaraciones pertinentes por las auxiliares de investigación y la autora participó en todas las aplicaciones, se utilizó como tiempo promedio una hora y 30 minutos.

En la clave de calificación del instrumento, cada pregunta obtuvo el mismo valor de 10 puntos con el patrón aprobado/desaprobado. El punto de corte fue el 60% de la puntuación máxima del instrumento.

2.2.2. Procedimientos metodológicos de Etapa 2. Diagnóstico de lesiones no intencionales.

La etapa diagnóstica de la fase cuantitativa tuvo como objetivos caracterizar las lesiones no intencionales ocurridas en niños de 1 a 4 años e identificar los factores de riesgo en el hogar. Las causas de lesión y los riesgos identificados fueron resultados fundamentales en la conexión de las fases del estudio.

2.2.2.1. Universo y muestra.

Según la población dispensarizada en el año 2016 del municipio Cienfuegos, existía un universo de 2413 niños en las tres áreas de salud incluidas en la investigación y el 7.8% de los niños necesitó asistencia médica por lesiones no intencionales.⁸⁰ Mediante el programa Epidat se realizó un cálculo de muestra de estudios epidemiológicos para poblaciones finitas, con muestreo estratificado polietápico en dos etapas. A la muestra obtenida (212) se le suma el 5% para no tener caída de muestra y queda constituida por 223 niños. Los estratos fueron los consultorios médicos de las familias escogidos de manera intencional y la selección de los niños fue aleatoria.

2.2.2.2. Operacionalización de las variables

Variable	Tipo	Escala	Descripción
Edad.	Cuantitativa continua.	1 año hasta 1 año,11 meses y 29 días. Desde 2 año hasta 2 año, 11 meses y 29 días años. Desde 3 año hasta 3 año, 11 meses y 29 días años. Desde 4 año hasta 3, 11 meses y 29 días años	Según último año cumplido.
Sexo.	Cualitativa nominal dicotómica.	Masc. Fem.	Según sexo biológico de pertenencia.
Bajo peso al nacer.	Cualitativa nominal dicotómica.	Si. No.	Según el peso al nacer.
Tipo de familia según ontogenesis.	Cualitativa Nominal Politómica.	Nuclear. Ampliada. Extensa.	Según composición
Nivel de escolaridad.	Cualitativa ordinal politómica.	Primario. Secundario. Preuniversitario. Universitario.	Según último nivel terminado.
Lesión no intencional.	Cualitativa Nominal dicotómica.	Si. No.	Si ha tenido lesión no intencional.
Cantidad de veces que ha sufrido lesiones no intencionales.	Cuantitativa continua	Una Dos Tres Cuatro Múltiples.	Se refiere a la cantidad de veces que le ha ocurrido.
Solicitud de asistencia.	Cualitativa nominal dicotómica.	Si. No.	Si solicitó asistencia médica.
Solicitud de asistencia médica.	Cualitativa Nominal dicotómica.	CMF. Cuerpo de guardia del policlínico. Cuerpo de guardia del Hospital Pediátrico.	Lugar donde se solicitó asistencia médica.
Causas de lesión.	Cualitativa ordinal.	Tránsito. Ahogamiento. Quemaduras. Mordedura de animales. Electrocución. Caídas a un mismo nivel. Caídas a otro nivel. Objetos corto-punzantes	Según el agente causal.
Lugar de ocurrencia.	Cualitativa nominal politómica.	Hogar. Circulo infantil. Calle(no tránsito). Tránsito.	Según lugar donde se encontraba el niño.

Información que tienen los padres o tutores.	Cualitativa nominal dicotómica.	Si No	Según la información que tengan los padres.
Fuente de información	Cualitativa nominal Politémica.	Consultorio del médico y la enfermera de la familia. Educadoras del Circulo infantil o el Programa Educa a tu hijo. Medios de difusión: televisión, radio, propagandas de un mural. De la familia. Otros	Según de quien o como la información.
Factores de riesgo para la ocurrencia de lesión no intencional.	Cualitativa nominal.	Presencia de escaleras /balcones/ ventanas sin protección. Tomacorrientes o cables eléctricos sin protección. Medicamentos/ sustancias tóxicas al alcance de los niños. Presencia de niños en la cocina a la hora de cocción de los alimentos. Objetos pequeños al alcance de los niños. Desniveles en los pisos. Objetos punzo cortantes al alcance del niño. Tanques/cisternas sin tapas en patios. Viviendas en malas condiciones. Niños durmiendo con los padres en la misma cama. Baño sin alfombra anti resbalable en la bañera.	Según su presencia en el hogar.

Para caracterizar las lesiones no intencionales e identificar los factores de riesgo en el hogar se diseñaron y validaron dos instrumentos, un cuestionario para las familias y una guía de observación para el hogar. Los procedimientos al respecto se explican a continuación.

2.2.2.3. Diseño del cuestionario y la guía de observación.

La revisión bibliográfica de diferentes investigaciones constituyó la base para estos diseños. De los trabajos consultados fueron de mayor utilidad los de Román Lafont ⁵¹, Pérez Cuellar ⁸¹ y

Dorta Figueredo.⁸³ A partir de las contribuciones de estos autores quedó conformado la primera versión del cuestionario y la guía de observación. A los dos instrumentos se le realizó el mismo proceso de validación, los cuales se explican a continuación:

Para realizar la validación de contenidos se utilizó un total de nueve expertos, los cuales tenían la condición de ser Máster o Doctor en Ciencias, categoría de investigador, profesor y más de 10 años de experiencia, seis de ellos participaron en la validación del test de conocimiento, dada su disponibilidad a seguir colaborando con el estudio. Para ello se empleó la metodología propuesta por Moriyama. Lo que llevó a la elaboración de un formulario donde se les solicitó la valoración del cuestionario y la guía de observación. Los criterios para dicha valoración fueron: ⁸⁴

Comprensible: comprensión de las diferentes preguntas o ítems que se evalúan en relación con el fenómeno que se pretende medir.

Sensible a variaciones en el fenómeno que se mide: si del instrumento puede derivarse un índice que muestren diferencias en la variable que se medirá

Pertinencia o con suposiciones justificables e intuitivamente razonables: si se justifica la presencia de cada uno de los ítems que se incluyen en el instrumento.

Con componentes claramente definidos: si cada ítem se define claramente

Derivable de datos factibles de obtener: si es posible obtener la información deseada a partir de las respuestas dadas ante el instrumento.

Basados en estos criterios los expertos debían evaluar cada una de las preguntas y asignarle un valor por cada criterio antes expuestos, según la escala ordinal siguiente: Mucho-tres, Moderadamente-dos, Poco-uno y Nada-cero. Se les pide que en base a su experiencia emitieran

alguna sugerencia que a su juicio fuera importante a tener en cuenta para el cuestionario o la guía de observación.

Luego de tener los criterios de expertos se procede a validar el cuestionario y la guía de observación según su consistencia interna, la que se realizó mediante el coeficiente Alfa de Cronbach con la ayuda del programa Epidat, como se había explicado con anterioridad este coeficiente sirve para aquilatar la calidad del instrumento.

Con las validaciones antes descritas se realizó una validación lingüística mediante una prueba piloto con la aplicación de 50 cuestionarios y 50 guías de observación a familias pertenecientes al Policlínico José Luis Chaviano con niños en edades entre uno y cuatro años (la misma área de salud donde se realizó la prueba piloto del instrumento de evaluación de conocimientos). Previamente se solicitó aprobación de consentimiento informado (Anexo 2).

Dicha aplicación fue realizada por cinco enfermeras capacitadas en la primera etapa, las que fueron previamente entrenadas para el llenado de los mismos y para poder aclarar alguna duda que pudiera existir.

Esta prueba piloto se realizó para detectar problemas de lenguaje o redacción de los ítems (validación lingüística), con la evaluación de las características siguientes: sencillez y amenidad del formato, brevedad y claridad de las preguntas, facilidad de interpretación y facilidad de presentación de resultados de los padres y/o tutores. Posterior a la prueba, se realizaron sesiones de análisis conjunto para disminuir los sesgos sugestivos de interpretación.

2.2.2.4. Aplicación del cuestionario y la guía de observación.

Se aplicaron el cuestionario y la guía de observación a las 223 familias de niños de 1 a 4 años, previa aprobación del consentimiento informado (Anexo 2). Esta tarea de investigación se realizó con las enfermeras capacitadas en la primera etapa, las que fueron entrenadas previamente. Dicho entrenamiento y aplicación formó parte de la intervención de enfermería.

El cuestionario y guía de observación se aplicaron en cada área de manera sucesiva, dada la necesidad de controlar los sesgos mediante la aplicación al azar de los instrumentos por la autora de la tesis. En cada área se utilizó como promedio un mes para esta tarea.

2.2.3. Procesamiento de los datos cuantitativos.

Los resultados obtenidos de los tres instrumentos fueron vaciados en tres bases de datos, respectivamente, del Programa Microsoft Excel 2010 y la medida resumen utilizada fue el porcentaje, con lo cual se logró resumir la información en tablas y gráficos para su análisis.

2.3. Segunda Fase. Recogida y análisis de datos cualitativos.

En esta fase se realizó una investigación narrativa⁸⁵⁻⁶³ que comprendió el período de septiembre de 2017 a agosto del 2018. Los sujetos de estudio fueron las familias y las enfermeras entrenadas en la Etapa 1.

Se decidió trabajar con familias que vivieron la experiencia de una lesión no intencional de sus hijos o nietos, sobre la base del referencial teórico explicado en el primer capítulo. Se realizó un

muestreo teórico de acuerdo a Glasser y Strauss que plantean “*buscar representar un problema teórico seleccionando situaciones sociales observables sobre las categorías de análisis*”⁸⁶

Para la selección de las familias se consideró el resultado de la caracterización de las lesiones no intencionales obtenido en la fase cuantitativa, que propició seleccionar al menos una familia por cada causa de lesión más frecuente. De manera que se trabajó con nueve familias distribuidas por las áreas de estudio de la manera siguiente:

Consejo Popular –La Barrera, Policlínico Manuel Píti Fajardo = 2

Consejo Popular Castillo-CEN, Policlínico Ramón Claudio Delgado Amestoy= 4

Consejo Popular Pastorita-O´ Bourke, Policlínico Juan José Apolinaire Pinnini=3

Para la identificación de las familias además se contó con la colaboración de las enfermeras de sus respectivos consultorios y las promotoras de salud del Programa “Educa a tu hijo”, que actuaron como informantes clave. Las sesiones con la familia se realizaron en los espacios de éste programa, previa autorización de la Dirección Municipal de Educación (Anexo 3).

2.3.1. Procedimientos metodológicos de la Etapa 3. Experiencias de familias.

En esta etapa se integran el Método Creativo Sensible (MCS) de Cabral⁸⁷ y el Método Traducción del Conocimiento (knowledge translation) (KT) de Straus y Graham.⁶⁶

En el MCS para la producción de datos se utilizan Dinámicas de Creatividad y Sensibilidad (DCS) que transitan por fases de expresión y creación. En ésta oportunidad se utilizó el “mapa hablante” como DCS. En su estructura el método se organiza en cuatro momentos: presentación,

presentación de las producciones artísticas, análisis colectivo y por último síntesis y evaluación ver (Figura 5).

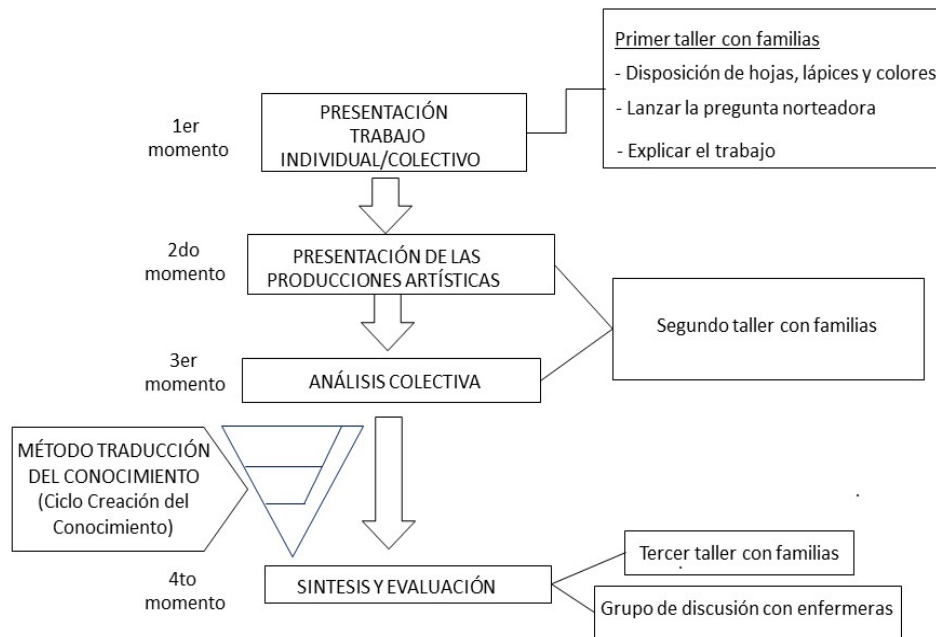


Figura 5. Momentos del Método Creativo Sensible. Tomada y modificada para esta tesis de Torres Esperón JM. “Gênero e promoção de saúde da criança em idade escolar. Rio de Janeiro, 2017. Supervisão: Ivone Evangelista Cabral. Relatório (pós-doutorado) UFRJ/Escola de Enfermagem Anna Nery/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2017.

El Método Traducción del Conocimiento (knowledge translation) KT, en esta investigación sólo se utilizó el ciclo interno, que corresponde a la aplicación del conocimiento, el que se concibe como un proceso denominado de “conocimiento-acción”, que a su vez es descrito como un ciclo donde la identificación del problema inicia el movimiento que permite transformar el conocimiento científico en acción con la creación del producto o la herramienta que será posteriormente insertada en el ciclo de acción.⁶⁶

La integración de estos dos métodos se utilizó en el estudio brasileiro “Género y promoción de salud en la infancia de edad escolar”⁸⁸ en el mismo la autora realizó un esquema que representa dicha integración, por su congruencia con lo realizado se utiliza ese mismo esquema, con

algunas adecuaciones en la DCS utilizada. La figura 5 refleja dicho esquema adaptado, que además servirá de guía para explicar los procedimientos realizados en esta fase.

Antes de iniciar los momentos del método se realizó un primer encuentro con las familias que integran el Programa “Educa a tu Hijo” en cada área de salud. Este encuentro tuvo dos objetivos, explicar los propósitos de la investigación e invitar a las familias que tuvieron alguna experiencia a incorporarse para narrar sus vivencias con relación a las lesiones no intencionales en el grupo de edad de 1 a 4 años. Las familias que accedieron a incorporarse se les entregaron el consentimiento libre e informado (Anexo 4) el que fue recogido en el primer taller de la aplicación del método.

Se conformaron tres grupos de familias una por cada área de salud incluida en el estudio, por lo que se repitió, en cada uno, el procedimiento del MCS representado en la figura 5, todos fueron conducidos por la autora de la tesis.

2.3.1.1. Primer momento del Método Creativo Sensible. Presentación.

En este momento del método se explicó la DCS, Mapa hablante. La misma fue utilizada por primera vez por Monteiro ⁸⁹ y consiste en la expresión de lo sucedido a través del dibujo. En ella se destaca que coincide con una entrevista para auxiliar la descripción y la identificación del fenómeno. ⁹⁰ En la investigación fue útil para explorar la repercusión familiar que tuvo la lesión no intencional y la enseñanza para la familia.

Se les explica a las familias cómo deben realizarlo, partiendo de la causa de la lesión que le ocurrió a su niño, el lugar dónde ocurre la lesión y si necesitaron asistencia médica. Con ello se

recogieron, mediante elementos gráficos, los acontecimientos vividos que sirvieron para mostrar el itinerario del evento sufrido.

A las familias se le facilitan los materiales: cartulinas blancas y crayolas por la dinámica utilizada, se les explica que podían sentirse libres y desinhibidos a la hora de realizar el mapa hablante.

2.3.1.2. Segundo y tercer momento del Método Creativo Sensible. Producciones artísticas y análisis de colectivo.

Se realizaron el segundo y tercer momento en el mismo taller, porque fue pertinente para el trabajo de campo, ya que las familias en la medida que presentaban sus mapas los narraban y con ello se establecía el análisis colectivo, además de las narrativas que serían posteriormente utilizadas en el análisis de contenido.

El segundo momento consistió en que cada madre y/o abuela socializara en el grupo sus apreciaciones sobre el mapa hablante realizado por cada uno de ellos. Estas producciones fueron colectivizadas de manera espontánea de acuerdo con la dinámica presentada en la etapa inicial. En este momento cada participante tuvo la autonomía de expresar sus opiniones, ideas y reflexiones en cuanto a sus producciones y mediante la explicación del mapa narrar el acontecimiento.

En el tercer momento se realiza el análisis colectivo, en el que los temas se descodifican en subtemas mediante el diálogo de las situaciones existentes y concretas del fenómeno que se debate. Se devela la heterogeneidad y la pluralidad de ideas que permite la producción de datos, con lo que emergió el conocimiento colectivo sobre las principales medidas de prevención de

lesiones en este grupo de edades.

Después de concluido el tercer momento se decide incluir el “ciclo conocimiento-acción” del Método KT, conocido también como ciclo interno. Dado que el propósito era elaborar un material educativo y éste método está descrito dentro de la literatura moderna como uno de los más efectivos para traducir el conocimiento en función de la educación y promoción para la salud. El ciclo permite garantizar la traducción e intercambio de conocimientos eficaces y su mayor desafío es la integración de saberes populares y científicos.

En éste ciclo se debe realizar la identificación del fenómeno a traducir y con él se inicia el movimiento que permite transformar el conocimiento científico en acción con la creación del producto o la herramienta, (Figura 6) que será posteriormente insertada en el ciclo de acción (ciclo externo).⁽⁹²⁾

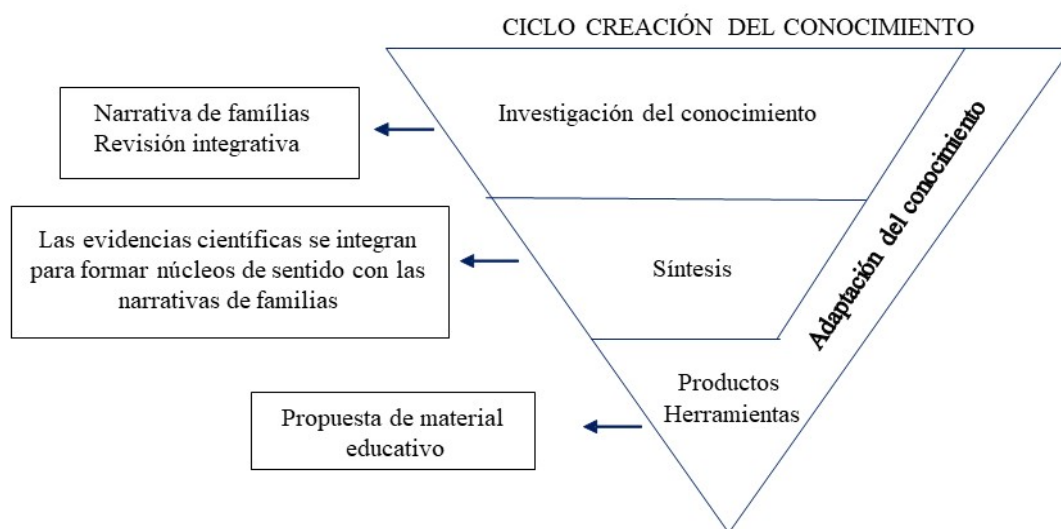


Figura 6: Triángulo invertido del Ciclo de Conocimientos de: Straus, Teroe, Graham, 2009 aplicado a la investigación para prevenir las lesiones no intencionales

La “investigación del conocimiento” se ejecutó en este estudio mediante exploración de las

narrativas de las familias en los tres primeros momentos del MCS y una revisión integrativa que se efectuó en el periodo de Enero a Abril del 2018, se utilizaron como descriptores “Lesiones no intencionales en la infancia” y accidentes en la infancia”, en los idiomas Inglés, portugués y español, la búsqueda se realizó en las bases de datos MEDLINE, SCIELO Y EBSCO, el recorte temporal fue entre los años 2013 al 2018. Se incluyeron solo artículos originales a texto completo.

La “síntesis” se aplicó mediante la integración de los resultados de la revisión integrativa y narrativas de las familias, lo que permitió articular el saber científico con el popular, es decir se unen las categorías principales de las narrativas a las familias (saber popular) a lo referido en las publicaciones científicas (saber científico) que favorece la “Síntesis” del conocimiento creado. Con lo cual se construye el “producto o herramienta” en éste caso un material educativo para la prevención de las lesiones no intencionales en la infancia.

2.3.1.3. Cuarto momento Síntesis y Evaluación. (Etapa 4. Evaluación).

En este momento del MCS se hace un análisis colectivo de lo realizado con la presentación final del material educativo creado. Se realiza la triangulación de los resultados obtenidos. Según Cabral, ⁽⁶⁵⁾ en el MCS *“la triangulación es una forma de recopilación de los datos en la que se busca la prueba desde un amplio rango de fuentes diferentes e independientes comparando un testimonio oral con informes escritos, e incluso contemplando la posibilidad de devolver los hallazgos obtenidos a los participantes para ver si éstos son muestra razonable de su experiencia”*.

En el estudio la triangulación fue realizada por dos grupos, las familias participantes mediante el tercer taller y las enfermeras de los EBS entrenadas en la primera etapa de la fase cuantitativa,

se aplicó para ello un grupo de discusión. Ésta técnica es definida según Mayorga como una *“conversación cuidadosamente planeada para obtener información de un área definida de interés, en un ambiente permisivo. Se lleva a cabo aproximadamente con siete a diez personas, guiadas por un moderador experto, la discusión es relajada, confortable y a menudo satisfactoria para los participantes, ya que exponen sus ideas y comentarios en común. Los miembros del grupo se influyen mutuamente, puesto que responden a las ideas y comentarios que surgen en la discusión”*.⁹²

Se realizó un grupo de discusión por cada área de salud incluida en el estudio. Para ello se tuvieron en cuenta las fases de desarrollo de las técnicas grupales:⁹³ planteamientos de objetivos, selección de participantes, preparación, organización y desarrollo del tema, análisis de la información, así como la selección del lugar de realización.

El local seleccionado poseía las condiciones estructurales de espacio, ventilación y buena iluminación. Se dispusieron los asientos del aula en forma de herradura lo que permitió una buena visibilidad e intercambio entre los participantes y entre los mismos y la moderadora. Se contó con los medios de grabación de la técnica, aspecto necesario como evidencia, para su posterior análisis de contenido.

Cada grupo de discusión transcurrió en varios momentos, en el primero, la moderadora explicó los objetivos, la importancia de la realización, las razones de la selección de los participantes y la dinámica de trabajo que se utilizaría durante la sesión. En la fase central la moderadora dirigió la conversación hacia la temática esencial a partir de la introducción del tema seleccionado. El debate transcurrió de manera armónica, sobre la base del respeto y con la participación de todas las personas. La técnica se desarrolló en una hora.

Previo a la realización de la técnica se invitó a las enfermeras de las diferentes áreas a participar, se les comunicó el lugar y la hora con anticipación. Participaron 16 enfermeras, siete en el Área V, cuatro en el Área VI y cinco en el Área VII.

El argumento de ésta selección obedece a lo referido en la literatura sobre la composición de los grupos de discusión, en la que se describe que *“se debe considerar que los integrantes posean, entre sí, al menos una característica común y que los criterios para la selección sean determinados por el objetivo del estudio,...se recomienda homogeneidad en los grupos para potenciar las reflexiones sobre experiencias comunes”*.⁶⁵

Para el análisis y procesamiento de los resultados cualitativos se utilizó el análisis de contenido, en el que, con el fin de preservar el anonimato, se identificaron con letra “F” a las familias participantes y la letra “E” a las enfermeras, en ambos casos fueron enumeradas de acuerdo al orden de la palabra. Las narrativas fueron transcritas y agrupadas en un cuerpo textual para realizar el análisis de contenido desde la perspectiva inductiva, que afirma que las categorías emergen de los datos (categorías empíricas).⁹⁴⁻⁹⁵ El análisis de contenido fue efectuado mediante la lectura exhaustiva del cuerpo textual, marcando en diferentes colores las unidades de registro, después se buscaron los núcleos de sentido que permitieron que emergieran las categorías y se aplicó la frecuencia ponderada para identificar la de mayor peso.⁹⁵

Para evaluar la intervención, se establecieron criterios de evaluación, en este caso de tipo cualitativos, sobre el material educativo diseñado. Dichos criterios fueron tanto para las familias, como para el personal de enfermería que labora en los equipos básicos de salud. Se utilizó el tercer taller del cuarto momento con las familias, que de acuerdo al MCS es el momento de síntesis y evaluación y con el personal de enfermería se aplicaron tres grupos de discusión, uno por cada área de estudio.

Criterios de evaluación de las familias.

- Si sus historias estaban completas y bien enunciadas.
- Emitían un juicio positivo sobre el material creado

Criterios de evaluación de las enfermeras.

- Validez de las recomendaciones para la prevención de las lesiones no intencionales.
- Si las enfermeras reconocían que las recomendaciones identificaban los principales factores de riesgo, debido a las experiencias vividas en su trabajo comunitario.
- Identificaran otro elemento que ayudaran a completar la construcción del material educativo.

Se consideró que la intervención era factible porque cumplían dichos criterios.

2.4. Análisis conjunto de las fases.

En congruencia con la estrategia transformativa secuencial, después de realizadas las dos fases (cuantitativa - cualitativa) se realizó la interpretación de los resultados en conjunto, lo que se efectuó durante cinco sesiones de análisis y síntesis de todos los resultados y la integración con el referencial teórico

Limitaciones del estudio

En el cuestionario para caracterizar las lesiones no intencionales diseñadas y validadas para esta investigación no se indagó en la *severidad* de las lesiones no intencionales, dado que resultaba muy difícil colocar preguntas que todas las familias no pudieran responder a partir del término, lo cual podría ocasionar sesgo de indagación. Incluso la pregunta que buscaba complicaciones fue eliminada de acuerdo al criterio de expertos, para evitar dilemas éticos.

Consideraciones finales del capítulo.

- El empleo de un estudio mixto con la estrategia transformativa secuencial permitió crear un algoritmo metodológico que propició el diseño de la intervención de enfermería para la prevención de las lesiones no intencionales en la infancia.
- La utilización e integración del método creativo sensible y traducción de conocimientos fue una fortaleza metodológica en el estudio, dado que permitió combinar procedimientos para lograr un producto con saberes populares y científicos.

**CAPÍTULO III. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE LESIONES
NO INTENCIONALES EN LA INFANCIA. RESULTADOS Y APLICACIÓN.**

CAPÍTULO III. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE LESIONES NO INTENCIONALES EN LA INFANCIA. RESULTADOS Y APLICACIÓN.

Las lesiones no intencionales son un problema multifactorial, en el que la enfermera debe ejercer una importante labor preventiva, mediante la identificación de riesgos potenciales en el hogar, de ahí la necesidad de trabajar con las familias nuevas formas de intervención, para no sólo ofrecer conocimientos, sino empoderarlas en función del riesgo y disminuir de esta manera las lesiones no intencionales.

El trabajo con la familia a través del cuidado emancipador enfatiza la necesidad de ampliar los horizontes de la ciencia. El objetivo de este capítulo es exponer los resultados obtenidos según el algoritmo de investigación realizado, el que aparece en la figura 4 del segundo capítulo. A continuación, se exponen los procedimientos siguiendo la secuencia según el tipo de estudio realizado.

3.1. Primera Fase. Análisis de datos cuantitativos.

Los principales resultados de esta fase fueron la identificación de conocimientos del personal de enfermería de los EBS, la caracterización de las lesiones no intencionales y la identificación de los factores de riesgo en el hogar. La descripción de estos resultados se organizó por las etapas comprendidas en la fase.

3.1.1. Resultados de la Etapa 1. Conocimientos de Enfermería.

- Resultados del primer momento. Producción de temas e ítems.

Al concluir la revisión documental y bibliográfica se seleccionaron tres ejes o temáticas fundamentales seleccionados por orden de prioridad, estas fueron:

1. La gravedad del problema y la incidencia de las lesiones no intencionales en los indicadores de salud y de los servicios. La importancia de su detección precoz desde etapas tempranas de la vida. El conjunto de acciones a desempeñar por el personal de enfermería en las consultas de puericulturas y en las visitas domiciliarias dirigidas a la identificación y manejo de los riesgos potenciales de las lesiones no intencionales en el hogar.
2. La implementación del Programa de prevención de accidente en menores de 20 años en los Consultorios Médicos de la Familia por el personal de Enfermería.
3. El uso del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) a la familia y a niños para trabajar el riesgo de lesiones no intencionales desde la prevención y promoción de salud.

Cada eje temático quedó conformado con un mínimo de cinco preguntas y no más de diez. En las temáticas se emplearon diferentes tipos de preguntas para evaluar el conocimiento que posee el profesional de enfermería que trabaja en los Consultorios Médicos de la Familia y enfermera de la familia, sobre lesiones no intencionales en la infancia.

El instrumento quedó constituido por 20 preguntas y se confeccionaron tablas de:

- a) Ponderación de las temáticas a evaluar: El mayor peso lo obtuvo la temática uno, conformada por 10 preguntas con una ponderación del 50% (temática de mayor exploración del contenido por su importancia).
- b) Distribución de preguntas por temáticas y nivel de asimilación: La primera, sobre lesiones no intencionales, quedó constituida según el nivel de asimilación del contenido en tres preguntas del nivel reproductivo, cinco de aplicación o producción y dos preguntas de creación. La temática dos que abordó la implementación del programa de prevención de accidente, quedó compuesta por cinco preguntas, en el siguiente orden:

una del nivel reproductivo y cuatro del productivo. La temática tres midió el nivel de conocimientos sobre el método científico, Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en la familia, quedó organizado por cinco preguntas en el siguiente orden: dos del nivel reproductivo y tres del productivo. En total el instrumento se estructuró con el 30% de preguntas reproductivas.

- c) Especificaciones del contenido. Se organizaron las preguntas según las temáticas e ítems a evaluar, de acuerdo a los niveles de asimilación del contenido y los tipos de preguntas a realizar. Según lo establecido en la indicación metodológica No. 7 del 1998.⁹⁶

- Resultados del segundo momento. Validación de contenidos.

- 1) Selección de los expertos: El cálculo del coeficiente de competencia de los expertos obtuvo índices superiores a 0,8 lo que demostró la competencia de cada uno de ellos.
- 2) Recopilación de los criterios de expertos acerca del instrumento según fuente de argumentación. Los 11 expertos determinaron adecuados los ejes temáticos, la cantidad de preguntas por cada eje y el tipo de pregunta realizada. hicieron sugerencias en cuanto a la forma, no al contenido de la pregunta para que existiera un mejor entendimiento por el personal de Enfermería.
- 3) Procesamiento estadístico de la información y análisis de los resultados: El grado de concordancia entre los observadores fue de 0.42 considerándolo aceptable.

- Resultados del tercer momento. Prueba piloto.

Participaron 16 enfermeras de 18 que laboran en los CMF del Policlínico “José Luis Chaviano”, lo que representó el 88,8%, las mismas consideraron entendible el instrumento y refirieron la necesidad de actualizar conocimientos sobre el tema en cuestión. El análisis de confiabilidad de

consistencia interna basado en el coeficiente Alfa de Cronbach fue de 0,69 con una covarianza interna de 0,79. Resultado que por la proximidad a “1” se puede evaluar el instrumento de confiable (Anexo 5).

En la actividad laboral e investigativa, diseñar y validar un instrumento escrito para explorar el nivel de conocimientos sobre un determinado problema de salud es una necesidad que además se torna un reto por la complejidad del procedimiento. En el caso de un instrumento para medir el nivel de conocimiento de las lesiones no intencionales en la infancia no se encontraron artículos en la búsqueda realizada. Sin embargo, existe una congruencia entre los ejes temáticos y los estudios sobre lesiones no intencionales en la que abordan la importancia de la prevención como estrategia prioritaria.⁹⁷⁻⁹⁸ Las referencias encontradas versan sobre el diseño de instrumentos en otros temas, que desde el punto de vista metodológico permite hacer análisis al respecto.

Un aspecto importante para las validaciones la constituye la consulta a expertos, que según Díaz Quiñones *“el experto es tanto la persona en sí, como a un grupo de personas u organizaciones capaces de ofrecer valoraciones conclusivas de un problema y hacer recomendaciones respecto a sus momentos fundamentales con un máximo de competencias”*.⁷⁷ En el estudio, sus aportes fueron de gran valor para el paso subsiguiente en el procedimiento realizado.

La variación del observador o examinador está relacionada con su entrenamiento, formación y capacidad. La variación de un observador respecto a si mismo, de un estándar (prueba de oro) o de otros observadores, se puede medir por medio de la concordancia alcanzada al examinar y clasificar una serie de elementos.⁷⁸ En este caso para la concordancia entre los observadores se utilizó como medida estadística Kappa de Cohen dando aceptable al igual que en el trabajo realizado por A Valero.⁹⁹

Un aspecto interesante resultó ser el estudio realizado por Porcar y colaboradores, donde se diseñó y validó un instrumento que evalúa la creatividad de escolares, en el mismo se establecen cuatro ejes fundamentales: dos en teorías y dos en estudios de investigación.¹⁰⁰ Es decir que previamente establecieron ejes, como es el caso del estudio realizado, en el que se determinaron tres ejes temáticos según los resultados de la búsqueda bibliográfica, los indicadores de salud, las causas de ingresos en la atención secundaria, el Programa de prevención de accidentes para menores de 20 años en los Consultorios Médicos de la Familia y el Proceso de atención de Enfermería como método científico de la profesión.

Otro estudio que tiene puntos de similitud es el realizado para evaluar las competencias adquiridas por los estudiantes de Medicina, en el mismo se realizó una revisión de las encuestas de valoración que existían en el ámbito de la enseñanza superior, para así poder centrar los objetivos. Posteriormente, definieron el atributo, contenido, finalidad, población, muestra y el formato de la prueba, acorde con el planteamiento del problema, procediéndose a la redacción de los ítems.¹⁰¹ La similitud con esta investigación, está relacionada con el hecho de que se revisó el plan de estudio de la carrera y se analizaron las estadísticas de la morbilidad y mortalidad a nivel nacional, provincial y municipal para el diseño del instrumento.

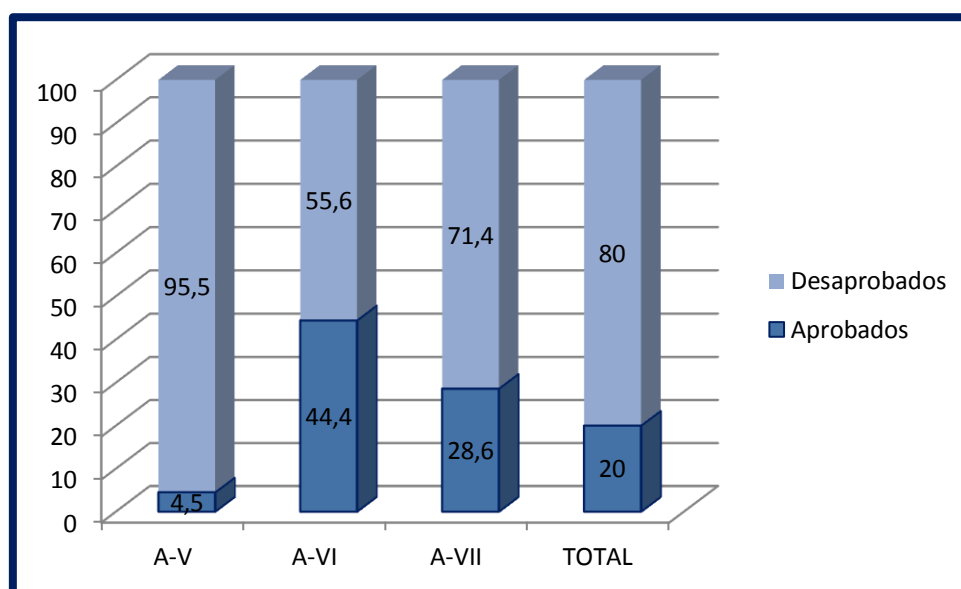
Resulta de interés como diseñar y validar un instrumento, para valorar las funciones especiales en estudiantes de sexto año de la carrera de Medicina.¹⁰² En el mismo se identifican las áreas temáticas donde se presentan mayores dificultades para tomar conductas que lleven a fortalecer los espacios del conocimiento en los profesionales, aspecto que igualmente se valoró en el instrumento diseñado para evaluar los conocimientos sobre lesiones no intencionales en la infancia que fue aplicado a profesionales de enfermería que laboran en los Consultorios Médicos de la Familia en la atención primaria de salud del municipio de Cienfuegos.

En el instrumento creado el análisis de confiabilidad de consistencia interna basado en el coeficiente Alfa de Cronbach confirmó un instrumento fiable, como el estudio realizado para la creación de la Escala para la Evaluación del Impacto de la Investigación Educativa sobre la Práctica Docente.¹⁰³

3.1.1.1 Resultados de la aplicación del test para evaluar conocimientos en enfermeros sobre lesiones no intencionales en la infancia.

La identificación de conocimientos del personal de enfermería de los EBS reflejó resultados desfavorables, como se puede observar en el gráfico siguiente:

Gráfico 1. Nivel de conocimientos según el personal de enfermería de los EBS.



Fuente: Tabla 1. Anexo 6

De un universo de 45 enfermeras, solo el 20% obtuvo la calificación de aprobado en relación a los conocimientos que evaluaba el instrumento. De ellas ocho eran licenciadas y una especialista

y todas tenían más de 5 años de experiencia profesional. La temática con mayor dificultad fue las “Lesiones no intencionales en la infancia”.

Puede observarse en la desagregación por áreas de salud, que el Área V fue la de resultados más desfavorables con un 95,5% de desaprobados, no obstante ser la más cercana al centro de la ciudad y la de mejores resultados el Área VI, la más distante, que incluso se debe cruzar la bahía para llegar a la ciudad. No se indagaron las causas de estos resultados, no obstante, se pudiera pensar que el hecho de ser la zona más alejada y de peor acceso a servicios de urgencia hospitalaria, condiciona la necesidad de prepararse mejor para afrontar situaciones complejas en lesionados. No se encontraron estudios que indagaran esta problemática, de ahí la limitación para comparar los hallazgos encontrados.

Los resultados antes mencionados propiciaron la necesidad de realizar capacitaciones para dar respuesta a las lagunas del conocimiento en el personal de enfermería. En tal sentido se diseñó el curso “Cuidados enfermeros en la prevención y diagnóstico de las lesiones no intencionales en edades pediátricas” el que fue aprobado por el Consejo Científico de la provincia de Cienfuegos según dictamen 38 del año 2016.

El curso se concibió con 308 horas, de ellas 132 presenciales y 176 no presenciales y una duración de 20 semanas. La estrategia metodológica utilizada tuvo un carácter eminentemente activo y creador, se manejaron formas de enseñanza a predominio grupal, lo que propició el intercambio de conocimientos, la versión completa aparece en el Anexo 7.

Se capacitaron 74 profesionales de enfermería que trabajaban en las áreas de salud involucradas en la investigación, que incluyó las enfermeras del policlínico Área I (José Luis Chaviano), donde se validó el instrumento diseñado, además las enfermeras de los equipos

básicos de salud, de los círculos infantiles, escuelas internas, la supervisora y las jefas de enfermeras. Los temas del curso respondió a los tres ejes temáticos que conformaron el instrumento creado, con refuerzo en la temática: Lesiones no intencionales en la infancia, que fue la de mayor dificultad identificada. Su aplicación fue de manera simultánea en todas las áreas, se realizó control de las actividades docentes según carta metodológica No 3 del año 2009.¹⁰⁴

Concluido el curso se aplicó el mismo instrumento inicial, lo que permitió la comparación antes-después. Los resultados comprobaron la apropiación del conocimiento, dado que el 100% de los evaluados obtuvo resultados satisfactorios.

3.1.2. Resultados de la Etapa 2. Diagnóstico de lesiones no intencionales.

En la Etapa 2 se diseñaron y validaron dos instrumentos de manera simultánea con el fin de caracterizar las lesiones no intencionales ocurridas en la comunidad e identificar los principales factores de riesgo en el hogar. Una vez terminados son aplicados a las familias incluidas en la muestra de estudio.

El cuestionario fue organizado fundamentalmente en bloques de contenidos que tenían relación con la finalidad y el propósito. Las preguntas del primer bloque del cuestionario respondían a la caracterización general de los niños(as) (edad, sexo, bajo peso al nacer, nivel de escolaridad de los padres, además del tipo de familia según su ontogénesis). En el segundo bloque, basado en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) se tuvo en cuenta las causas y el lugar de ocurrencia,² además se incluyeron la cantidad de lesiones, la solicitud de asistencia médica y en caso afirmativo, el lugar donde la recibieron. El tercer bloque incluyó preguntas relacionados

con la información recibida por los padres y la fuente de la misma. Se elaboraron dos tipos de respuesta: dicotómica (si/no) y politómicas.

La observación según Hernández Sampieri ⁷⁹ consiste en el registro sistemático válido y confiable de comportamientos o conducta manifiesta. Basado en éste fundamento se estructura una guía de observación con un bloque de contenidos donde se analizan todas las posibles situaciones de riesgo a observar en el hogar basados en las investigaciones antes mencionadas ⁸¹⁻⁸² y el modelo de interacción para la evaluación de la salud infantil de Kathryn E. Barnard, que se refiere al ambiente físico a observar y responde a la afirmación teórica: *“los factores ambientales...son importantes para determinar los resultados sobre la salud del niño”* La guía de observación tuvo como objetivo identificar las posibles situaciones de riesgo de lesiones no intencionales.²⁹

Tras la elaboración de varios borradores y diferentes revisiones se concluyó la primera versión del cuestionario y la guía de observación. Los que fueron validados con expertos, dichos resultados se explican a continuación.

1. Validación de contenidos: De un total de 13 preguntas en el cuestionario fue eliminada una que obtuvo una evaluación por debajo de 70% en la categoría mucho. Es necesario reiterar que los argumentos emitidos por los expertos fueron por razones éticas, dado que se abordaban las complicaciones que tuvieron los niños y esto podía traer recuerdos dolorosos a los familiares. La guía de observación fue evaluada simultáneamente, se identificaron dos ítems que al ser evaluado por los expertos estaban por debajo de 70% de categoría mucho los cuales se eliminaron. Uno de ellos reflejaba “la observación de las habitaciones sin protección” y “otros factores de riesgo”. Las consideraciones enunciadas por los expertos

fueron la generalidad del contenido no la especificidad de las situaciones de riesgo en el hogar en niños de 1 a 4 años por lo que eran poco comprensibles y no estaban bien definidos.

2. Validación de la consistencia interna: A ambos instrumentos se les aplicó el Alfa de Cronbach, el cuestionario alcanzó un valor de 0,83 y la guía de observación de 0.94 por lo que se calificó de aceptable la consistencia interna de ambos instrumentos.
3. Validación lingüística: Se realizó una prueba piloto, por el personal de enfermería a 50 familias del policlínico José Luis Chaviano y se obtuvo un cuestionario y guía de observación con buen entendimiento, las preguntas realizadas fueron aclaradas y comprendidas fácilmente además, el lenguaje claro, preciso y sencillo contribuyó a su aplicación adecuada.

En la comparación con otros estudios que utilizaron criterios de Moriyama para la validación con expertos se menciona el realizado por Jorna Calixto, Castañeda Abascal y Véliz Martínez ⁸³ que validó el contenido de un instrumento para directivos de salud desde la perspectiva de género, los autores afirman que *“el consenso final de los expertos aseguró la congruencia teórica con relación a los bloques de contenidos y el marco teórico de referencia”,* así como *“...la coherencia, en cuanto a los resultados y las condiciones previstas, en la construcción lógica del instrumento”*. Lo mismo sucedió con el cuestionario y la guía validada para el diagnóstico de las lesiones no intencionales.

Al tener como resultado un cuestionario validado para caracterizar las lesiones no intencionales en niños de 1 a 4 años (Anexo 8) y una guía de observación (Anexo 9) que identificó los principales factores de riesgo en el hogar, se preparó las condiciones para su aplicación. Al

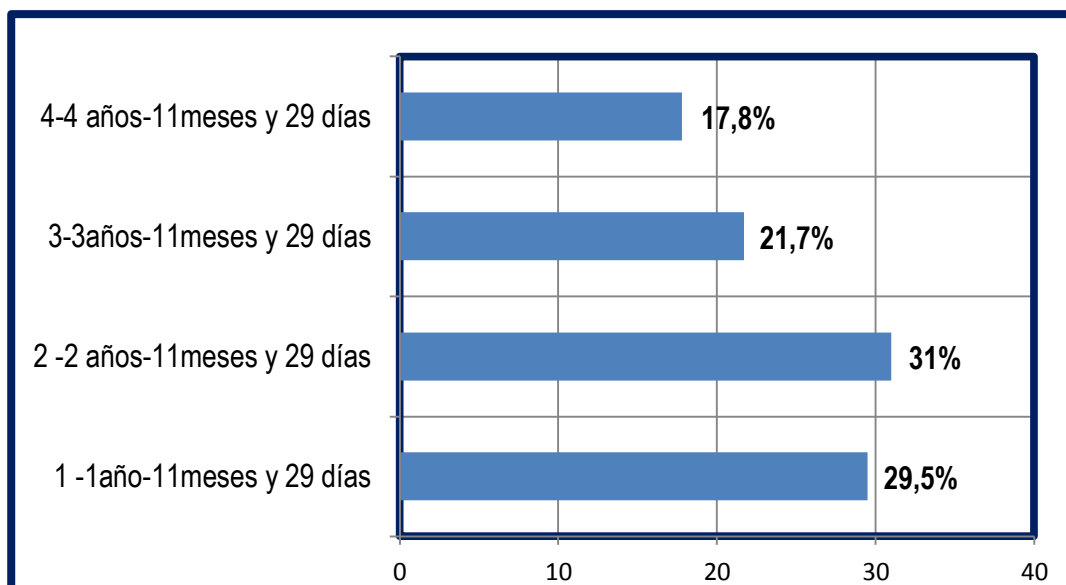
respecto se decide entrenar a 22 enfermeras, de las 74 capacitadas en la primera etapa, las mismas se seleccionaron de acuerdo a los resultados obtenidos en el curso y a su disponibilidad. La distribución por área fue la siguiente: Área V – 10, Área VI – 5 y Área VII – 7. De manera que en cada una quedó incluida la mitad de las enfermeras de EBS.

El entrenamiento estuvo conducido por la investigadora, acompañada por un miembro del Consejo Científico de cada área, que funcionó como relator. Las sesiones se organizaron en dos momentos, uno teórico y otro práctico, en el primero se explicaron los instrumentos de manera detallada y se esclarecieron las dudas que emergían. El momento práctico se efectuó con una prueba de aplicación en dúos y una sesión posterior de análisis colectivo, para homogenizar criterios.

3.1.2.1. Resultados de la aplicación del cuestionario y la guía de observación en el hogar.

De los 223 niños incluidos en la muestra, 129 sufrieron lesiones no intencionales, lo que representa el 57,8% del total. De ellos el 81,3% fue en el hogar. Lo que confirma la alta prevalencia, aspecto que ratifica la pertinencia del tema como problema de salud. La desagregación por variables se analiza a continuación.

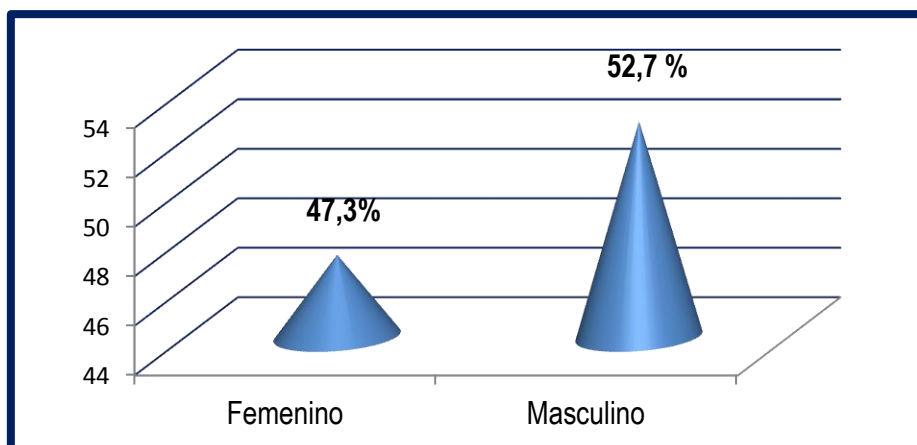
Gráfico 1. Niños lesionados según edad.



Fuente: Tabla 2. Anexo 10.

En el gráfico 1 se puede observar que el grupo de edad predominante en infantes lesionados fue de 2 a 3 años, seguido del grupo de 1 a 2 años, edades de mayor vulnerabilidad de acuerdo al ciclo de vida y por consiguiente mayor dependencia de los adultos. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Román Lafont, la edad predominante fue de 2 a 3 años.⁵¹⁻¹⁰⁵ Diferentes autores consideran la edad de 1 a 4 años como la de mayor riesgo.⁸²⁻¹⁰⁵⁻¹⁰⁶ Las características personales que influyen en ello son: coordinación motora imperfecta, marcha tambaleante, curiosidad insaciable, observación fragmentaria, inhabilidad, desarrollo de independencia, interés por conocer lo que le rodea que le hace tocar, coger o llevarse a la boca lo que encuentran y además siguen sin distinguir el peligro al principio de esta etapa.¹⁰⁷

Gráfico 2. Niños lesionados según sexo.

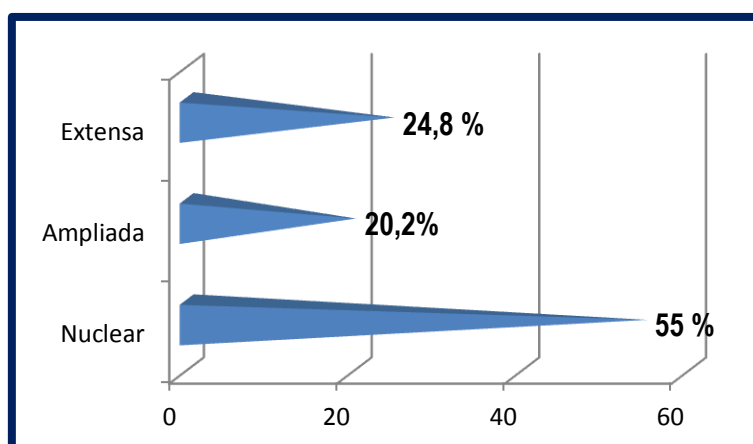


Fuente: Tabla 3. Anexo 10.

El sexo masculino es el que predomina para un 52,7%. Al respecto Dorta Figueredo señala que *“el varón es más vulnerable porque está más expuesto, por la creencia errónea de que al «rol de hombre» le corresponden la valentía y la audacia y se les alienta y festeja en ese sentido empujándolos de esa forma a mayores riesgos”*.⁸¹ Cussi plantea que *“el carácter intrépido no aparece en el varón de forma innata, sino que la educación y el trato familiar y social diferenciado para niños y niñas son el verdadero origen de ello”*.¹⁰⁷ A pesar de que no se realizaron indagaciones en éste sentido para afirmar que en esos supuestos están las causas, los resultados coinciden con otras investigaciones donde el sexo masculino fue el predominante.

51-105

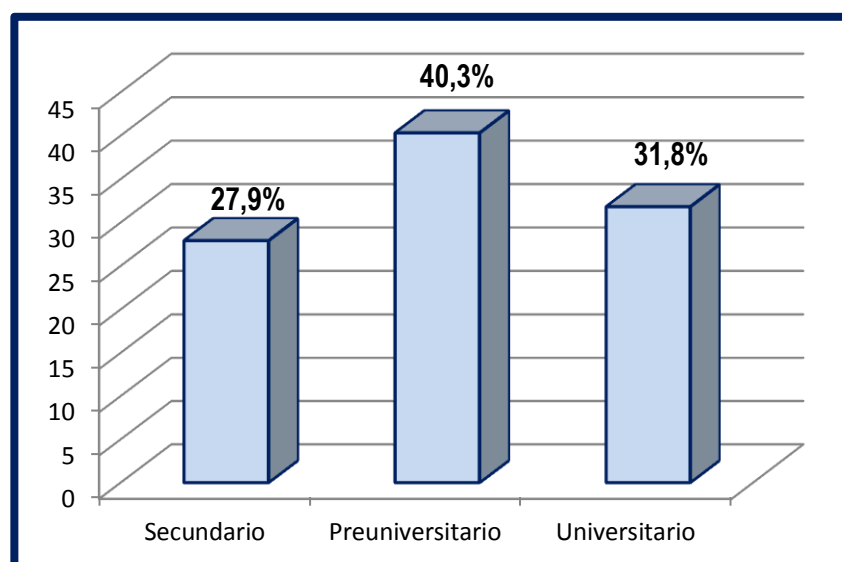
Gráfico 3. Niños lesionados según tipos de familia.



Fuente: Tabla 4. Anexo 10

El gráfico 3 refleja el tipo de familia según su ontogénesis, la familia nuclear es la de mayor predominio. No se encuentran estudios en relación a este dato, tampoco se estudió si las familias nucleares contaban sólo con uno de los progenitores, como fue el caso de la investigación de Román Lafont,⁵¹ en la que el 32,2% de las familias el padre biológico del niño no convivía en el núcleo familiar por divorcio o separación, lo que consideró un factor importante para el desarrollo emocional del niño y la concepción de una figura paterna en la conducta hogareña.

Gráfico 4. Niños lesionados según nivel de escolaridad del padre y/o tutor



Fuente: Tabla 5. Anexo 10.

En el gráfico 4 se observa el mayor porcentaje con el nivel preuniversitario, seguido del universitario, en el que además todas eran mujeres, mayormente madres y abuelas. Resultados similares encontró Lafont donde el 51.2% había concluido el 12 grado⁵¹, no concuerdan con los encontrados por Benavides¹⁰⁶. Los mismos, refieren que las madres con nivel mayor de educación protegían mejor a sus hijos del riesgo. La divergencia de resultados pone en duda si

existe relación entre el nivel de escolaridad y la ocurrencia de lesiones, otras investigaciones se necesitarían para analizar esta perspectiva.

Al decir de Valero Guzmán, ¹⁰⁸ *“los accidentes en estas edades se producen por confianza excesiva del cuidador, cuidado inadecuado, conocimiento insuficiente, imprudencia o negligencia de los adultos encargados del cuidado frente a los riesgos”*. En consecuencia, para Santacruz Domínguez ¹⁰⁹ *“la vigilancia activa es considerada el factor fundamental en la prevención de lesiones no intencionales”*.

Otra variable estudiada que ofreció un resultado interesante fue el bajo peso al nacer, en el que se encontró que de los 129 lesionados el 78.1% tuvieron éste antecedente (Tabla 6, Anexo 11). Aunque la investigación no indagó la relación causal de esta variable, en la literatura se encontraron referencias que podrían justificar estos resultados.

En estudios longitudinales de bebés de peso natal *extremamente* bajo (entre 0,5 e 1 kg al nacer) y bebés nacidos antes las 26 semanas de gestación, los sobrevivientes tienden a ser menores que los niños a término y con mayores probabilidades de presentar problemas neurológicos, sensoriales, cognitivos, educacionales y comportamentales ³⁹

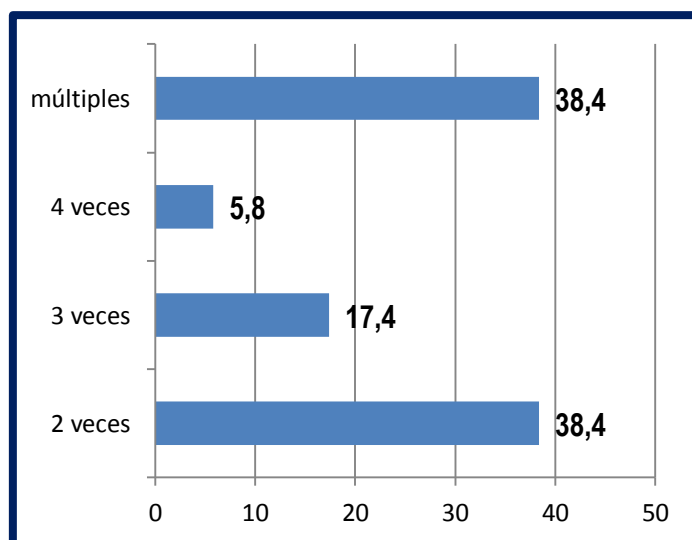
Cuanto menor es el peso del recién nacido, más bajos tienden a ser sus niveles del coeficiente de inteligencia, de la adquisición de competencia y mayor la probabilidad de precisar de educación especial o de repetir un grado escolar ¹¹⁰. Déficits cognitivos, especialmente de memoria y velocidad de procesamiento, han sido observados entre bebés con peso natal muy bajo (de 1 a 1,5 kg al nacer) hasta los 5 o 6 meses, continuando a lo largo de la infancia ⁴⁰

Niños y adolescentes con bajo peso al nacer también tienden a presentar más problemas comportamentales y mentales que aquellos que nacieron con peso normal ¹¹¹además de desarrollo motor deficiente tanto el primer año de vida como a lo largo de la infancia y la adolescencia ¹¹²

Por otro lado, un estudio longitudinal prospectivo con recién nacidos de peso natal extremadamente bajo, en Ontario, Canadá, donde la asistencia médica es universal, la gran mayoría superó las dificultades de la infancia y se tornaron adultos funcionales – concluyeron la enseñanza media, trabajan y viven de modo independiente, y muchos de ellos cursaron la enseñanza superior. Esos niños eran predominantemente de familias con padre y madre, cerca de mitad de ellas de alta condición socioeconómica. ¹¹³

El peso al nacer por sí sólo, por tanto, no determina necesariamente las consecuencias, los factores ambientales también hacen la diferencia. ⁴⁰ De ahí la importancia del rol de la familia.

Gráfico 5. Niños que sufrieron más de una lesión según número de lesiones.

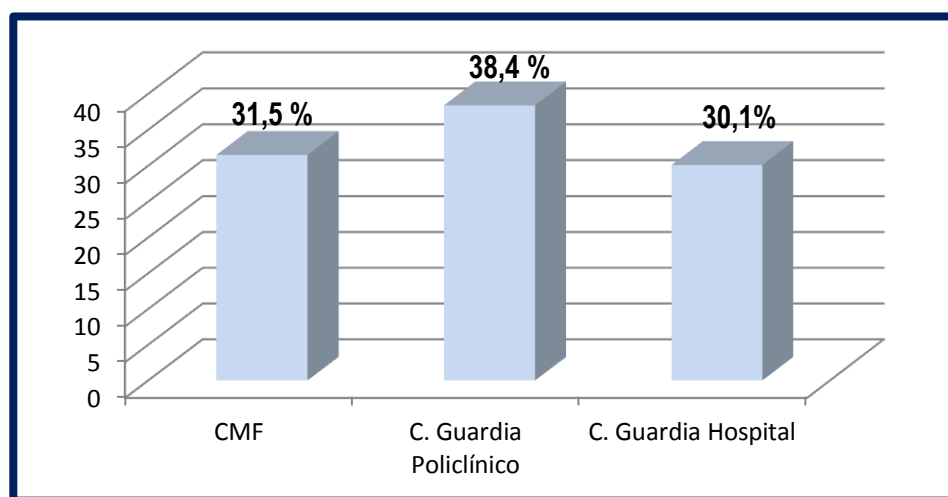


Fuente: Tabla 7. Anexo 11.

Según el instrumento aplicado, se identificó que de los lesionados el 40,3% sufrió más de una lesión no intencional. Aspecto que llamó la atención y se realiza el análisis según número de lesiones, como aparece en el gráfico 5, donde los mayores porcentajes aparecen en múltiples lesiones y dos lesiones. Pérez Pambi precisó que el 44,7% de los niños lesionados sufrió más una lesión en el periodo estudiado. ¹¹⁴ Estas estadísticas demuestran la gravedad del problema e incluso hacen pensar en otro fenómeno más grave aún, que es la “violencia por negligencia”, término utilizado en la literatura científica a partir de estudios que han confirmado que las lesiones a repetición ocurren por abandono en el cuidado de los infantes. ¹¹⁵⁻¹¹⁹

El investigador Ramón Lafont en su estudio corroboró *“lo más significativo en la producción de accidentes en los niños pequeños es el descuido, la negligencia del adulto responsable de su cuidado”*.⁵¹

Gráfico 6. Lugar donde recibieron asistencia médica según niños lesionados.



Fuente: Tabla 8 Anexo 11.

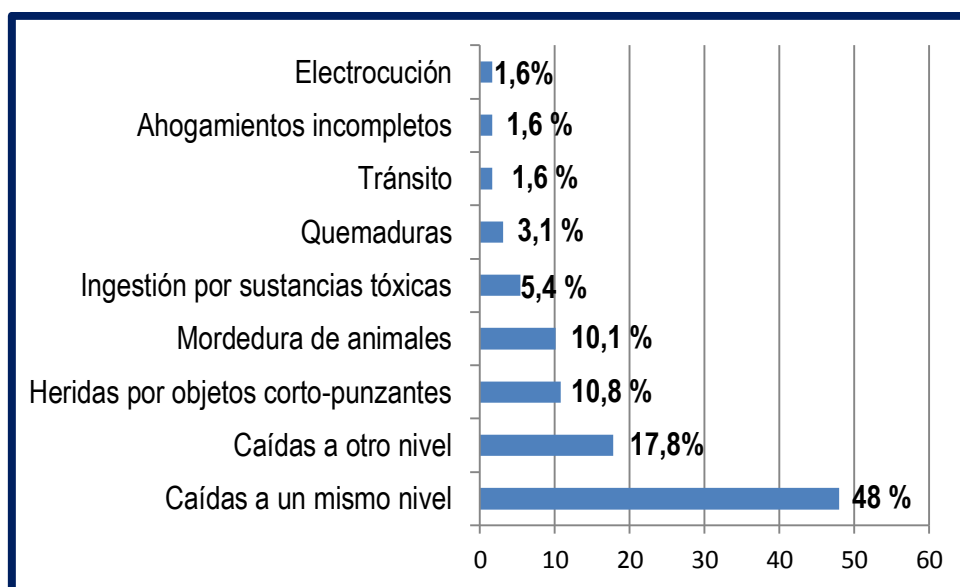
La variable que media asistencia médica reflejó que un 56,6% del total de lesionados la solicitó. De ellos el mayor porcentaje acudió al policlínico y consultorio, lo que puede tener dos lecturas, la resolutivez de la APS y la poca gravedad de la lesión. Elementos no estudiados para hacer

un juicio al respecto. En el estudio de Dorta Figueredo ⁸² el 33% prefirió acudir primero al cuerpo de guardia del policlínico a diferencia de la investigación de Pérez Cuellar que el 40.9% fueron llevados al Hospital Pediátrico Provincial de Cienfuegos.⁸¹

En la indagación referente a la información del tema, el 90,1% de las cuidadoras respondieron afirmativamente, de ellas el 80% fue a través del médico y la enfermera del consultorio. Éste es un resultado favorable que habla del vínculo de los EBS con la comunidad, no obstante, las cifras de lesionados no son congruentes con este dato, quizás se necesite cambiar los métodos o estilos de trabajo.

En un estudio realizado a pediatras argentinos la gran mayoría de los encuestados afirmaron que la tarea de prevención de lesiones era inherente al pediatra y útil para evitar lesiones. El modo de llevarla a cabo se basó, principalmente, en la transmisión verbal, que era poco efectiva.¹²⁰

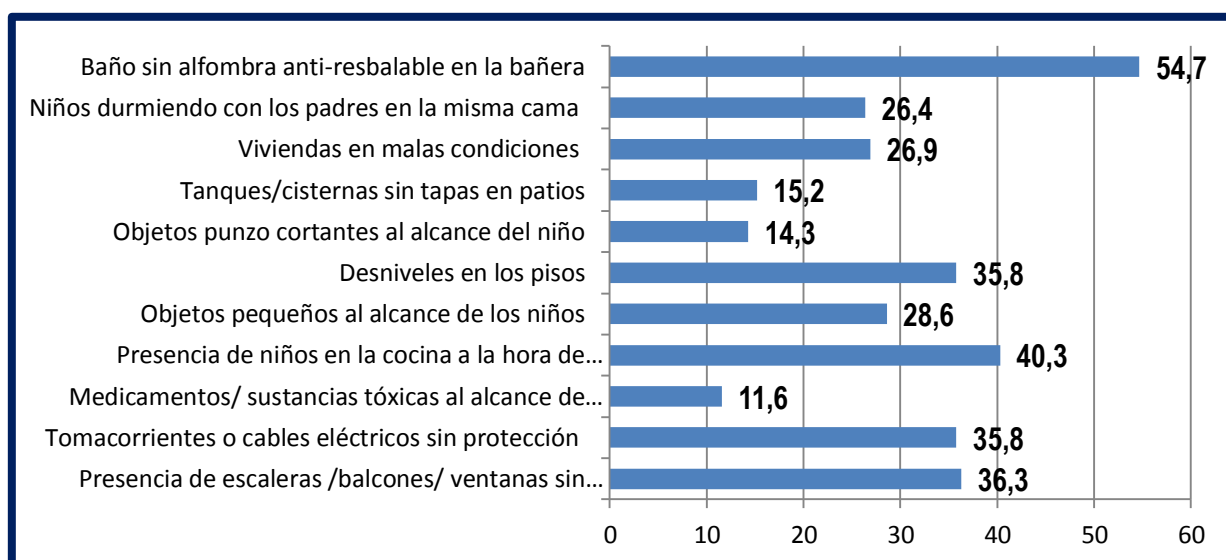
Gráfico 7. Causas de lesión según niños lesionados.



Fuente: Tabla 9. Anexo 11

Según estos resultados las caídas fue la causa más representativa, tanto a un mismo nivel, como a otro nivel. Éstas son igualmente frecuentes en la mayoría de los estudios encontrados, por ejemplo, en la investigación realizada por Barcelos y colaboradores en Rio Grande do Sul, Brasil, ¹²¹ son la primera causa de morbilidad en este grupo de edad, coincide con el estudio de Medina Gómez en México ¹⁶ que refiere un 83,9%. Resultado divergente refleja un estudio del Hospital Pronto Socorro Municipal de Cuiabá, estado Mato Grosso, Brasil sobre los accidentes domiciliarios que encontró por fuerzas mecánicas inanimadas el 47,9% de los lesionados de 1 a 4 años y la causa principal fue la penetración de cuerpo extraño como monedas y juguetes. ¹²²

Gráfico 8. Factores de riesgos según hogares visitados.



Fuente: Tabla 10. Anexo 12

El dato más llamativo en el gráfico 8, son los factores relacionados con la posible ocurrencia de caídas, la más frecuente analizada en el gráfico 7, entre ellos está la ausencia de alfombra anti-resbalables en los baños, presencia de escaleras y desniveles en los pisos. También pueden observarse elevadas cifras de niños en la cocina a la hora de cocción de los alimentos. Estos resultados siguen confirmando la necesidad de intervenciones de enfermería relacionadas a la

prevención. Estrada Fonseca demuestra que la identificación de los factores de riesgo es esencial para intervenciones en la prevención de lesiones no intencionales.⁹⁸

En estudio realizado Medina Gómez ¹⁶ en México el 66% de los cuidadores encuestados refirieron contar con piso antideslizante para evitar accidentes y sobre las medidas preventivas que se aplican en la cocina, solo el 21.3% procuran que los mangos no sobresalgan de la estufa. Los resultados de esta fase se utilizaron para la conexión con la fase cualitativa en dos sentidos, el primero como argumento para la selección de la familia, de acuerdo a las causas de las lesiones y su lugar de ocurrencia. En el segundo, fue la posibilidad de conocer cuáles eran las áreas necesarias para incluir en la prevención.

3.2. Segunda Fase. Análisis de datos cualitativos.

Esta fase tuvo dos resultados, el primero, el material educativo construido con las familias mediante sus narrativas y mapas, que se combinó con la revisión integrativa para lograr la síntesis que permitió el producto final. El segundo resultado correspondió a la evaluación de la intervención, mediante el propio material educativo elaborado, las etapas comprendidas en la fase, se describen a continuación.

3.2.1. Resultados de la Etapa 3. Experiencias de familias.

El trabajo con las familias fue la premisa fundamental para que la autora en la fase cualitativa utilizara métodos donde obtuvo una sapiencia transformativa de los cuidadores, en relación a la percepción de los riesgos con posibilidad de ocurrencia de lesión no intencional, basado en el

lente teórico de la Teoría de Barnard y su adaptación correspondiente para esta investigación “familia-niño-entorno”.

- Primer momento del Método Creativo Sensible. Presentación.

Este momento se efectuó en el primer taller con las familias, en el que se realizó un mapa por cada familia, las que dibujaron con sus recursos el itinerario del acontecimiento ocurrido alrededor de la lesión no intencional. En el cierre de la sesión se les solicitó si deseaban mostrar sus dibujos y lo hicieron. Se muestra uno de los mapas como ejemplo, a continuación, el resto aparece en el Anexo 13.



Producción artística. DCS Mapa Hablante de YMÑ, madre de MMM. Cienfuegos, Cuba. 2018. (causa de la lesión no intencional: Mordedura de perro)

- Segundo y tercer momento del Método Creativo Sensible. Presentación de las producciones artísticas y análisis colectivo.

El segundo y tercer momento se realizaron en el tercer taller con las familias, en el que se sociabilizaron entre los integrantes del grupo sus percepciones y opiniones sobre sus producciones. Los mapas hablantes se comentaron de manera espontánea y dinámica, donde cada uno a través de la técnica artística expuso el acontecimiento ocurrido. Esta dinámica permitió que la familia por medio de la producción artística relatara sus experiencias. Del análisis

de estos datos emergieron cuatro categorías: consecuencias en la familia, susto, conductas familiares relacionadas con los servicios de salud y cuidado familiar. Las mismas se describen a continuación.

- Categoría. Consecuencias en la familia.

Esta fue la categoría más representada en los resultados, en ella se observan consecuencias relacionadas con la salud de algunos miembros de la familia, impacto en la dinámica familiar, en los quehaceres del hogar, en la economía familiar y extensión del problema a la comunidad, las narrativas que apoyan este análisis fueron:

“...yo con la presión alta, me daba una lástima..., me daba un dolor... (F1), ...para nosotros fue, una cosa muy grande (F6), ...fue tremendo para la familia (F8), ...ni me dejo prácticamente hacer nada (F2), ...a su papa le dolió más que a ella (F7), ...que él ni fue a trabajar (F1), ...empecé a pelear en la escalera y los vecinos salieron (F9)”.

Según Fernández Ortega ¹²³ para adaptarse a esta nueva situación, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permite seguir funcionando, de tal manera que se generan cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, consciente o inconsciente, y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo, así como la funcionalidad del sistema familiar.

Esta categoría es de gran importancia, de ahí su mayor frecuencia en los discursos, ella refleja la otra cara de la repercusión de las lesiones no intencionales, que muchas veces es invisible, tanto para el sector salud como para la sociedad, pues cuando ocurre un fenómeno como este, la mayoría de las veces el impacto familiar es de grandes dimensiones y en la medida que las

lesiones sean más graves, las crisis familiares pueden agudizarse. Este resultado constituye una alerta para acciones de salud familiar.

- Categoría. Susto.

Esta categoría aparece en segundo lugar y en sus narrativas se reitera el susto como impacto fundamental en las familias, que trasciende al miembro de la familia que estuvo más cerca del evento. Las voces que respaldan la categoría aparecen a continuación.

“...si el susto, claro imagínate (F4), ...un susto, se puso asustado cantidad (F1), ...nos asustamos (F2), ...paso el susto (F3), ...se asustó, empezó a dar gritos (F5)”.

El susto es una de las expresiones psicosomáticas frecuentes. El “espanto” o “susto” puede definirse como un “impacto psicológico” de intensidad variada que se padece a consecuencia de factores diversos entre los que se encuentran los de índole sobrenatural, fenómenos naturales y circunscritos en experiencias personales que emergen como eventualidades fortuitas del todo inesperadas”.¹²⁴

Esta categoría habla de las reacciones más frecuentes cuando ocurre un evento inesperado, sobre todo si es de gravedad y con implicación del infante. Su análisis puede tener una lectura hacia un enfoque preventivo, en cuanto a la necesidad de la preparación de la población en primeros auxilios, que ayuda a las personas a los afrontamientos y recuperación favorable.

- Categoría. Conductas familiares relacionadas con los servicios de salud.

La categoría destaca el análisis, percepción de la población objeto de estudio, su identificación con la necesidad de acudir a los servicios de salud, lo cual denota la accesibilidad de estas familias, así como la seguridad y confianza de las mismas con los servicios.

“...tuve que acudir rápido al consultorio pues no se le trancaba la sangre... y era mucho sangramiento (F6), ...la lleve al consultorio porque le estaba saliendo sangrita (F4), ...hubo que llevarla al policlínico (F8), ...mi mama se vistió y lo llevo al policlínico, porque pensamos que le había pasado algo (F2), ...estuvimos una pila de días en el pediátrico (F1)”.

Este resultado tiene congruencia con lo descrito en la primera fase del estudio en el que el 56.6% de las familias refirió solicitar asistencia médica. Varios estudios fueron encontrados que describen los casos que llegan a los servicios de salud, en relación a la ubicación por trauma en un hospital argentino se registró en el grupo menor de 3 años, el 74% por lesiones cerebrales y el 15% por lesión de miembros.¹³² En el Instituto Mexicano del Seguro se encontró una prevalencia de accidentes del 67% de los encuestados,¹⁸ y en Brasil se analiza el perfil de atención de urgencia y emergencia como resultado de accidentes domésticos causados por fuerzas mecánicas inanimadas con una prevalencia de 47,9% en las edades de 1 a 4 años.¹²²

Según éste análisis existe congruencia entre el resultado cuantitativo y cualitativo, los mismos son favorables si se analiza desde el valor que le ofrece la población al servicio de salud, aspecto que pudiera ser más utilizado para la promoción de salud y prevención de lesiones, acciones que son menos costosas que las urgencias y de mejores consecuencias.

- Categoría. Cuidado familiar.

Por último, la categoría cuidado familiar refleja un poco las lecciones aprendidas, que pueden ser transmitidas a otras familias a modo de acciones de promoción de salud. Las voces refieren:

“...debo de prestar más atención y cuando ella esté jugando o no, jugando o haciendo cualquier otra cosa yo estar un poquito más pendiente de ella (F7), ...estar constantemente alrededor de ellos, y no te puedes despreocupar...el máximo extremo... (F3), ...mucho ahora más alerta, más

preocupado y más pendiente de ellos porque son chiquitos pero los niños inventan (F2), ...tenerla más controlada, el no entretenerse tanto más arriba de ellos (F1)”.

Esta categoría se puede relacionar con el análisis realizado en el primer capítulo de la tesis donde se hace referencia a la vulnerabilidad de los infantes como seres dependientes de los adultos y el valor que posee en consecuencia, el cuidado por toda la familia.

De acuerdo a una intervención comunitaria realizada en Villa Clara para la prevención de lesiones no intencionales, la autora plantea que hubo una reversión de vulnerabilidades de convivencia, aprovechamiento de experiencias e integración de los miembros del núcleo familiar en función de eliminación de peligros en el entorno hogareño.⁹⁸

Este resultado puede ser utilizado como fortaleza para establecer dinámicas de ayudas a las familias y que estas a su vez se conviertan en promotoras de hogares seguros para las lesiones no intencionales en la infancia.

3.2.2. Resultados de la síntesis de las narrativas de familias y la revisión integrativa.

De acuerdo a los métodos utilizados y su relación, después del tercer momento del MCS se intercaló el ciclo interno del Método KT (ver figura 6), el que se realizó mediante la síntesis de las historias de las familias y su combinación con la revisión integrativa.

En la revisión integrativa fueron encontrados 24 artículos de ellos se eliminó uno por estar duplicado en bases de datos diferentes. De los 23 artículos, 12 fueron encontrados en la base de

datos MEDLINE, 10 en SCIELO y 1 en EBSCO. Los países más representados fueron Brasil y Argentina, los profesionales que más publican del tema son los médicos epidemiólogos.

En la investigación fueron utilizados siete artículos de la revisión integrativa para realizar la síntesis del conocimiento ^{16,121, 125-129}, cinco con metodología cuantitativa y dos cualitativa de estos artículos tres fueron publicados por médicos epidemiólogos, uno por médicos pediatras, otro por doctor en Medicina, otro por un doctores en emergencias y uno por profesionales de Enfermería. Dos de estas publicaciones son argentinas y dos brasileñas, una mexicana, una cubana y una de Estados Unidos. La revista en las que fueron publicados fueron: Cad. Saúde Pública, Enfermería Universitaria, Revista Medcentro, American Family Physician, Revista argentina de Pediatría (2) y Revista Escola Anna Nery.

Los resultados de la revisión integrativa fueron utilizadas en el material educativo para el diálogo ocurrido entre la enfermera y la familia, donde se ofrecen recomendaciones para la prevención de las lesiones no intencionales. Fue necesario, además, la búsqueda de otras referencias ^{10, 107,126, 130-135} de acuerdo a las historias y las causas de lesión.

Con las historias contadas por las familias y sus respectivos mapas se elaboró la primera propuesta del material educativo para la prevención de lesiones no intencionales en la infancia a la que se le incorporaron los resultados de los artículos de la revisión integrativa y de otras búsquedas bibliográficas. Con esta tarea se cierra el proceso que permitió transformar el conocimiento científico en acción en la producción de un producto o herramienta, como plante al Método KT.

Concluida la aplicación del Método KT se tenía una propuesta de nueve historietas de familias compiladas en un libro para ser llevada al siguiente momento del MCS. Las ilustraciones del libro partieron de los mapas elaborados por las familias. Dicha propuesta fue diagramada por un diseñador y revisada por una editora para ser llevada a la próxima etapa del estudio, que comprende el cuarto momento del MCS.

3.2.3. Resultados del Cuarto momento. Síntesis y Evaluación. (Etapa 4. Evaluación).

Con esta etapa se ejecuta el tercer taller con las familias y con ello el cuarto momento del MCS que fue utilizado además como evaluación. Dicha evaluación se realizó mediante los criterios de las familias y 16 enfermeras de los EBS entrenadas en la primera fase del estudio.

En la evaluación con las familias los resultados mostraron la pertinencia del material elaborado, según los criterios de evaluación propuestos: pues las propias familias le ponen el título al Material educativo “Vivencias inesperadas en familia”, de ellos parte la idea de utilizar los nombres reales de los niños y lo justifican con las siguientes voces: “...esa es mi historia (F4)...a mí me parece muy bien (F5)... el libro está muy bonito (F3)...surge como material legítimo (F3)...busca amplitud de alcance y fortalece el cuidado oportuno y responsable de cada niño” (F2)

En los tres grupos de discusión realizados con el personal de enfermería de los EBS la primera impresión general del material fue de agrado, exponen sus ideas en cuanto al material educativo y aportan sugerencias para el completamiento y la validación de su contenido:

“...tiene que asegurarse, por ejemplo de mantener cerrada la reja y el candado, tiene que evitar poner muebles donde el niño pueda subirse y asegurarse que la puerta este bien cerrada (E3)... revisar los espacios entre los barrotes (E1), ...Los niños no deben de jugar encima de las camas (E2), ...yo lo veo bastante completo, porque la parte psicológica esa que se le dice que no se le debe regañar, y hablar como algo normal, normal no, sino compararlo con que el conozca lo que paso y que no se repita, eso es una parte importante en el niño,...los padres lo que hacen es regañar, pelear y eso es lo que hace es, que lo pone más tenso” (E1)... Esas recomendaciones están muy bien (E6), lo veo bastante completo (E3), es claro, entendible (E2).

Se incorporó las sugerencias de las familias y enfermeras al Material educativo, producto de la tesis, como apéndice, utilizada como herramienta, para la prevención de las lesiones no intencionales en la infancia, además constituyó el medio de enseñanza para la evaluación de las enfermeras. Con dichos resultados se consideró factible la intervención de enfermería.

El MCS se ha utilizado en estudios del país de origen y otros países de América Latina. ^{136,137, 138} por ejemplo, Xavier de Mattos¹³⁶ en el año 2017 en su tesis Doctoral Necesidades de saúde de familiares de crianças com leucemia: conversas e metáforas no itinerário de cuidados. En el 2006 en estudio realizado por Vernier ¹³⁹ en parientes de niños con necesidades de especiales de salud x se aplica el MCS con la DCS de “línea de la vida”. Otros estudios han utilizado este método basado en el arte como Oliveira ¹⁴⁰ en el libro Como trabalhar com mulheres con la DCS de “ciudadanía del cuerpo” y adaptada por Alvim ¹⁴¹ a “cuerpo saber”. En esa dinámica se representa la dimensión física y sociable del cuerpo como principal vía de acceso para la experiencia del cuidado. La DCS “foto voz” fue evaluada en un grupo de investigación y validada en un estudio con madres de recién nacidos internados en una terapia intensiva neonatal en el

año 2014,¹⁴² la misma suministra a los participantes momentos de exposición y discusión del significado de las imágenes producidas generando un tema de debate.

Como se evidencia el MCS es usado en temas sensibles y en poblaciones vulnerables, ejemplo las mujeres en otros contextos sociales, los niños con necesidades especiales de salud o con leucemia, recién nacidos hospitalizados, entre otros.

Existen diferentes DCS como las descritas anteriormente para la utilización del método. El mapa hablante fue la DCS empleada en el presente estudio para describir el suceso que ocasionó en el niño de uno a cuatro años lesiones no intencionales, que en varios casos fue necesaria asistencia médica. Estudios similares utilizan esta DCS como Magalhães Pierantoni ¹⁴³ en familiares de niños víctimas de violencia familiar y Xavier de Mattos ¹³⁶ para explicar las necesidades de salud en niños con Leucemia Linfocítica Aguda (LLA).

Estos resultados demuestran el alcance de la utilización del método empleado, en temas sensibles que a veces por el dolor familiar se torna casi imposible la recolección de los datos, en tal sentido la manera creativa empleada facilita que se describan los acontecimientos lo más cercano posible a la realidad.

3.3. Conexión entre la fase cuantitativa y cualitativa del estudio.

En las investigaciones con abordaje de métodos mixtos, según Lorenzini ¹⁴⁴ *“la integración de las fases con la presentación de los resultados ocurre a través de la narración, transformación de datos y exhibición conjunta”*. La utilización de éste enfoque que comprende el análisis conjunto de los resultados cuantitativos y cualitativos con la integración del referencial teórico. La

integración de las cuatro etapas propició la elaboración del producto final, en este caso un material educativo en forma de libro de historietas.

El análisis conjunto de las dos etapas permitió plantear la intervención como todo, porque los resultados concatenaron de manera sucesiva para conformar las etapas de la intervención, que se iniciaron con identificación de conocimientos del personal de enfermería de los EBS, su preparación en el tema, mediante el curso, el entrenamiento y la aplicación de los instrumentos de diagnóstico de lesiones no intencionales, que permitieron la identificación de las familias para la fase cualitativa y finalmente la creación del mencionado material educativo cuya validación se utilizó como evaluación.

La intervención de enfermería propuesta en esta tesis tiene diferencias con otras intervenciones descritas en la literatura, donde se relata generalmente tres etapas: diagnóstica, implementación y evaluación. El método de estudio empleado ofreció la posibilidad de organizar la intervención como un todo, ya que desde la primera etapa se inician tareas de la intervención, la sucesión de etapas con enfermeras entrenadas permitió caracterizar las lesiones e identificar las situaciones que colocan en riesgo a los infantes en el hogar y estos últimos resultados conectaron las fases para la identificación de las familias, con las cuales se llegó al resultado final.

Es decir, aunque de manera didáctica se organizaron en etapas para la mejor comprensión del estudio, las mismas están interconectadas y son dependientes una de la otra, dada la característica secuencial del tipo de investigación. No obstante, a ello se consideró pertinente comparar los resultados con otras intervenciones.

La intervención comunitaria realizada en la provincia de Villa Clara en año 2017, ⁹⁸ para identificar situaciones de riesgos de accidentes en la comunidad, posee congruencias en cuanto al trabajo con familia, sólo que en su caso fue mediante los integrantes del círculo de interés “Prevención es Salud” (adolescentes) y en el mismo no se usa el término lesiones no intencionales.

En la provincia de Camagüey ¹⁴⁵ entre los años 2005 - 2009 se realiza una intervención educativa en la prevención de accidentes en menores de 18 años por especialistas de pediatría, el objetivo fue desarrollar conocimientos y habilidades sobre la prevención de los accidentes en el hogar a los padres o tutores de niños y adolescentes, la población de estudio también es coincidente con la de esta tesis. Así como el desarrollo de conocimiento de las familias, la diferencia está en los métodos utilizados que no generaron ningún material educativo para la continuidad de las acciones.

Consideraciones finales del capítulo

- La aplicación del curso que solucionara las necesidades de aprendizaje de las enfermeras de los EBS sobre lesiones no intencionales en la infancia, fue factible a luz de una evaluación antes y después, ya que ésta última tuvo resultados satisfactorios.
- Los resultados del diagnóstico de las lesiones no intencionales en la infancia confirman el tema como problema de salud, dado el alto porcentaje de lesionados en el hogar y su reiteración en muchos casos.

- Los factores de riesgo se pueden relacionar con la frecuencia de mecanismos de acción, ya que la principal causa fueron las caídas y la suma de la ausencia de alfombra anti-resbalables en los baños, presencia de escaleras y desniveles en los pisos alcanzó cifras importantes.
- Abordar una intervención de Enfermería centrada en las experiencias de las familias fue fundamental para la propuesta de nuevas maneras de trabajar un problema de salud sensible en el ámbito comunitario. Con lo cual se valorizan las voces populares para brindar cuidados centrados en las personas y su contexto.

CONCLUSIONES

- La adaptación del Modelo de Kathryn Barnard basado en la “Teoría de interacción para la evaluación de la salud infantil”, fueron los referentes que sustentan la vulnerabilidad del infante entre 1 y 4 años por sufrir lesiones no intencionales, por sus características del ciclo de vida por su necesidad de seguridad y protección, siendo de gran valor para el proceso y resultados de la investigación
- El algoritmo metodológico basado en la estrategia trasformativa secuencial de estudios mixtos que incluyó la integración de los Métodos Creativo Sensible y Traducción de conocimiento, abordó una intervención de Enfermería centrada en las experiencias de las familias, lo cual dio solución a un problema de salud, contribuyendo al enriquecimiento de las Ciencias de la Enfermería.
- La evaluación del nivel de conocimiento de las enfermeras de los EBS resultó una indagación de necesidades de aprendizaje, mediante un test, se elaboró y aplicó un curso sobre lesiones no intencionales en la infancia, valorado de factible, pertinente y resultados satisfactorios.
- Las principales características de las lesiones no intencionales ocurridas en el hogar en el grupo etario de 1 a 4 años, ratifican la gravedad del asunto, ya que se visualiza alta incidencia, recurrencia y causas prevenibles sobre todo en los rangos de edades más vulnerables.

- La identificación de situaciones de riesgo confirman la necesidad intensificar la consejería en el hogar, basado en la responsabilidad familiar de un fenómeno totalmente prevenible y de grandes consecuencias la mayoría de las veces.
- La exploración de las experiencias de las familias en las que ocurrieron lesiones no intencionales fue un elemento decisivo para la investigación, los mapas elaborados y sus narrativas constituyeron la fuente principal para el diseño del material educativo que se enriqueció con la síntesis entre éstas y la revisión de la literatura, para lograr la traducción del conocimiento.
- La evaluación desde la perspectiva del personal de enfermería de los EBS del material educativo elaborado fue efectiva, lo que trasciende como impacto social. a comunidades que presenten similares situaciones

RECOMENDACIONES

Se recomienda a las diferentes autoridades involucradas en la toma de decisiones con relación a las lesiones no intencionales lo siguiente:

Ministerio de Salud Pública: Utilizar los resultados de esta investigación para la revisión del Programa Prevención de accidentes en el menor de 20 años.

Ministerio de Educación: Utilizar el material educativo para las acciones con las familias del Programa “Educa a tu hijo” y otros programas e instituciones afines.

Dirección de salud. Provincial de Cienfuegos:

- Extender a otros municipios con fin de ampliar las acciones en la prevención de este problema de salud.
- Realizar otras investigaciones que profundicen en el tema y permitan la extensión en otras áreas de las lesiones no intencionales en la infancia.

Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos: Incorporar contenidos de lesiones no intencionales a la carrera de Licenciatura en enfermería y modalidades de postgrado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jordán Rodríguez JR, Valdez Lazo F. Promoción, prevención y accidentes. En: De la Torre Montejo E, Pelayo González-Posada EJ. Pediatría. T. 1. La Habana: ECIMED; 2006. p. 153-164.
2. Hernández Sánchez M. Prevención de lesiones no intencionales: experiencias con adolescentes. La Habana: Editorial Lazo Adentro; 2013.
3. Fred. AM. Reviewing Heinrich Dislodging Two Myths From the Practice of Safety Professional Safety. [Internet]. Illinois: American Society of Safety Engineers; 2011 [citado 10 Ago 2018]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781118574683.ch10>
4. Jordán Rodríguez JR. Los accidentes ni son tan inevitables, ni son tan accidentales. Rev Cubana Med Gen Integral. 1987; (3):55-73.
5. Mager Stellman J. Prevención de accidentes. Accidentes y gestión de la seguridad. En: Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. [Internet]. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: Subdirección General de Publicaciones; 1998 [citado 20 Ago 2018]. Disponible en: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo1/sumario.pdf>
6. Krug E. Injury: a leading cause of the global burden of disease. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1999 [citado 20 Ago 2018] http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66160/WHO_HSC_PVI_99.11.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. OMS/OPS/UNICEF. Informe mundial sobre la prevención de las lesiones en los niños. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2012
8. Hernández Sánchez M, Valdés Lazo F, García Roche R. Lesiones no intencionales. Prevención en adolescentes. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
9. Castro Pacheco BL, Machado Lubían MC, Ibargollen Negrin L, Santacruz Domínguez M, Ruiz Tellechea Y. Manual de procedimientos. Para la atención de grupos priorizados (niños/as y adolescentes dirigidos a Médicos. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2011.
10. Torres Márquez M, Fonseca Pelegrín CL, Díaz Martínez MD, del Campo Mulet OA, Roché Hernández R. Accidentes en la infancia: una problemática actual en pediatría. MEDISAN [Internet]. 2010 [citado 20 Ago 2018]; 14(3):[aprox. 13 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000300013
11. Bustos Córdova E, Cabrales Martínez RG, Cerón Rodríguez M, Naranjo López MY. Epidemiology of accidental injuries in children: Review of international and national statistics. Bol MedHospInfantMex [Internet]. 2014 Abr [citado 8 Jul 2018]; 71(2): [aprox. 15 p.]. Disponible

en:http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S166511462014000200002&script=sci_arttext&lng=en

12. Arias Poras GL. Conocimientos y prácticas de las madres sobre la prevención de accidentes en el hogar de niños preescolares de una institución educativa. [Tesis]. Lima: Ate – vitarte; 2016.
13. Organización Mundial de la salud. Violence and injury prevention. [Internet]] Ginebra: OMS; 2001 [citado 18 Ago 2018]. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/main%20cmf?%20p=000000116/htm
14. De Assis BritoM, Santiago da Rocha S.A. Criança vítima de acidentes domésticos sob o olhar das teorias de enfermagem. J Res. FundamCare Online [Internet]. 2015 [citado 16 Ago 2018]; 7(4): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/5057/505750948036/>
15. Valdez Lazo F. Clua Calderin AM, Podadero Valdez X, Zacca E. Encuesta Nacional de accidentes en menores de 20 años en Cuba. Año 2007. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009.
16. Medina Gómez OS. Prevalencia de accidentes en el hogar en niños y factores de riesgo asociados. EnfermUniv [Internet]. 2015 Sep [citado 20Ago 2018]; 12(3): [aprox. 15 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632015000300116
17. Siqueira Barcelos RS, Santos I, Matijasevich AJD, Barros AFC, Barros F, Araújo França GV, et al. Acidentes por quedas, cortes e queimaduras em crianças de 0-4 anos: coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2004. CadSaúde Pública [Internet]. 2017 [citado 20 Ago 2018]; 33 (2): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n2/1678-4464-csp-33-02-e00139115.pdf>
18. Huamán Fernández SM. 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. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos: Facultad de medicina e.a.p. De enfermería; 2014 [citado 20 Ago 2018]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4756/Huam%E1n_fs.pdf;jsessionid=50FC0D239BCEEE48E5287950611D77DF?sequence=1
19. Ministerio de Salud Pública. Dirección nacional de registros médicos y estadísticas de salud. Anuario Estadístico de Salud 2010 [Internet]. La Habana: Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional De Registros Médicos Y Estadísticas De Salud; 2011 [citado 22 Abr 2018]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2011/04/anuario-estadistico-de-salud-2011.pdf>
20. Ministerio de Salud Pública. Dirección nacional de registros médicos y estadísticas de salud. Anuario Estadístico de Salud 2017 [Internet]. La Habana: Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional De Registros Médicos Y Estadísticas De Salud; 2017 [citado 22 Abr 2018]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2017/04/anuario-estadistico-de-salud-2017.pdf>

21. Ministerio de Salud Pública. Programa para la prevención de accidentes en menores de 20 años. La Habana: MINSAP; 1995.
22. Ministerio de Salud Pública. Dirección nacional de registros médicos y estadísticas de salud. Anuario Estadístico de Salud 2015 [Internet]. La Habana: Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional De Registros Médicos Y Estadísticas De Salud; 2016 [citado 22 Abr 2018]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2016/04/anuario-estadistico-de-salud-2016.pdf>
23. ONEI. Anuario estadístico de Cienfuegos. 2015. Cienfuegos: ONEI; 2016.
24. Cueto-Eduarde I, Díaz-Marrero J. Anuario Estadístico de Salud, 2015. Medisur [Internet]. 2018 [citado 3 Ago2018; 16 (1): [aprox. 98 p .] . Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3880>
25. MINSAP. Sistema de información estadístico Programa Básico. Hospital Pediátrico “Paquito González Cueto”. Cienfuegos: Dirección Provincial de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2015. p. 5.
26. MINSAP. Informe Panorama del Programa de Atención Materno Infantil. Municipio de Cienfuegos. 2015. Cienfuegos: MINSAP; 2016.
27. Sierra Perez D, Muñiz Roque AM, Gandul Salabarría L, Pérez Charbonier C, Fernández Corona BG. Programa del médico y la enfermera de la familia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.
28. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki, Fortaleza Brasil. Paris: Asociación Médica Mundial; 2013.
29. Marriner Tomey A, RaileAlligood M. Modelos y teorías en Enfermería. 4ta. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007. p.59-62
30. Raile Alligood M, MarrinerTomey A. Modelos y teorías de Enfermería. 7ma. ed. Barcelona: Editorial Elseiver; 2007. p. 63.
31. Laguado Jaimes E. Cuidado de enfermería a padres para fortalecer el Crecimiento y desarrollo de sus hijos. Revista cuidarte. Programa RevCuid. 2013; 4(1): 550-556.
32. Padilla Samaniego LV. Proceso enfermero en paciente pediátrico con Neumonía y derrame pleural basado en las teorías de Barnard y Henderson. [Tesis]. Quito: Universidad Nacional De Chimborazo Facultad De Ciencias De La Salud. Carrera DeEnfermería; 2016.
33. Yuqing Guo, Szu-Yun Leu E, Barnard KA, Thompson EJ, Spieker S. Examination of Changes in Emotion Co-Regulation Among Mother and Child Dyads During the Strange Situation. Infant Child Dev. 2015; 24(3): 256–273.
34. Cano González, Rufino, Casado González, Mónica, Escuela y familia. Dos pilares fundamentales para unas buenas prácticas de orientación educativa a través de las

- escuelas de padres. Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado [en línea] 2015, 18 (Mayo-Agosto) : [Fecha de consulta: 25 de septiembre de 2018] Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=217036214003>
35. Chaves M, Mendonça C, Monique C, Marrafa R, Da Silva Pinto NR, Dos Santos I. Resgatando o cuidado de enfermagem como prática de Manutenção da vida: concepções de Collière. RevEnferm. 2011; 19(2):305-310.
 36. Gómez Maia Pires MR. Politicidade do Cuidado e Avaliação em saúde: instrumentalizando o resgate da autonomia de sujeitos no âmbito de programas e políticas de saúde. RevBras Saúde Matern Infant. 2005; 5 (Supl 1): S71-S81.
 37. Pires MRGM. Politicida de do cuidado como referência emancipatória para a enfermagem: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. Rev Latino-am Enfermagem. 2005; 13 (5):729-36.
 38. Carneiro Silveira L, Nunes Vieira A, Macedo Monteiro AR, Correia Lima Miranda K, Da Silva LF. Cuidado clínico em enfermagem: desenvolvimento de um Conceito na perspectiva de reconstrução da prática Profissional. Esc Anna Nery. 2013; 17 (3):548 – 554.
 39. Nadia Semenova Moratto Vásquez, Johanna Jazmín Zapata Posada & Tatiana Messenger Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015. Revista CES Psicología ISSN 2011-3080 Volumen 8 Número 2 Julio-Diciembre 2015 pp. 103-121 .
 40. Papalia DE, Olds SW, Feldman RD. Desenvolvimento humano. 10ª ed. Porto Alegre: AMGH; 2009.
 41. Pérez M, Acosta C. Seguimiento domiciliario del binomio madre-hijo en situación de vulnerabilidad. Montevideo: CBA-Editorial; 2013.
 42. Medina Alva MDP, Caro-Kahn I, Muñoz Huerta P, Leyva Sánchez J, Moreno Calixto J, Vega Sánchez SM. Neurodesarrollo infantil: características normales y signos de alarma en el niño menor de cinco años. RevPeruMedExp Salud Pública [Internet]. 2015 [citado 20 Ago 2018]; 32(3): [aprox. 15 p.]. Disponible en: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1726-46342015000300022&script=sci_arttext&lng=es
 43. Martin MS. Etapas del desarrollo infantil de 0-5 años para padres. Barcelona: Espaxs; 2009.
 44. Quintero Angarita JR. Teoría de las necesidades de Maslow. New York: West Publishing Company; 2012.
 45. Correa Argueta E, Verde Flota EE, Rivas Espinosa JG. Valoración de enfermería Basada en la filosofía de Virginia Henderson. México: Universidad autónoma metropolitana de México; 2016.

46. Busso G. Vulnerabilidad social: nociones e implicancias de políticas para Latinoamérica a inicios del siglo XXI. En: CEPAL. Seminario Internacional Las Diferentes Expresiones de la Vulnerabilidad Social en América Latina y el Caribe; 2001.
47. Flores F. Experiencia vivida, género y VIH. Sus representaciones sociales. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2015.
48. Rubio-Herrera A, Flores-Palacios F. Vulnerabilidad y su uso en la política social del estado de Yucatán. La Dirección de Atención a la Infancia y la Familia. Revista LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos 2018; XVI (2): 118-131.
49. CEDAW. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Montevideo: CEDAW; 2007.
50. ONU. Declaración universal de los derechos humanos. New York: ONU; 1948.
51. Román Lafont J. La negligencia como factor de riesgo en la producción de lesiones accidentales en niños pequeños [Tesis]. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas; 2007.
52. ONU. Declaración de los derechos del niño. Proclamada por la Asamblea General en su resolución 1386 (XIV), de 20 de noviembre de 1959. New York: ONU; 1959.
53. Ministerio de Justicia. Código de la Familia. La Habana: Ediciones ONBC; 2015.
54. Asamblea Nacional del Poder Popular. Constitución de la República de Cuba. La Habana: Editora Política; 2010.
55. Ministros de Salud del Área Andina. Resolución REMSAA V/74. Año internacional del niño. Santa Cruz: Ministros de Salud del Área Andina; 1978.
56. Ministerio de Justicia. Prevención del Maltrato infantil. En: Ley Número 16. Código de la niñez y la juventud. La Habana: Ministerio de Justicia; 2013.
57. UNICEF. Convención sobre los derechos de los niños. Washington DC: UNICEF; 2006.
58. ONU. Cumbre a favor de la infancia. Declaración mundial sobre la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño. New York ONU; 2000.
59. ONU. Objetivos de desarrollo del Milenio (ODM). New Cork: ONU; 2015.
60. ONU. Informe Objetivos de desarrollo sostenible. Naciones Unidas. New Cork: ONU; 2017.
61. Partido Comunista de Cuba. Lineamientos del PCC. La Habana: Editora Política; 2016.
62. UNICEF. Acción humanitaria para la infancia. Washington, D.C.: UNICEF; 2017.
63. Creswell. IW. Proyecto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e misto. 3er. Porto Alegre(RS); Artimedi; 2010.

64. Neuman, W.L. Social Research methods: Qualitative and quantitative approaches (4ta edición). Boston: Allyn and Bacon; 2000.
65. Ribeiro Lacerda M, Santini Costenaro RG. Metodologías da pesquisa para enfermagem e saúde de teoria a prática. Porto Alegre: Editora Moria; 2017.
66. Straus SE, Tetroe J, Graham ID. Moving from evidence to practice. Oxford: Ed Wiley-Blackwell Ltda; 2009. p.232.
67. Acevedo Castro BL, Álvarez Fumero R, Álvarez Montalvo D, Calvo de la Cruz YE, Castro Pacheco BL, Cedeño Herrera A, et al. Manual de manejo inicial del paciente pediátrico lesionado. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.
68. Santa Cruz Domínguez M, Alonso Uría RM, Rodríguez Alonso B, Ibargollin Negrín L, Campos Gonzales A. Manual didáctico para la prevención de lesiones no intencionales en hijos de madres adolescentes. Bogotá: MINSAP-UNICEF; 2012.
69. Ministerio de Salud Pública. Plan de estudio de la carrera de Licenciatura en Enfermería. La Habana: MINSAP; 2008.
70. Álvarez Valdés G, Esquivel Lauzurique M, Martínez Delgado DA, Sala Adam MR, Álvarez Rivero MR, Acuña Aquilarte PM, et al. Consulta de puericultura. T. 2. 3ra. ed. La Habana: ECIMED; 2014.
71. Organización Panamericana de la Salud. Proceso de atención de enfermería en AIEPI para niña o niño de dos meses a cuatro años de edad. En: Organización Panamericana de la Salud. Manual clínico para el aprendizaje de AIEPI en Enfermería. Washington: OPS; 2009. p.133-84.
72. Montano Luna JA, Prieto Díaz VI. Factores de riesgo y enfoque preventivo. En: Medicina General Integral: Salud y Medicina. T. 1. 3ra. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.
73. Cañedo Iglesias C, Cáceres Mesa M. Fundamentos teóricos para la implementación de la didáctica en el proceso enseñanza-aprendizaje. [Internet]. Cienfuegos: Universidad de Cienfuegos "Carlos Rafael Rodríguez"; 2008 [citado 5 Ago 2018]. Disponible en: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2008b/395/index.htm>
74. Aguiar R, Hernández Sánchez JE, Loret de Mola López E, Roca Morales F. Los niveles de asimilación del contenido y niveles de desempeño cognitivo. : Reflexiones. RevHumMed [Internet]. 2006 Abr [citado 21 Ago 2018]; 6(1): [aprox. 15 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202006000100005&lng=es
75. Leyva Leyva LM, Proenza Garrido Y, Leyva Leyva JL, Cristo Varona R, Romero Rodríguez R. Reflexiones sobre la evaluación de la calidad del aprendizaje en la práctica pedagógica en la escuela primaria. Rev Iberoamericana de Educación [internet]. 2008. [citado 21 Ago 2018]; (44): [aprox. 34 p.]. Disponible en: <http://www.rieoei.org/deloslectores/1922Leyva.pdf>.

76. Dorta Figueredo M, Godo González M, Castellón González CA, González Hermida AE, Portal Amador M, Rosell García I. Morbilidad por accidentes en menores de cinco años. Medisur [Internet]. 2013 [citado 12 Mar 2018]; 11(2): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2323/1147>
77. Díaz Quiñones JA. El perfeccionamiento del proceso evaluativo del diagnóstico médico con enfoque desarrollador [Tesis]. Sancti Spiritus: Universidad de Ciencias Pedagógicas; 2013 [citado 16 Mar 2018]. Disponible en: http://tesis.repo.sld.cu/687/1/TESIS_DR_JOS%C3%89_DIAZ_Q.pdf
78. Hervada Vidal X, Santiago Pérez MI, Vázquez Fernández E, Castillo Salgado C, Loyola Elizondo E, Silva Ayçaguer LC. EPIDAT 3.0. Programa para análisis epidemiológico de datos tabulados. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2004 [citado 20 Ago 2018]; 78 (2): [aprox. 14 p.]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/resp/2004.v78n2/277-280/es>
79. Hernández Sampieri R. Metodología de la investigación. T. 2. La Habana: Editorial Ciencias médicas; 2006.
80. MINSAP. Informe Estadístico Panorama del Programa de Atención Materno Infantil. Municipio de Cienfuegos. Cienfuegos: MINSAP; 2016.
81. Pérez Cuéllar JG. Comportamiento de los accidentes en niños menores de quince años en dos Consultorios Médicos de Familia [Tesis]. Cienfuegos: Facultad de Ciencias Médicas "Raúl Dorticós Torrado"; 2008.
82. Dorta Figueredo M. Morbilidad por accidentes en menores de cinco años [Tesis]. Cienfuegos: Facultad de Ciencias Médicas "Raúl Dorticós Torrado"; 2009.
83. Jorna Calixto AR, Castañeda Abascal I, Véliz Martínez PL. Construcción y validación de instrumentos para directivos de salud desde la perspectiva de género. Horizonte Sanitario [Internet]. 2015 [Citado 12 octubre 2017]; 14(3): [aprox. 13 p.]. Disponible en: : <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457844966005>
84. Noriega VM, Pría Barros MC. Instrumento para evaluar el clima organizacional en los Grupos de Control de Vectores. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2011 [citado 12 Oct 2017]; 37(2): [aprox. 6 p.]. Disponible en : <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21418849004>
85. Baver Monteiro W. Análise de conteúdo clássico: uma revisão. In MW Baver e G Gaskell (Eds), Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes; 2002. p.189-217.
86. Martín-Crespo Blanco MC, Salamanca Castro AB. El muestreo en la investigación cualitativa. Nure Investigación [Internet]. 2007 [citado 20 Ago 2018]; (27): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://ceppia.com.co/Documentos-tematicos/INVESTIGACION-SOCIAL/MUESTREO-INV-CUALITATIVA.pdf>
87. Cabral IE. Prática de saúde e enfermagem. En: Teixeira E. Organizador, Desenvolvimento de Tecnologias Cuidativo-Educacionais. Porto Alegre: MORIÁ; 2017. p. 241-262.

88. Torres Esperón JM. Gênero e promoção de saúde da criança em idade escolar". [Tesis]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2017.
89. Baver Monteiro W. Análise de conteúdo clássico: uma revisão. En: Baver MW, Gaskell G, (Eds). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes; 2002. p. 189-217.
90. Peirce CS. Deducción, inducción e hipótesis. [Internet]. Navarra: Universidad de Navarra; 2009 [citado 20 Ago 2018]. Disponible en: <http://www.unav.es/gep/DeducInducHipotesis.html>
91. Teixeira E. Desenvolvimento de Tecnologias Cuidativo-Educacionais. Porto Alegre: Editora Moriá; 2017
92. Mayorga FMJ, Tójar HJC. El grupo de discusión como técnica de recogida de información en la evaluación de la docencia universitaria. Revista Fuentes [Internet]. 2004 [citado 20 Ago 2018]; 2(5): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://institucional.us.es/revistas/fuente/5/09%20el%20grupo%20de%20discusion.pdf>
93. Hamui-Sutton A, Varela Ruiz M. La técnica de grupos focales. Investigación Educ Médica [Internet]. 2013 Ene-Mar [citado 20 Ago 2018]; 2(5): [aprox. 16 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
94. Gomes Campos CJ, Turato ER. Análise de conteúdo em pesquisa que utilizam metodologia clínico-qualitativa: Aplicações e Perspectivas. Ver Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2009 [citado 20 Ago 2018]; 17(2): [aprox. 15 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000200019&lng=en&nrm=iso&tlng=es
95. Gondim SMG, Bendasolli PF. Uma crítica da utilização da análise de conteúdo Qualitativa em psicologia. Psicologia em Estudo [Internet]. 2014 [citado 20 Ago 2018]; 19(2): [aprox. 17 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722014000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
96. MINSAP. Indicaciones metodológicas No7/1998. Viceministro a cargo de la docencia y la investigación para el diseño y confección de la calidad de los exámenes escritos. La Habana: MINSAP; 2000.
97. Bonilla-Escobar FJ, Gutiérrez MI. Injuries are not accidents: towards a culture of prevention. Colomb Med (Cali). 2014 Sep 30;45(3):132-5. eCollection 2014 Jul-Sep. Review. PubMed PMID: 25386040; PubMed Central PMCID: PMC4225791.
98. Estrada Fonseca RDLC, Mendoza Molina A, Castillo Rivera JA, Martínez Rodríguez MDLÁ. Intervención comunitaria para la prevención de accidentes en niños. HumMéd [Internet]. 2014 [citado 09 Abr 2018]; 14(2): [aprox. 19 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v14n2/hmc12214.pdf>

99. Valero Valenzuela A, Conde Sánchez A, Delgado Fernández M, Conde Caveda JL. Construcción y validación de tres instrumentos para la evaluación técnica de la marcha atlética, salto de altura y lanzamiento de peso. *Motricidad. European Journal of Human Movement* [Internet]. 2004 [citado 02 Feb 2018]; 12: [aprox. 12 p.]. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ejhm/article/view/56176/34042>
100. Porcar Gómez ML, Matiello GS, Repetto AM. Proceso de creación y validación de un instrumento que evalúa la creatividad de escolares (VAI). *Revista electrónica de investigación y docencia REID* [Internet]. 2011 [citado 16 Mar 2018]; (5): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/reid/article/view/1057/892>
101. Córdova A, Moreno J, Stegaru M, Staff C. Construcción de un instrumento para evaluar competencias profesionales durante la formación preclínica en Medicina. *Inv Ed Médica* [Internet]. 2015 [citado 02 Feb 2016]; 4(15): [aprox. 23 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349741048006>
102. Damiani Cavero JS, VicedoTomey AG, Sierra Figueredo S, Fernández Asan A, Pernas Gómez M, Blanco Aspiazú MA, et al. Diseño y validación de un instrumento para valorar las funciones especiales en estudiantes de sexto año de la carrera de Medicina. *EducMedSuper* [Internet]. 2015 Mar [citado 02 Feb 2018]; 29(1): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421412015000100007&lng=es
103. Díaz Costa E, Fernández Cano A, Faouzi T, Henríquez CF. Validación del constructo subyacente en una escala de evaluación del impacto de la investigación educativa sobre la práctica docente mediante análisis factorial confirmatorio. *RIE* [Internet]. 2015 [citado 3 Mar 2018]; 33(1): [aprox. 24 p.]. Disponible en: revistas.um.es/rie/article/download/193521/170781
104. MINSAP. Carta Metodológica: Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Algunas cuestiones acerca del control de actividades docentes. Cienfuegos: Facultad de Ciencias Médicas; 1999.
105. Cordova Cango ML, DuyTenesaca A. Prevalencia y características de los accidentes en el Hogar que presentaron los niños menores de 5 años en la parroquia " El Valle" Cuenca 2013 [Tesis]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2013 [citado 20 Ago 2018]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4870/1/Tesis%20de%20Pregrado.pdf>
106. Benavides M. Accidentes evitables: lesiones de los niños y sus relaciones con los entornos sociales y familiares. En: *Espacio para la infancia. Las condiciones de vida: cómo influyen en la salud de los niños pequeños* [Internet]. Países Bajos: Fundación Bernard van Leer; 2012 [citado 20 Ago 2018]. Disponible en: <https://bernardvanleer.org/app/uploads/2016/03/Las-condiciones-de-vida-cmo-influyen-en-la-salud-de-los-nios-pequeos6de8.pdf>
107. Cusi Y. Característica de los accidentes domésticos [Tesis]. Cordova: Universidad Nacional de Córdoba; 2010.

108. Valero Guzmán L. Desarrollo de una herramienta educativa audiovisual dirigida a cuidadores de niños, para la prevención de accidentes domiciliarios en niños menores de 5 años [Tesis]. [Colombia]: Universidad Nacional de Colombia; 2014. Disponible En: <http://www.bdigital.unal.edu.co/12507/1/5599219.2014.pdf>
109. Santacruz Domínguez M, Alonso Uría RM, Rodríguez Alonso B, Ibargollen Negrin L, Campos Gonzales A. Manual didáctico para la prevención de lesiones no intencionales en hijos de madres adolescentes. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013.
110. Saigal S, Hoult LA, Streiner DL, Stoskopf BL, Rosenbaum PL. Schooldifficulties at adolescence in a regional cohort of children who were extremely low birth weight. *Pediatrics*. 2000 Feb; 105(2):325-31. PubMed PMID: 10654950.
111. Hack M, Youngstrom EA, Cartar L, Schluchter M, Taylor HG, Flannery D, Klein N, Borawski E. Behavioral outcomes and evidence of psychopathology among very low birth weight infants at age 20 years. *Pediatrics*. 2004 Oct; 114(4):932-40. PubMed PMID: 15466087.
112. de Kieviet JF, Piek JP, Aarnoudse-Moens CS, Oosterlaan J. Motor development in very preterm and very low-birth-weight children from birth to adolescence: a meta-analysis. *JAMA*. 2009 Nov 25; 302(20):2235-42. doi: 10.1001/jama.2009.1708. PubMed PMID: 19934425.
113. Saigal S, Stoskopf B, Streiner D, Boyle M, Pinelli J, Paneth N, Goddeeris J. Transition of extremely low-birth-weight infants from adolescence to young adulthood: comparison with normal birth-weight controls. *JAMA*. 2006 Feb 8; 295(6):667-75. PubMed PMID: 16467235.
114. Germania Pérez PM. Morbilidad por lesiones no intencionales en menores de 10 años, consultorio 14. Área V, 2013 [Tesis]. Cienfuegos: Facultad de Ciencias Médicas "Raúl Dorticós Torrado"; 2014.
115. Apostólico MR, Rife Nóbrega C, Nunes Guedes R, Godoy Serpa da Fonseca RM, Yoshikawa Egry E. Características da violência contra a criança em uma capital brasileira. *Revista Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2012 [citado 20 Ago 2018]; 20 (2): [aprox. 13 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_08
116. Fonseca Godoy Serpa da RM, Egry Yoshikawa E, Nóbrega Rife C, Apostólico MR, Oliveira Nunes Guedes de R. Recurrence of violence against children in the municipality of Curitiba: a look at gender. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [citado 20 Ago 2018]; 25(6): [aprox. 15 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000600011&lng=en.
117. Monteiro DT, Pires Jaeger F, Quintana AM, Arpini DM. Crimes sexuais: a outra face da infância e da adolescência. *Psicol Argum* [Internet]. 2012 [citado 20 Ago 2018]; 30(70): [aprox. 17 p.]. Disponible en: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/20065/19347>

118. Gessner R, Godoy SD, Fonseca RM, Nunes Guedes Oliveira R. Violência contra adolescentes: uma análise à luz das categorias gênero e geração RevEscEnferm USP [Internet]. 2014 [citado 20 Ago 2018]; 48(1): [aprox. 15 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt_0080-6234-reeusp-48-esp-104.pdf
119. Egry EY, Apostólico RM, Albuquerque LM, Gessner T, Godoy Serpa da Fonseca RM. Compreendendo a negligência infantil na perspectiva de gênero: estudo em um município brasileiro. RevEscEnferm USP [Internet]. 2015 [citado 20 Ago 2018]; 49 (4): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/pt_0080-6234-reeusp-49-04-0556.pdf
120. Gatica CI, Dri Ji, Cortesi V, Miranda D, Ubeda C, Waisman I. Opiniones, prácticas y conocimientos de pediatras sobre la prevención de lesiones no intencionales. Arch Argent Pediatr [Internet]. 2017 Dic [citado 9 Feb 2018]; 115(6): [aprox 17 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752017000600035&lng=es
121. Siqueira Barcelos R, et al. Acidentes por quedas, cortes e queimaduras em crianças de 0-4 anos: coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2004. CadSaúde Pública [Internet]. 2017 [citado 22 Mayo 2018]; 33(2): [aprox. 17 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n2/1678-4464-csp-33-02-e00139115.pdf>
122. Gonçalves Brito J, Pais Pedroso BR, Baccarat de Godoy Martins C. Accidentes domiciliares por forças mecânicas inanimadas em crianças, adolescentes e jovens. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2016 [citado 22 Mayo 2018]; 25 (2):[aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/714/71446259015/>
123. Fernández Ortega MA, El impacto de la enfermedad en la familia RevFacMed UNAM [Internet]. 2004 [citado 20 Ago 2018]; 47(6): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un046f.pdf>
124. Díaz Ruíz I, Juárez Mora M, Fernández Ortega MA, Hamui Sutton A. El “espanto” o “susto” en el medio popular y bajo el enfoque médico. Aten Fam. 2007;14(1):1-4.
125. Fiorentino JA, Molise C, Stach P, Cendrero P, Solla MM, Hoffman E, et al. Trauma en pediatría: Estudio epidemiológico en pacientes internados en el Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez". Arch Argent Pediatr [Internet]. 2015 Ene [citado 12 Feb 2018]; 113(1): [aprox 17 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752015000100004&lng=es
126. Waisman I, Zabala R, Ubeda C. Consenso sobre mobiliario infantil seguro: Versión abreviada. Arch Argent Pediatr [Internet]. 2016 Abr [citado 20 Ago 2018]; 114(2): [aprox. 14 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752016000200027&lng=es&nrm=iso&tlng=es
127. González García MC, Quirós Hernández JL, Cárdenas García R. Caracterización epidemiológica de las lesiones no intencionales en Villa Clara (2001-2012). Medicentro Electrónica [Internet]. 2015 Jun [citado 12 Feb 2018]; 19(2): [aprox. 6 p.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432015000200005&lng=es

128. Schnitzer PG. Prevention of unintentional childhood injuries. Am Fam Physician. 2006 Dec 1; 74(11):1864-9. Review. PubMed PMID: 17168342.
129. De Lima ICV, Pedrosa NL, Galvão MTG, Aguiar LDFP, Paiva SS, de Holanda ER. Accidentes domésticos e diagnósticos de enfermagem de crianças nascidas expostas ao HIV. Esc Anna Nery [Internet]. 2014 [citado 9 Abr 2018]; 18(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0215.pdf>
130. Suelve JM. Lesiones no intencionadas en la infancia y la adolescencia: Rompiendo el tópico de la mala suerte. En: Cuadernos Faros [Internet]. Barcelona: Edición: Faros Sant Joan de Deu [Internet. 2012 [citado 20 Ago 2018]. Disponible en: https://faros.hsjdbcn.org/sites/default/files/2n_informe_faros_-_castella.pdf
131. Gobierno de Aragón .Guía para la prevención de accidentes en la infancia. [Internet]. Aragón: Gobierno de Aragón; 2010 [citado 20 Ago 2018]. Disponible en: <http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/SaludPublica/Promoci%C3%B3nSalud/ServiciosSanitarios/GUIA-ACCIDENTES-INFANTILES.PDF>
132. Garzón Rodríguez NR. Las lesiones no intencionales un problema de salud publica. [Internet]. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2010 [citado 20 Ago 2018]. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49508/Muertes+Accidentales.pdf>
133. Santacruz Domínguez M, Castro Pacheco B.L, Machado Lubían Colectivo M.C, Álvarez Fumero R, Álvarez Valdez , et al. Manual de buenas prácticas para la prevención de lesiones no intencionales. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012
134. Organización Mundial de la Salud. UNICEF. Diviértete sin riesgo. [Internet]. New York: UNICEF; 2008 [citado 20 Ago 2018]. Disponible en: <http://www.childsafetyeurope.org/publications/europeanpolicy/info/have-fun-be-safe-es.pdf>
135. Estrada Ballesteros C, Escobar E, García Rubio P, Lorente Castro B. Guía para la prevención de accidentes escolares. [Internet]. Madrid: Comunidad de Madrid; 2008 [citado 20 Ago 2018]. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM009755.pdf>
136. De Mattos CX. Necesidades de saúde de familiares de crianças com leucemia: conversas e metáforas no itinerário de cuidados. [Tesis]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro: Centro de Ciências da Saúde; 2017 [citado 20 Ago 2018]. Disponible em: <http://objdig.ufrj.br/51/teses/858934.pdf>
137. Villa Rivas F, Aranda L. Saber de la familia y la drogadicción en Durango, México. Enferm Invest Desarro. 2013; 11(2): 96-119.
138. Aranda Moreno L, Barrueto Mires OL, Celis Esqueche RV, Chanamé Carretero L, Vera Mendoza GA. Las metodologías creativo-sensibles en la formación personal de los estudiantes de enfermería en la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Lambayeque

- (Perú). Revista Aladafe [Internet]. 2013 [citado 20 Ago 2018]; 3(1): [aprox. 19 p.]. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/59/las-metodologias-creativo-sensibles-en-la-formacion-personal-de-los-estudiantes-de-enfermeria-en-la-universidad-nacional-pedro-ruiz-gallo-lambayeque-peru/>
139. Vernier ETN. O Empoderamento de Cuidadoras de Crianças Com Necessidades Especiais de Saúde: Interfaces com o cuidado de Enfermagem. Orientadora: Ivone Evangelista Cabral. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro; 2007. 172 p.
140. Oliveira EM. Corpo-cidadania: a conquista da mulher. In: Regia M. Como trabalhar com mulheres. Rio de Janeiro: Vozes/lbase; 1988.
141. Alvim NAT. Práticas e saberes sobre o uso de plantas medicinais na vida das enfermeiras: uma construção em espiral.. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 1999164p.
142. Cordeiro DP. Construção e validação da dinâmica de criatividade e sensibilidade foto voz. Orientadora: Eliane Tatsch Neves. Trabalho de conclusão de curso de graduação [Enfermagem]. Santa Maria (RS). Universidade Federal de Santa Ma
143. Pierantoni LMM. (Des)caminhos do protetor da criança em situação de violência: subsídios para a ação da enfermagem de saúde. [Tesis de Maestria].Universidad Federal de Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery; 2007. p.185
144. Lorenzini E. Cultura de segurança do paciente: estudo com métodos mistos. [TesisDoctoral]. Porto Alegre: Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul UFRGS;2017 [citado 20 Ago 2018]. Disponible en: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/158408/001021843.pdf?sequence=1&isAllo wed=y>
145. Fernández Brizuela. E.J, Álvarez Lamas R, Alum Bárcenas J. Intervención educativa en la prevención de accidentes del hogar en menores de 18 años. Cienc. enferm. [Internet]. 2015 Dic [citado 2018 Oct 05] ; 21(3): 23-36. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000300003 &Ing=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000300003>

OTRAS BIBLIOGRAFÍAS CONSULTADAS

Ayala Valenzuela R, BeateMessingGrube H, Toro-Arévalo S. El sentido didáctico del "Aprendizaje Basado en Problemas" en la educación médica. Educ Med Super [Internet]. 2011 Sep [citado 2016 Ago 17]; 25(3): 344-351. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412011000300012&lng=es

Baños Sánchez D, García Martínez A, Prat Ribet I, Martínez Morejón Yoaly de las Mercedes, Amador Hernández Yurien. La calidad en el desempeño de enfermería en la cirugía endoscópica. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2015 Abr [citado 2016 Ago 17]; 19(2): 232-243. Disponible en http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000200008&lng=es

Bustos Córdova E, Cabrales Martínez RG, Cerón Rodríguez M, Naranjo López MY. Epidemiología de lesiones no intencionales en niños: revisión de estadísticas internacionales y nacionales. Bol. MedHospInfantMex [Internet]. 2014 Abr [citado 17 Mar 2016]; 71(2): [aprox. 17 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462014000200002&lng=es

Bolívar López Juan M, Rojas Velázquez F. Estudio de la autopercepción y los estilos de aprendizaje como factores asociados al rendimiento académico en estudiantes universitarios. Revista de Educación a Distancia [Internet]. 2015; Disponible en: <http://revistas.um.es/red/article/view/237781>

Bello Fernández NL. Fundamentos de enfermería. Parte I. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006

Bolívar López JM, Rojas Velázquez F. Estudio de la autopercepción y los estilos de aprendizaje como factores asociados al rendimiento académico en estudiantes universitarios. Revista de Educación a distancia. Numero 44.15 Nov-2014 <http://www.um.es/ead/red/44>

Fidalgo Cerviño E. Conocimiento construido con la participación activa del alumno. Proyecto de Innovación y Mejora de la Calidad Docente. Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid; 2014.

Martínez Pérez M, Gutiérrez Higuera H, Alonso Cordero M, Hernández Rodríguez L. Conocimientos de un grupo de madres sobre prevención de accidentes en el hogar. Revista de Ciencias Médicas de La Habana [Internet]. 2015 [citado 17 Mar 2016]; 21(2): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=5&sid=907b58b72b4f4dd4be808b68a0f6ad43%40sessionmgr4004&hid=4109&bdata=Jmxbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=111212074&db=lth>

Miyazaki MY, Caliri MH, Santos CD. Conocimiento de los profesionales de enfermería sobre prevención de la úlcera por presión. Rev. Latino-Am Enfermagem internet. 2010; 18(6): 1-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/>

Martínez Isaac JA. Diseño por competencias del diplomado en enfermería clínico-quirúrgica [tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Pedagógicas “Enrique José Varona”; 2011. 10.

Onís González E, Varona Pérez I, Gil Pérez M, Felici C, Embid Pardo P. Lesiones no intencionadas en el centro escolar: ¿de qué estamos hablando? Rev Pediatr Aten Primaria. 2015; 17: 333-9

Pereira da Silva Reichert A, Collet N, Helena Eickmann S, Carvalho Lima Maria De. Vigilancia del desarrollo infantil: estudio de intervención con enfermeros de la Estrategia Salud de la Familia. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2015 [citado 27 de agosto 2017]; 23(5): 954-952 p. Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae

Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, Hyder AA, Branche C, Rahman A, Bartolomeos K. (2012). Informe mundial sobre prevención de las lesiones en los niños. Washington, DC: WHO; 2012. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77761/1/9789275316566_spa.pdf

Zoni AC, Domínguez Berjón MF, Esteban VasalloMD, Regidor E. Lesiones atendidas en atención primaria en la Comunidad de Madrid: análisis de los registros en la historia clínica electrónica. GacSanit [Internet] 2014 [citado 05 Feb 2016]; 28(1): [aprox. 30 p.]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es#!/content/journal/1-s2.0-S0213911113001337>

ANEXOS

ANEXO 1

Consentimiento informado

Yo, Yanet Blanco Fleites, de nacionalidad cubana con C.I.:76122209639, realizo una investigación cuyo título es: Intervención de enfermería para la prevención de lesiones no intencionales en la infancia. Municipio de Cienfuegos.

Con el objetivo de evaluar, el nivel de conocimientos que tiene el personal de enfermería de los equipos básicos de salud (EBS) sobre lesiones no intencionales en la infancia se diseña y valida un test de conocimientos con 20 preguntas, dividido en tres ejes temáticos.

Le solicitamos a usted el consentimiento informado para la participación en la investigación anticipándole que la misma no tiene fines de lucro, solo investigativo. Como podrá apreciar el test de conocimientos es anónimo y si desea participar en el estudio, es necesario su consentimiento voluntario e informado.

Por la atención que preste, le anticipo mi agradecimiento.

_____.

Yanet Blanco Fleites.

Investigadora

_____,

Enfermero/a del EBS

ANEXO 2

Consentimiento Informado

Yo _____, madre/padre de familia del niño\la _____, estoy de acuerdo en participar en la investigación titulada: “Intervención de enfermería para la prevención de lesiones no intencionales en la infancia. Municipio de Cienfuegos” previa explicación por parte de la enfermera del Consultorio Médico de la Familia.

Se me ha informado que los resultados obtenidos serán confidenciales y de ninguna manera afectará la integridad de mi niño\la. Me han comunicado que en cualquier momento puedo retirarme de la investigación sin que sea necesario explicar las causas.

Y para que así conste y por mi libre voluntad, firmo el presente consentimiento, junto la enfermera que me ha dado las explicaciones.

Cienfuegos, a los ____ días del mes de _____ del año 20____.

Nombre y firma del tutor del niño\la

Nombre y firma de la enfermera

ANEXO 3



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD
CIENFUEGOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A directora de Educación municipal de Cienfuegos:
Msc. Bárbara Roque

Yo, Yanet Blanco Fleites de nacionalidad cubana, con CI: 76122209639 doctorando en ciencias de la Enfermería, me encuentro realizando mi proyecto investigativo con el tema: Riesgo de lesiones no intencionales en la infancia. Intervención de Enfermería en la comunidad. Municipio Cienfuegos.

Solicito a usted autorización para trabajar junto a las promotoras del Programa Educa a tu hijo, de los consejos populares: La barrera, Tulipán, Pastorita-Oburke y Castillo- CEN.

En las actividades conjuntas se realizaran técnicas cualitativas y se aplicara el método creativo del arte para la elaboración de materiales educativos que ayuden a promover el trabajo comunitario para disminuir las lesiones no intencionales en el hogar, primera causa de muerte en Cuba en la primera infancia. Cabe destacar que dicho estudio no tiene ningún fin de lucro sino el lograr la prevención de accidentes altamente evitables en infantes de dichas edades.

Por la atención que le preste a la presente le anticipo mi agradecimiento.

Atentamente

Msc. Yanet Blanco Fleites

[Firma manuscrita]
Licda. Yanet Blanco Fleites
R.P. 90115 MSc. Enfermería
Municipio de Cienfuegos

*Profe todo lo que permita
desarrollar acciones de interven-
ción para el logro de elevar los
niveles de seguridad de la infancia.*



ANEXO 4

Consentimiento informado

Padre/Madre/tutor

Usted está siendo convidado a participar de manera voluntaria en el proyecto de investigación: Intervención de enfermería para la prevención de lesiones no intencionales en la infancia. Municipio de Cienfuegos. Este proyecto da salida a una tesis de grado, de doctora en ciencias de la enfermería de la doctorando Yanet Blanco Fleites, de la Facultad Lidia Doce, de la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, bajo la orientación de la Dr.C. Maricela Torres Esperón. Este estudio está justificado por ser las lesiones no intencionales, la primera causa de muerte en Cuba en los niños de 1 a 4 años. La investigación, establece el diseño de una intervención de enfermería para trabajar el riesgo de lesiones no intencionales en la infancia. Se trabajara junto al Programa “Educa a tu hijo” previo consentimiento informado de la máxima autoridad del sector educacional en el territorio.

El pronóstico de duración de este campo de investigación es aproximadamente ocho semanas, con el final previsto para Marzo de 2018. Sus respuestas serán tratadas de una manera anónima y confidencial, en cualquier momento en que será divulgado su nombre solo serás con previa autorización. Toda la información relacionada con la investigación será estrictamente confidencial y se mantendrá reservada, donde solo los investigadores (doctorando y tutora) involucrado en el estudio tendrán acceso. Su participación es voluntaria en el caso de que él/ella no quieren participar o cambiar de idea en cualquier momento o si desea retirarse del estudio, no necesitaran justificar su decisión, ni será dañado (él/ella) en su atención médica.

Su participación no es obligatoria y constará de varios momentos secuenciales. En el primero vamos juntos a dibujar el lugar y las personas (un mapa hablante) que lo ayudaron en la solución

del problema de salud de la niña/o, cuando sentía que algo diferente con ella /él le ocurrió. Otro momento vamos a narrar, el contexto donde ocurrió la lesión y las personas en la vida del niño que estaban presentes, y que ayudaron a resolver del problema de salud que presento (la narrativa). La conversación será grabada previo consentimiento en equipo de grabación digital, para la transcripción siguiente. Su contenido será guardado por cinco años y eliminado después de este período.

Y para que así conste firma este documento

Firma del participante. _____

Firma del investigador. _____

ANEXO 5

Estimado profesional:

Se está realizando una investigación aprobada por el Consejo Científico del Municipio Cienfuegos titulada: “*intervención de enfermería para la prevención de lesiones no intencionales en la infancia. Municipio de Cienfuegos*”. Como parte de su ejecución se requiere valorar los conocimientos que poseen el personal de enfermería para trabajar el riesgo de lesiones no intencionales en la comunidad. Su colaboración en este sentido resulta de vital importancia por lo que agradeceríamos si está de acuerdo en participar, nos responda las siguientes preguntas. Como puede observar este instrumento es anónimo y sus resultados solo serán utilizados con fines científicos.

Datos generales:

Experiencia Laboral en la APS-----

Categoría científica -----

1. Marque con una X la respuesta correcta. Las *lesiones no intencionales* son:

- a) ____Resultado de un defecto de prevención o seguridad, con los instrumentos u objetos de bienes de uso.
- b) ____Lesiones que deben ser abordadas desde sus consecuencias, al no ser prevenibles.
- c) ____Acontecimiento fortuito, provocado por una fuerza exterior que actúa rápidamente y se manifiesta por daño físico o mental.
- d) ____Cadena de eventos y circunstancias que llevan a la ocurrencia de una lesión no intencional.
- e) ____Acción o suceso eventual que altera el orden regular de las cosas de modo involuntario del cual resulta daño para las personas o las cosas.

2. Las primeras *causas* de ingreso por lesiones no intencionales en la atención secundaria se encuentran reflejadas en la columna **A**. Enlace su respuesta con los conceptos que se encuentran en la columna **B**.

Columna A

Columna B

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1. Traumas | a) Daño que produce dolor abdominal, vómitos, diarreas y estado de sopor. |
| | b) Heridas que poseen características tridimensionales. |
| 2. Broncoaspiración | c) Exposición del cuerpo humano a una agente mecánico de orden externo. |
| | d) Producen estrés postraumático e incapacidades. |
| 3. Quemaduras | e) Lesiones producidas en los tejidos por agentes químicos. |
| | f) Introducción accidental de objetos en vías aéreas. |
| 4. Intoxicaciones y envenenamientos | |

3. Los *traumas* producen lesiones no intencionales de distintas características, de acuerdo con la intensidad que actúa sobre el cuerpo. Complete según corresponda:

- a) La solución de continuidad en el hueso producida por un trauma recibe el nombre de-----
- b) Cuando los vasos capilares dañados por el trauma son de mayor tamaño derramándose una mayor cantidad de sangre, lo que puede infiltrarse en el tejido celular subcutáneo y en los músculos recibe el nombre de-----
- c) La rotura producida en los tejidos que afectan la piel y también los tejidos vecinos se denominan-----
- d) Cuando los vasos capilares pequeños se rompen en la piel se observa una -----
- e) La pérdida de las relaciones anatómicas de una articulación se denomina-----

4. La consulta de puericultura que realiza el profesional de Enfermería a las niñas/os mayores de un año consta de 7 componentes. Mencíónelos y precisa en cuáles trabajarías para evitar las lesiones no intencionales.

5. Las *fracturas* se clasifican según se interese todo el espesor del hueso o sólo una parte del él. De acuerdo a esto complete los espacios en blanco según corresponda.

- a) Las fracturas completas pueden sé-----, transversas, oblicuas y-----
- b) En las incompletas encontramos las llamadas -----que se observan en los huesos largos y planos.
- c) Atendiendo a la posición que adoptan los fragmentos del hueso después de producir rotura pueden clasificarse en: cabalgadas, -----, inclinadas entre otras.

d) Si una fractura comunica al exterior pueden ser -----, abiertas o complicadas.

6. Ante la presencia de una fractura, establece las acciones independientes por orden jerárquico. Marque con una X.

- a) ☐ Trasladar a la niña/o para realizar rayos X o quirófano según lo requiera.
- b) ☐ Inmovilizar el miembro afectado en caso de que no lo esté.
- c) ☐ Cubrir las heridas si existen.
- d) ☐ Aliviar el dolor.
- e) ☐ Canalizar vena profunda para reponer volemia perdida en caso de hemorragias.
- f) ☐ Evaluación integral al niño.

7. En relación a las heridas señale si los siguientes cuidados son Verdaderas (V) o Falso (F) según corresponda.

- a) ☐ Ante una herida lo primero que se hace es colocar un apósito y vendar para mantenerlo fijo.
- b) ☐ Las heridas contusas son las producidas por un instrumento romo o por caídas contra el suelo.
- c) ☐ La cicatrización de las heridas comprende una serie de fases: inflamatoria, epitelización, celular, proliferativa y de maduración.
- d) ☐ Las heridas abiertas es una lesión en los tejidos internos sin rotura en la piel o en la membrana mucosa.
- e) ☐ En el tratamiento de las heridas punzantes hay que presionar suavemente hasta que sangre, con el objeto de que arrastre hacia afuera cualquier sustancia que pueda contaminarla.
- f) ☐ La cicatrización de las heridas puede hacerse de dos formas: por primera intención (unión primaria) o por segunda intención (unión por granulación).

8. La visita domiciliaria es con frecuencia la actividad básica de la enfermera en la comunidad. Mencione los componentes de la misma y el actuar de Enfermería en cada uno de ellos, para evitar las lesiones no intencionales en la infancia.

9. Para evitar las lesiones no intencionales existen factores protectores, marque con una X las respuestas correctas.

- a) ☐ Aislamiento geográfico
- b) ☐ Afecto

- c) ___ Lesiones a repetición
- d) ___ Participación de toda la familia en su cuidado
- e) ___ Atención a problemas nutricionales y enfermedades frecuentes
- f) ___ Ambiente saludable y estimulante
- g) ___ Antecedentes de destete prematuro, problema en su alimentación

10. Ejemplifique como se ponen de manifiesto los factores de riesgos que son inherentes a la familia que pueden llevar a desencadenar una lesión no intencional en la infancia.

11. Teniendo en cuenta lo que plantea el Programa de prevención de accidentes conteste Verdadero (V) o Falso (F) según corresponda.

- a) Los accidentes constituyen un serio problema no solo de salud, sino económico y social.
- b) El programa de Prevención de Accidentes se desarrolla en algunas provincias de manera permanente con reajustes periódicos.
- c) La segunda causa de mortalidad preescolar son los accidentes.
- d) El Programa de Prevención de Accidentes se aplica en las etapas productivas de las personas.
- e) La tasa de morbilidad por accidentes esta sub registrada, lo que es difícil conocerla.
- f) Los años potenciales de vida perdidos por accidentes se calcula sobre la base de 1 a 74 años.

12. En relación al programa de prevención de accidentes, vincule la columna A con la B según las aseveraciones siguientes

A	B
1. Objetivo general	a) -- --- CMF, Hogares de Impedidos físicos, Círculos Infantiles.
2. Organismos encargados de promoverlo	b) ---- Contribuir a la disminución de la morbilidad.
3. Instituciones responsables de aplicarlo	c) ---- Establecer la semana de prevención de accidentes en la comunidad.
4. Actividades específicas	d) ---- MINED, FMC, CDR, FEEM, Pioneros

5. Objetivo específico
accidentado.

e) -----Mejorar la calidad de atención integral al

f) -----Incrementar el nivel de conocimientos sobre la
prevención de accidente en la comunidad.

13. Las lesiones no intencionales son un problema de salud que hay que examinarlos con el mismo criterio epidemiológico que se aplica a una enfermedad infecciosa. Marque con una X la respuesta correcta.

1. ____ El huésped en las lesiones no intencionales son los niños en proceso de crecimiento y desarrollo, por lo cual varían con la edad.
2. ____ El agente puede ser con más frecuencia de naturaleza física o química.
3. ____ Los accidentes comprenden los factores agente, huésped, ambiente físico y químico.
4. ____ Los lugares del ambiente físico cambian en la medida que el niño amplía su radio de acción, así como los objetos que logra manipular o se pone en contacto con ellos.

14. La promoción de salud tiende a prevenir la enfermedad a largo plazo. ¿En las lesiones no intencionales que tipo de prevención utilizaría y fundamente su respuesta?

15. ¿Cuáles son los sitios más frecuentes de ocurrencia de las lesiones no intencionales en niños de 1 a 4 años? Marque con una X las respuestas correctas.

1. ____ En la escuela
2. ____ De trabajo
3. ____ Domésticos
4. ____ De tránsito
5. ____ Peri domésticos

16. Las lesiones no intencionales están entre las primeras causa de muerte en la infancia cubana. En qué etapa del PAE educarías a la familia para la prevención de lesiones no intencionales.

17. En la entrevista de Enfermería se conocen los riesgos de lesiones no intencionales y orientamos a los tutores para prevenirlas. Marque Verdadero (V) o Falso (F) según corresponda

- a) ☐ Las preguntas que se le realizan a los familiares pueden sugerir respuestas y ser inquisitivas.
- b) ☐ Preparar previamente un pequeño quión que sirva para conducir la conversación hacia los riesgos que presenta el hogar o la comunidad, previa valoración.
- c) ☐ Considerar expresiones no verbales, tono de voz, no expresar apuros para escuchar a los tutores desde el punto de vista psicológico.
- d) ☐ En las expresiones verbales se debe realizar solo preguntas cerradas.
- e) ☐ Escuchar de manera activa lo referido por tutores o familiares sobre el desarrollo del niño.

18. Señale cuales son las necesidades que pueden influir en la producción de las lesiones no intencionales en niños y niñas, según Richard Kalish.

19. En la etapa inicial del PAE se recoge toda la información que el familiar puede ofrecer desde diferentes tipos de fuentes e incluyen varios elementos. Marca con una X las respuestas correctas.

- a) ☐ Establecer prioridades para formular objetivos reales o de riesgo potenciales de lesiones no intencionales.
- b) ☐ Observación de Enfermería en cuanto al funcionamiento familiar y al entorno.
- c) ☐ Se establece el plan de cuidados encaminados a las expectativas y diagnósticos trazados.
- d) ☐ Datos de la Historia clínica familiar o individual son esenciales para establecer posibles diagnósticos.
- e) ☐ Entrevista de Enfermería con el fin de conocer los riesgos inherentes a la familia, al niño y otros datos que puedan aportar para establecer el plan de cuidados.
- f) ☐ Identificación de los datos objetivos y subjetivos
- g) ☐ Formulación de expectativas de forma real y objetiva que sean medibles y alcanzables
- h) ☐ Establecimiento de los diagnósticos de Enfermería.

20. En la etapa de intervención del PAE se establecen modos de actuación del personal de Enfermería.

Marque con una X como trabajarías el riesgo de lesiones no intencionales en la comunidad.

1. ____Orienta y hace demostración de la cura del ombligo.
2. ____Indica cómo debe de ser la higiene del hogar, la cuna y los utensilios que utiliza el niño.
3. ____La enfermera del consultorio realiza visita domiciliaria junto al sicólogo del equipo básico de salud.
4. ____Atención directa al niño lesionado.
5. ____La enfermera supervisa a la brigadista sanitaria de la federación de mujeres cubanas o responsable de salud de los comités de defensa de la revolución las acciones realizadas de educación para la salud.
6. ____En el terreno integrador, orientar a la familia los posibles lugares de lesiones no intencionales en la vivienda.

ANEXO 6

Tabla 1. Nivel de conocimientos según el personal de enfermería de los EBS

Área	Total de enfermeros por área de salud.	Desaprobados	%
V	22	21	95.5
VI	9	5	55.6
VII	14	10	71.4
Total	45	36	80

ANEXO 7



UNIVERSIDAD DE
CIENCIAS MEDICAS
"Dr. Raúl Dorticós Torrado"

CURSO DE SUPERACIÓN

Cuidados enfermeros en la prevención y diagnóstico de Lesiones no intencionales en edades pediátricas

Cantidad de Horas: 308 . (132 presenciales + 176 no presenciales)

Total de créditos académicos: 6

Modalidad: Semi - Presencial.

Tiempo de Duración: 20 semanas

Coordinador: MsC Yanet Blanco Fleites. Categoría docente: Asistente

Otros profesores:

Esp: Miriam Costa Cruz. Categoría docente: Asistente A-V

Esp: Marlen Estela Llanes Asistente A-VI

MsC: Ana Cristina Quesada Placeres Asistente A-VII

Fecha de inicio: 1 de Abril de 2016

Fecha de terminación: 3 de Junio de 2016

Dirigido a:

Licenciados en enfermería y técnicos que trabajen en la APS

Sede: Policlínico Área I, José Luis Chaviano

Sede: Policlínico Área V. Manuel Píti Fajardo de Cienfuegos.

Sede: Policlínico Área VI. Ramón Claudio Delgado Amestoy.

Sede: Policlínico Área VII. Juan José Apollinaire Pennini

Fundamentación

La infancia a nivel internacional, enfrenta en la actualidad considerables amenazas, entre las que se destacan los conflictos armados, el hambre, las enfermedades infecciosas y el maltrato infantil. Estos peligros ponen en riesgo el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, especialmente el número 4 relacionado con la supervivencia infantil. Durante el año 1995 se implanta un Programa Nacional de prevención de accidentes en menores de 20 años. A tono con esto el Programa para la prevención de accidentes desarrollado por la dirección materno infantil, la dirección nacional de tránsito y UNICEF, tiene como objetivo reducir la morbilidad y mortalidad por lesiones no intencionales en la infancia y la adolescencia, sentando las bases para la prevención a lo largo de la vida. Entre sus actividades fundamentales está la de brindar información relacionada con la prevención de aquellos entornos en los que se desenvuelve la población infantil y adolescente. Años atrás se empleaba la palabra accidente, la cual es científicamente imprecisa, tiene un significado de algo casual, debido a la suerte, al azar. No obstante, cuando se tiene en cuenta que puede ocurrir, pues son mayores las posibilidades de evitarlos, o al menos disminuir la gravedad de sus efectos. El termino *lesiones no intencionales* resulta poco utilizado fuera del ámbito científico, pero así es como actualmente se prefiere denominar a los accidentes. Es por ello que hoy en día se prefiere hablar de *lesión no intencional* porque lo accidental del accidente no radica en su ocurrencia, sino en sus consecuencias. De hecho, lo que es un problema de salud pública son las lesiones y no los accidentes, que si no produjeran lesiones, serían un problema de mecánicos e ingenieros, y ellos serían los responsables de prevenirlos. El profesor José Jordán Rodríguez enseñó que los accidentes no son tan inevitables ni tan accidentales. Pasado el primer año de vida los peligros potenciales aumentan. Los preescolares entre uno y cuatro años son muy curiosos y tienden a explorar todo lo que les rodea. Los factores negativos que tiene el niño en los cinco primeros años de vida son: carencias de coordinación, curiosidad y compulsión.

En Cienfuegos hubo una morbilidad siendo el municipio con mayores índices de atención secundaria, las 8 áreas de salud atendieron en el 2015 más de 286 niños lesionados representando un 3.8% de la población infantil en este grupo de edades. La organización y adecuada provisión de estos cuidados enfermeros para la prevención de la lesiones no intencionales no es una utopía, ni siquiera una meta a la cual puede llegarse sólo parcialmente, es una realidad que puede y debe alcanzarse por el personal de Enfermería en la comunidad.

Perfil del Egresado

Los egresados estarán capacitados para trabajar el riesgo de lesiones no intencionales en niños y niñas, ya que tendrán conocimientos teóricos y habilidades prácticas que le permitirán un adecuado manejo de las familias con mayores riesgos a sufrir sus niños lesiones no intencionales.

Requisitos de Admisión:

- 1- Solicitud de Ingreso.
- 2- Título de graduado de Técnicos o Licenciados en Enfermería.
- 3- Carta del centro laboral con autorización del Jefe inmediato para asistir a los encuentros y cumplir con las exigencias del curso.

Objetivo general

Capacitar a los enfermeros que laboren en los equipos básicos de salud para trabajar el riesgo de lesiones no intencionales en niños y niñas

Objetivos Específicos

1. Modelar conocimientos en cuanto a lesiones no intencionales en niños y niñas
2. Reconocer los elementos distintivos de las lesiones no intencionales, su concepto y epidemiología
3. Implementar los tipos de comunicación en la entrevista, en la educación y el trabajo comunitario.

4. Analizar los diferentes aspectos a tener en cuenta para la realización de la visita al hogar, incluidas las funciones del personal de Enfermería dentro de la visita, con énfasis en la utilización de la técnica del maletín o su sustituto
5. Identificar las causas primarias de ingreso a la atención secundaria por lesiones no intencionales y los cuidados enfermeros de las mismas.
6. Adquirir habilidades para trabajar el riesgo de Lesiones no intencionales en la comunidad
7. Aplicar los conocimientos de la vigilancia, que permita realizar un diseño, evaluación y pronóstico adecuado del problema en Salud
8. Implementar estrategias para el control de familias vulnerables partiendo del análisis de situación de salud y saber evaluarlas para su control.
9. Desarrollar el programa de prevención de accidentes en menores de 20 años en los CMF
10. Describir algunos Modelos de Enfermería para favorecer la promoción de Salud
11. Desarrollar conocimientos acerca de la consulta de puericultura en niños y niñas menores de 5 años.
12. Desarrollar acciones para brindar los cuidados continuos con familias disfuncionales en equipo multidisciplinario.
13. Identificar las principales riesgos en la Visita domiciliaria a los niños y sus tutores en el hogar y la comunidad
14. Aplicar PAE en niños/as con riesgo de lesiones no intencionales y familia.

Relación de Cursos:

No	TEMAS	Encuentros en que se impartirá	Horas		
			Presenciales	No Presenciales	Total
1	Tema 1. Lesiones no intencionales en niños y niñas menores de 5 años	2	8 4 Conf 16 ET	8	16
2	Tema 2. Comunicación y entrevista de Enfermería	1	8 4 Conf 16 ET	16	24
3	Tema 3. Visitas domiciliarias. Aspectos organizativos. Factores de riesgo a trabajar en el hogar	1	8 4 Conf 4 ET	12	20
4	Tema 4. Causas principales de morbilidad de Lesiones no intencionales.	2	16 8 Conf 8 ET	32	48
5	Tema 5. Programa de prevención de accidentes en menores de 20 años	3	16 8 Conf 8 ET	24	40
6	Tema 6. El desarrollo de Teorías y Modelos.	2	20 12 Conf 8 ET	24	44
7	Tema 7. Promoción y Prevención de accidentes.	1	12 4 Conf 8 ET	12	24
8	Tema 8. Consulta de puericultura en niños y niñas menores de 5 años. Aspectos fundamentales a medir	4	32 16 Conf 16 ET	16	48
9	Tema 9. Proceso de atención de Enfermería en la familia.	2	20 4 Conf 16 ET	32	52
10	Evaluación final	2	8	-	4
	Total	20	132	176	308

Contenidos por TEMAS

Tema 1 Lesiones no intencionales en niños y niñas menores de 5 años.

Objetivo: Fundamentar las políticas que respaldan la seguridad y protección en la infancia, especialmente lo relacionado con las Lesiones no intencionales, para contribuir a una cultura preventiva.

1:1 Derechos de los niños y niñas en Cuba. Objetivos de desarrollo del Milenio (ODM).

1.2 Mortalidad y Morbilidad por lesiones no intencionales.

1.3. Concepto de Lesiones no intencionales.

1.4 Epidemiología de los accidentes. Agente, Huésped y Ambiente: Físico y Humano.

Tema 2 Comunicación y entrevista de Enfermería.

Objetivo: Demostrar en su desempeño cotidiano una comunicación asertiva, para contribuir a cultivar competencias profesionales.

2:1 Concepto de comunicación. Modelos de comunicación.

2:2 Tipos de comunicación.

2:3 Comunicación, educación y trabajo comunitario.

2.5 Comunicación formal e informal .Comunicación persuasiva. Comunicación Educativa.

2:6 Entrevista de Enfermería.

Tema 3 Visitas domiciliarias. Aspectos organizativos. Factores de riesgo a trabajar en el hogar

Objetivo: Analizar los aspectos intervinientes en la visita al hogar, en aras de orientar a los padres, para contribuir a la prevención de las lesiones no intencionales.

3:1 Concepto y componentes de la visita domiciliaria.

3.2 Factores a trabajar con la familia para prevenir las lesiones no intencionales en el hogar.

Tema 4. Causas principales de morbilidad de Lesiones no intencionales.

Objetivo: Caracterizar los tipos de Lesiones no intencionales, para contribuir al conocimiento de las causas principales de morbilidad.

4:1 Traumas. Concepto, Signos y síntomas. Tipos de traumas. Medidas preventivas. Cuidados enfermeros.

4:2 Fracturas. Concepto, clasificación, síntomas. Medidas preventivas. Medidas generales ante una fractura. Cuidados enfermeros.

4:3 Heridas. Concepto, clasificación. Medidas preventivas. Medidas generales ante una herida. Cuidados enfermeros.

4:4 Quemaduras. Concepto, causas, clasificación. Medidas preventivas. Medidas generales ante un quemado. Cuidados enfermeros.

4:5 Intoxicaciones o Envenenamiento. Concepto, vías de entrada de los venenos, síntomas más frecuentes. Medidas preventivas. Medidas generales ante intoxicados o envenenados. Cuidados enfermeros.

4:6 Cuerpos extraños en la garganta o vías respiratorias. Concepto. Asistencia de urgencia. Maniobra de Heimlich. Medidas preventivas.

Tema 5 Programa de Prevención de accidentes en menores de 20 años.

Objetivo: Orientar el programa Prevención de accidentes en menores de 20 años, para contribuir a divulgar su implementación, promoción segura y disminuir el riesgo.

5:1 Objetivos generales y específicos del Programa de prevención de accidentes.

5:2 Actividades a realizar por los enfermeros en la comunidad para disminuir el riesgo de lesiones no intencionales. Intersectorialidad.

Tema 6: El desarrollo de Teorías y Modelos.

Objetivo: Contrastar las diferentes teorías y modelos, relacionadas con la promoción e interacción, para contribuir a la asunción de la que considere más contextualizada.

6:1 Teorías y Modelo de promoción de salud. Nola J Pender.

6:2 Teorías y Modelo de interacción padre-hijo. Kathryn E Barnard.

Tema 7 Promoción y Prevención de Lesiones no intencionales. Calidad de la atención y calidad de vida del paciente necesitado de estos cuidados.

Objetivo: Socializar los resultados de investigaciones relacionadas con la promoción de Lesiones no intencionales, para contribuir a una cultura preventiva.

7:1 Niveles de prevención y tipos de prevención.

7:2 Programa de pediatría orientado a la promoción y la prevención en etapa preescolar.

Tema 8 Consulta de puericultura en niños y niñas menores de 5 años. Aspectos fundamentales a medir.

Objetivo: Demostrar en las consultas de puericultura los siete componentes, para contribuir al perfeccionamiento en su desempeño profesional.

8:1 Componentes de la consulta de puericultura.

8:2 Desarrollo de cada componente.

Tema 9. Proceso de atención de Enfermería en la familia.

Objetivo: Demostrar las etapas del método científico, para contribuir con su ejemplaridad a las acciones preventivas de lesiones no intencionales.

9:1 Etapas del proceso de atención de Enfermería: Valoración, Intervención y Evaluación.

9:2 Acciones independientes de Enfermería a la familia de los niños y niñas con riesgo de lesiones no intencionales.

Tema 10: Evaluación final

Sistema de Evaluación:

Se realizarán evaluaciones frecuentes; la calificación será cualitativa

Evaluación final: consistirá en examen teórico

Estrategia Docente:

El proceso docente se desarrollará de manera semi – presencial; las clases se impartirán los jueves de 1 a 4 pm y los sábados de 8 a 12 m participarán en actividades prácticas en la

comunidad, a las familias de los niños de 1 a 5 años que tienen riesgo de sufrir lesiones no intencionales de los diferentes CMF en 20 semanas, a través de conferencias y con el apoyo de medios informáticos, la televisión y/o el vídeo. Este se caracterizará por ser activo y dinámico, desarrollando técnicas participativas, con etapas de clases prácticas y educación en el trabajo, para la adquisición de conocimientos y habilidades en el saber hacer y el aprender haciendo.

Medios de Enseñanza:

Se utilizarán pizarrón, láminas, videos para las clases, computadora, alumnos modelo y otros medios acorde a las condiciones reales. En las clases prácticas trabajarán con familias con riesgo de que sus niños o niñas de 1 a 4 años sufran lesiones no intencionales en el hogar o en la comunidad a la cual pertenecen y a su CMF.

Bibliografía básica

1. Hernández Sánchez M. Prevención de lesiones no intencionales: experiencias con adolescentes. La Habana: Editorial Lazo Adentro; 2013.
2. Román Lafont J. La negligencia como factor de riesgo en la producción de lesiones accidentales en niños pequeños [Tesis]. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas; 2007.
3. Santacruz Domínguez M, Alonso Uría RM, Rodríguez Alonso B, Ibargollen Negrin L, Campos Gonzales A. Manual didáctico para la prevención de lesiones no intencionales en hijos de madres adolescentes. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013.
4. Jordán Rodríguez JR, Valdez Lazo F. Promoción, prevención y accidentes. En: De la Torre Montejo E, Pelayo González-Posada EJ. Pediatría. T. 1. La Habana: ECIMED; 2006. p. 153-164.
5. Colectivo de autores. Manual de buenas prácticas para la prevención de lesiones no intencionales en el hogar. La Habana: Ministerio de Educación; 2012.

6. Hernández Sánchez M, Valdés Lazo F, García Roche R. Lesiones no intencionales. Prevención en adolescentes. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
7. Dorta Figueredo M, Godo González M, Castellón González CA, González Hermida AE, Portal Amador M, Rosell García I. Morbilidad por accidentes en menores de cinco años. Medisur [Internet]. 2013 [citado 12 Mar 2015]; 11(2): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2323/1147>.
8. Rodríguez JR. Promoción y prevención de salud En: Colectivo de Autores. Pediatría 2. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004 p. 15.
9. Germania Pérez Pambi M. Morbilidad por lesiones no intencionales en menores de 10 años, consultorio 14. Área V, 2013 [Tesis]. Cienfuegos Facultad de Ciencias Médicas “Raúl Dorticós Torrado”; 2014.
10. OMS. Centro de prensa. Comunicado de prensa, 10 de diciembre de 2008, Ginebra. Hanoi, Nueva York. Disponible en: <http://http://www.who.int/ceh/risks/cehinjuries2/en/index.html>
11. De Lima RP, Barbosa Ximenes L., Silva Joventino E., Vieira L.J.E. de S., Oriá M.O.B. Accidentes en la infancia: el lugar de ocurrencia y la conducta de los familiares en el ámbito domiciliario. Enferm. glob. [Internet]. 2009 Feb [citado 2016 Feb 26]; (15):1-13. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000100011&lng=es
12. Cuba.Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico del de salud. Principales causas de muerte de 1-4 años de edad. [Internet]. La Habana: MINSAP [citado 4 octubre 2015]; 2014. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/cgi-bin/wxis/anuario/?IsisScript=anuario/iah.xis&tag5001=mostrar^m1175&tag5009=STANDARD&tag5008=10&tag5007=Y&tag5003=anuario&tag5021=e&tag5022=2004&tag5023=1175>

13. Feliú Escalona B M, Estrada Muñoz R. Modelo de atención de Enfermería Comunitaria. Cuba. Walsup s.p.r.l; 1997.
14. Torralba Ruiz C, Viñas Toledo E. Urgencia y técnicas pediátricas En: Aplicación de los cuidados en las especialidades de pediatría. Primera Edición. Madrid: FUDEN; 2008. P575-598.
15. Sánchez Muñoz El. Valoración y cuidados de enfermería en las heridas crónicas. Concepto, factores de riesgo, localización. Procesos de formación y estadios. Escala de valoración de riesgo. Medidas de prevención y tratamiento En Cuidados enfermeros en atención primaria y especializada. Volumen III. Primera Edición. Madrid: FUDEN; 2009. p 687-717.
16. García Navas M. La atención domiciliaria: concepto y etapas de la visita domiciliaria, coordinación entre atención primaria, atención especializada y servicios sociales. Programas específicos de atención domiciliaria: Programa de atención a pacientes inmovilizados y terminales En Cuidados enfermeros en atención primaria y especializada. Volumen VI. Primera Edición. Madrid: FUDEN; 2009. p 443-459.
17. Acevedo Castro B.L, Álvarez Fumero R, Álvarez Montalvo D, Calvo de la Cruz Y.E, Castro Pacheco B,L. Cedeño Carrera A, et al. Manual de manejo inicial del paciente pediátrico lesionado. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.
18. Álvarez Valdés G, Esquivel Lauzurique M, Martínez Delgado D. A, Sala Adam M.R, Álvarez Rivero M.R, Acuña Aquilarte P,M et al. Consulta de puericultura. 2 3 ed. La Habana: Ecimed; 2014 2016. Suarez Fuente RR, Castro Torres M. Primeros auxilios En: Enfermería Familiar y social. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.p 397-452.
19. Castro Pacheco BL, Machado Lubían MC, Ibargollen Negrin L, Santacruz Domínguez M, Ruiz Tellechea Y. Manual de procedimientos. Para la atención de grupos priorizados

(niños/as y adolescentes dirigidos a Médicos. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2011.

20. Organización Panamericana de la Salud. Proceso de atención de enfermería en AIEPI para niña o niño de dos meses a cuatro años de edad. En: Organización Panamericana de la Salud. Manual clínico para el aprendizaje de AIEPI en Enfermería. Washington: OPS; 2009. p.133-84.
21. Bello Fernández NL. Fundamentos de Enfermería. Parte I .La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
22. Montano Luna JA, Prieto Díaz VI. Factores de riesgo y enfoque preventivo En: Medicina General Integral. Salud y Medicina. Volumen I. 3 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.

ANEXO 8

Estimado padre o tutor

Se está realizando una investigación aprobada por el Consejo Científico del Municipio Cienfuegos titulada: *“Intervención de enfermería para la prevención de lesiones no intencionales en la infancia”*. Como parte de su ejecución se requiere caracterizar las lesiones no intencionales ocurridas en niños y niñas. Su colaboración en este sentido resulta de vital importancia por lo que agradeceríamos si está de acuerdo en participar, nos responda las siguientes preguntas. Como puede observar este instrumento es anónimo y sus resultados solo serán utilizados con fines científicos.

1. Edad de la niña o niño:

Desde 1 año hasta 1 año, 11 meses y 29 días ☐

Desde 2 año hasta 2 año, 11 meses y 29 días años ☐

Desde 3 año hasta 3 año, 11 meses y 29 días años ☐

Desde 4 año hasta 4 año, 11 meses y 29 días años ☐

2. Sexo : M ☐ F ☐

3. Su hijo o hija fue bajo peso al nacer (BPN) : Sí ☐ No ☐

4. ¿Cómo está compuesta su familia?

Madre, padre y uno o dos hijos ☐

Nuclear ☐

Abuelos, padres e hijos ☐

Extensa ☐

Abuelos, padres, hijos, tíos u otros convivientes ☐

Ampliada ☐

5. Nivel de escolaridad del cuidador

Madre: primario ☐ secundario ☐ preuniversitario ☐ univ. ☐

Padre: primario ☐ secundario ☐ preuniversitario ☐ univ. ☐

Tutor: primario ☐ secundario ☐ preuniversitario ☐ univ ☐

6. ¿Ha sufrido su hijo o hija alguna lesión no intencional?

Sí ☐ No ☐

7. Si la respuesta es sí ¿Cuántos? _____

8. ¿Cuándo ocurrió lesión no intencional fue solicitada asistencia médica?

Sí ☐ No ☐

9. ¿Si la respuesta es positiva en qué lugar fue solicitada?

- Consultorio Médico de la familia ☐
- Cuerpo de Guardia del policlínico ☐
- Cuerpo de Guardia del Hospital pediátrico ☐

10. ¿Si su niña o niño sufrió una lesión no intencional, le agradecemos que nos diga causa?

- ☐ Tránsito
- ☐ Ahogamiento incompleto
- ☐ Quemaduras
- ☐ Mordedura de Animales.
- ☐ Electrocutación
- ☐ Heridas por objetos punzo cortantes
- ☐ Ingestión/aspiración de cuerpos extraños.
- ☐ Ingestión de sustancias tóxicas o corrosivas
- ☐ Broncoaspiración alimentaria.
- ☐ Caídas a un mismo nivel
- ☐ Caídas a otro nivel

11. ¿Pudiera especificar el lugar donde ocurrió?

- ☐ Hogar
- ☐ Círculo Infantil
- ☐ Calle (no tránsito)
- ☐ Tránsito

12 ¿Ha recibido Ud. información sobre los riesgos que inducen a las lesiones no intencionales?

Sí ☐ No ☐

Si la respuesta es positiva, diga de quién o cómo

1. Consultorio del médico y la enfermera de la familia ☐
2. Educadoras del Círculo infantil o el Programa Educa a tu hijo ☐
3. Medios de difusión: Televisión ☐ Radio ☐, Propagandas de un mural ☐
4. De la familia ☐

ANEXO 9

Estimado profesional:

Se está realizando una investigación aprobada por el Consejo Científico del Municipio Cienfuegos titulada: *“intervención de enfermería para la prevención de lesiones no intencionales en la infancia. Municipio de Cienfuegos.* Como parte de su ejecución se requiere identificar las situaciones de riesgos presentes en el hogar durante la visita domiciliaria. Como puede observar este instrumento es anónimo y sus resultados solo serán utilizados con fines científicos. Su colaboración en este sentido resulta de vital importancia por lo que agradeceríamos, que marque con una X si existen las situaciones de riesgos siguientes:

A observar en el domicilio	Si	No
Presencia de escaleras /balcones/ ventanas sin protección		
Tomacorrientes o cables eléctricos sin protección		
Medicamentos/ sustancias tóxicas al alcance de los niños		
Presencia de niños en la cocina a la hora de cocción de los alimentos		
Objetos pequeños al alcance de los niños		
Desniveles en los pisos		
Objetos punzo cortantes al alcance del niño.		
Tanques/cisternas sin tapas en patios		
Viviendas en malas condiciones		
Niños durmiendo con los padres en la misma cama.		
Baño sin alfombra anti resbalable en la bañera		

ANEXO 10

Tabla 2. Niños lesionados según edad.

Edad	Niños que sufrieron lesión no intencional	
	No	%
1 -1año-11meses y 29 días	38	29,5
2 -2 años-11meses y 29 días	40	31
3-3 años-11meses y 29 días	28	21,7
4-4 años-11meses y 29 días	23	17,8
Total	129	100

Tabla 3. Niños lesionados según sexo.

Sexo	Niños que sufrieron lesión no intencional	
	No	%
Femenino	61	47,3
Masculino	68	52,7
Total	129	100

Tabla 4. Niños lesionados según el tipo de familia.

Tipo de familia	Niños que sufrieron lesión no intencional	
	No	%
Nuclear	71	55,0
Extensa	26	20,2
Ampliada	32	24,8
Total	129	100

Tabla 5. Niños lesionados según escolaridad del padre y/o tutor.

Nivel de escolaridad del padre o tutor	Niños que sufrieron lesión no intencional	
	No	%
Secundario	36	27,9
Pre-universitario	52	40,3
Universitario	41	31,8
Total	129	100

ANEXO 11

Tabla 6. Niños lesionados según bajo peso al nacer (BPN).

Bajo peso al nacer	Niños lesionados	
	No	%
Si	25	78.1
No	7	21.9
Total	32	100

Tabla 7. Distribución de niños según número de veces que ha sufrido lesiones no intencionales.

Cantidad de lesiones	Niños lesionados	
	No	%
2 lesiones	20	38.4
3 lesiones	9	17.4
4 lesiones	3	5.8
Múltiples veces	20	38.4
Total	52	100

Tabla 8. Niños lesionados según lugar donde recibió asistencia médica.

Lugar donde recibió asistencia médica	Niños que sufrieron lesión no intencional y sus padres solicitaron asistencia medica	
	No	%
CMF	23	31,5
Cuerpo de Guardia del policlínico	28	38,4
Cuerpo de Guardia del pediátrico	22	30,1
Total	73	100

Tabla 9. Causa de lesión según niños lesionados.

Causas de lesión no intencional	Niños que sufrieron lesión no intencional	
	No	%
Caídas a un mismo nivel	62	48,0
Caídas a otro nivel	23	17,8
Heridas por objetos corto-punzantes	14	10,8
Mordedura de animales	13	10,1
Ingestión por sustancias toxicas	7	5,4
Quemaduras	4	3,1
Tránsito	2	1,6
Ahogamientos incompletos	2	1,6
Electrocución	2	1,6
Total	129	100

ANEXO 12

Tabla 10. Situaciones de riesgos según hogares visitados

A observar en el domicilio	Presencia de factores de riesgo en el hogar	
	No	%
Presencia de escaleras /balcones/ ventanas sin protección	81	36,3
Tomacorrientes o cables eléctricos sin protección	80	35,8
Medicamentos/ sustancias tóxicas al alcance de los niños	26	11,6
Presencia de niños en la cocina a la hora de cocción de los alimentos	90	40,3
Objetos pequeños al alcance de los niños	64	28,6
Desniveles en los pisos	80	35,8
Objetos punzo cortantes al alcance del niño.	32	14,3
Tanques/cisternas sin tapas en patios	34	15,2
Viviendas en malas condiciones	60	26,9
Niños durmiendo con los padres en la misma cama.	59	26,4

ANEXO 13

Dinamica Creativa Sencible (DCS) realizada por cada una de las familias



Mapa Hablante producido por YMH Madre
del niño JGM.Municipio Cienfuegos, año 2018.
Causa de lesión: Quemadura



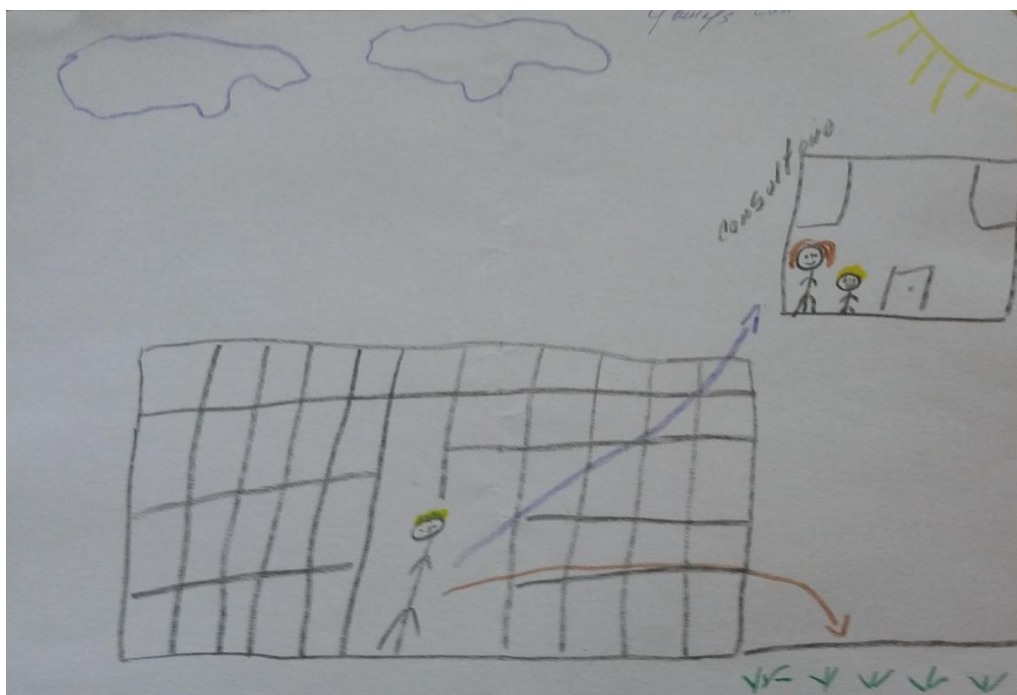
Mapa hablante producido por DDV, Madre
del niño AHD.Municipio Cienfuegos, año 2018.
Causa de la lesión: Caída a un mismo nivel.



Mapa Hablante producido por LVC abuela de SMJ. Municipio de Cienfuegos, año 2018.
Causa de la lesión: Caída a un mismo nivel.



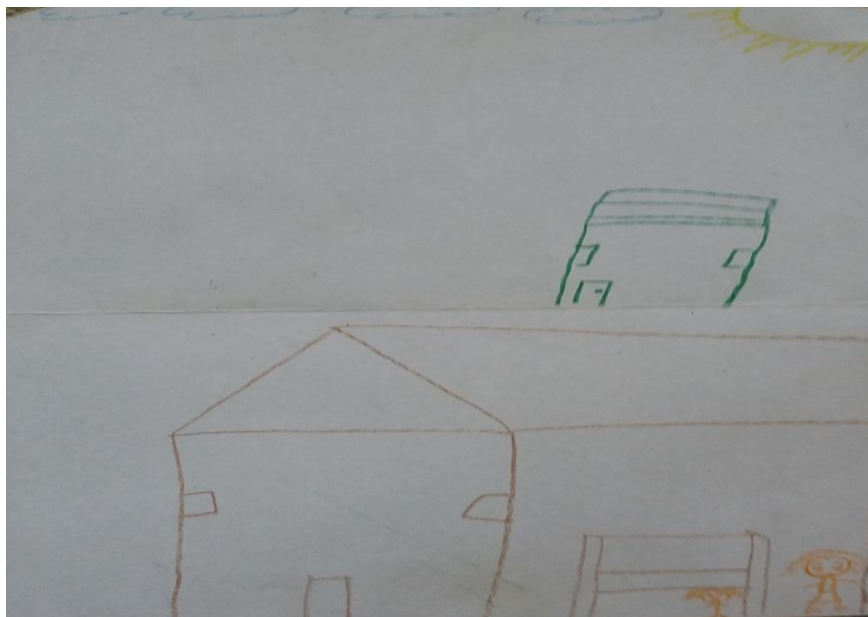
Mapa Hablante producido por TSS madre de ALS .Municipio de Cienfuegos, año 2018.
Causa de la lesión: Electrocución



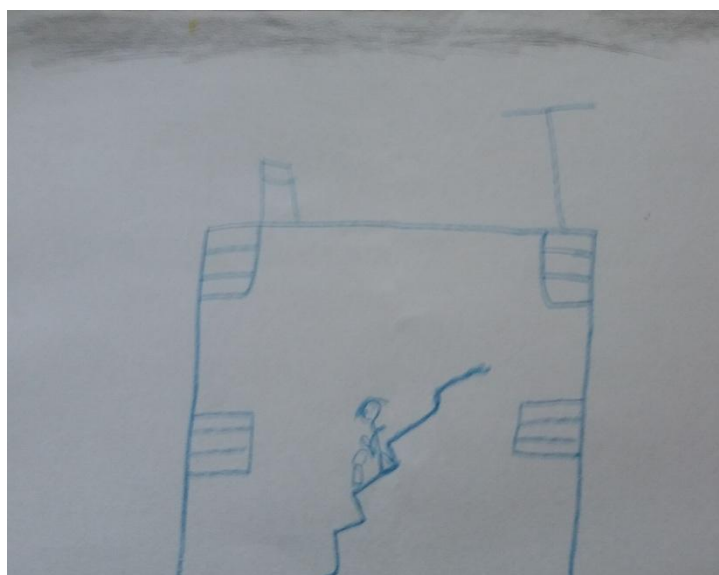
Mapa Hablante producido por YCA madre de JJIC. Municipio de Cienfuegos, año 2018.
Causa de la lesión: Caída a otro nivel.



Mapa Hablante producido por YNP madre de YMON. Municipio de Cienfuegos, año 2018.
Causa de la lesión: Caída a otro nivel



Mapa Hablante producido por YOC madre de BOC
 .Municipio de Cienfuegos, año 2018.
 Causa de la lesión: Objeto con puntas corto-punzantes



Mapa Hablante producido por LOC madre
 de JABO .Municipio de Cienfuegos, año 2018.
 Causa de la lesión: Caída de otro nivel.