



UNIVERSIDAD
**SAN IGNACIO
DE LOYOLA**

FACULTAD DE HUMANIDADES
Carrera de Arte y Diseño Empresarial

**DISEÑO DE JUEGO DIDÁCTICO COMO MEDIO
PARA DAR A CONOCER LA ALTA INCIDENCIA
DE QUEMADURAS DE ALTO GRADO EN NIÑOS
DE 2-5 AÑOS DEBIDO A ACCIDENTES CASEROS
EN EL DISTRITO DE VENTANILLA**

**Tesis para optar por el Título de Profesional
de Licenciado en Arte y Diseño Empresarial**

GALA GASTAÑETA BASTIDAS

Asesor:
Guillermina Ávalos Carrillo

Lima - Perú 2017

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo, a mi familia y amigos quienes contribuyeron a la realización de este proyecto. Finalmente a los maestros que me ayudaron en asesorías y dudas presentadas en la elaboración de la tesis.



**“DISEÑO DE JUEGO DIDÁCTICO COMO MEDIO PARA DAR A CONOCER LA
ALTA INCIDENCIA DE QUEMADURAS DE ALTO GRADO EN NIÑOS DE 2-5
AÑOS DEBIDO A ACCIDENTES CASEROS EN EL DISTRITO DE VENTANILLA”**

ÍNDICE

Resumen

Introducción

PROBLEMA

Descripción del problema encontrado
Problema principal
Problemas secundarios

01

JUSTIFICACIÓN

Justificación de la investigación
Objetivo principal
Objetivos secundarios

02

MARCO TEÓRICO

Las quemaduras

Definición

Quemaduras por agente causante

Quemaduras térmicas

Quemaduras eléctricas

Quemaduras químicas

Por su extensión y profundidad

Quemaduras de primer grado

Quemaduras de segundo grado

Quemaduras de tercer grado.

Complicaciones de las quemaduras

Alteraciones de las quemaduras

Locales

Sistemáticas

Cardiovasculares

Pulmonares

Inmunológicas

Diagnóstico de las quemaduras

Según su profundidad

Según su extensión

Según su localización

03

Evaluación y tratamiento de la quemadura en niños

Criterios de Hospitalización

Consecuencias de las quemaduras en niños

Consecuencias psicológicas

Trayectorias psicológicas después de un acontecimiento traumático

Las respuestas post-trauma en pacientes con quemaduras

Estrategias de Afrontamiento ante las quemaduras

Manejo del dolor en niños con quemaduras

Rehabilitación del niño con quemaduras

Deambulaci3n

Posicionamiento

Manejo de la Cicatriz

Epidemiología de las quemadura en el Perú

Los accidentes caseros

Definici3n

Clasificaci3n de accidentes caseros

Factores de riesgo

Características de los niños y el riesgo de accidente

Los accidentes domésticos y la madre de familia

Prevenci3n de los accidentes caseros

Características de los niños, riesgo de accidente y ambiente familiar.

Primeros auxilios para accidentes domésticos

El juego como estrategia de aprendizaje

Definici3n

Origen del juego

Tipos de juegos

El juego como herramienta didáctica

Antecedentes

Nacionales

Internacionales

04

EL PROYECTO

Estructura del proyecto

Concepto del proyecto

Nombre del proyecto

Fundamentaci3n del proyecto

Público Objetivo

Fundamentaci3n del público objetivo

Descripci3n del público objetivo

Levantamiento de Informaci3n

Fotografías

Entrevistas

DISEÑO

Análisis del Diseño

Sintaxis

Estética

Simbología

Pragmatismo

Diseño de la Comunicaci3n

Fundamentaci3n

Análisis Conceptual

Propuesta Gráfica

Etapas

05

06

IMPLEMENTACI3N

Análisis de los resultados

Aplicaci3n

Diseño de la Metodología

Evaluaci3n de la Metodología

Registro de la implementaci3n

Conclusiones

Bibliografía



RESUMEN

Se estima que cada año más de 15 mil niños son atendidos en los diferentes hospitales del Estado por quemaduras, según la Asociación de Ayuda al Niño Quemado (Aniquem), el 90% de los casos han tipificado como negligencia de los adultos que están al cuidado de los niños. Los datos estadísticos obtenidos en el Instituto Especializado de Salud del Niño del año 2015 muestran que existe una alta incidencia de pacientes víctimas de quemaduras, siendo casi el 60% de ellos niños cuyas edades fluctúan entre 1 y 4 años de edad, seguida de una incidencia menor pero de igual importancia en los niños entre los 6 y 12 años con un 30% de incidencia aproximadamente.

Las quemaduras en la población infantil constituyen un serio problema por el alto riesgo de mortalidad, presencia de lesiones funcionales y estéticas; es por tanto, una causa importante de muerte accidental en los niños.

Los accidentes domésticos que generan quemaduras podrían deberse a la ausencia de conciencia de los padres acerca del peligro que una quemadura puede causar, el hacinamiento en el hogar, la falta de prevención, además de

la falta de información de las secuelas físicas y psicológicas que dejan las quemaduras en el niño. Los problemas físicos abarcan la pérdida de la movilidad de alguna extremidad como brazos o piernas, la desfiguración en el rostro hasta infecciones producto de la quemadura. Por otro lado, los pacientes quemados, enfrentan problemas emocionales graves debido a que el traumatismo que sufre no sólo le causa daño físico, sino también altera su estabilidad emocional.

Es por esto que es de suma importancia dar a conocer la relación entre las quemaduras y los accidentes caseros en los niños para evitar que futuras generaciones sufran estos accidentes que pueden repercutir en su vida adulta así como también y dar a conocer a los padres de familia las medidas preventivas que se deben tomar en casa para evitar quemaduras y fomentar la cultura de prevención en el país.







ABSTRACT

It is estimated that every year more than 15 thousand children are treated in different hospitals for burns. According to the Asociación de ayuda al niño quemado (Aniquem), 90% of the cases have typified as negligence of adults because they are in the care of the children.

The statistical reports obtained by the Instituto Especializado de Salud del Niño in 2015 show that there is a high incidence of patients suffering from burns, with almost 60% of them children whose ages range from 1 to 4 years of age, followed by an incidence minor but equally important in children between the ages of 6 and 12 with a 30% incidence rate. Burns in children are a serious problem because of the high risk of mortality, the presence of crippling, functional and aesthetic lesions; and is considerate a cause of accidental death in children.

Domestic accidents that cause burns may be due to parents lack of awareness of the danger a burn may cause, overcrowding at home, lack of prevention, and lack of information about the physical and psychological consequences of the burns. Physical problems include the loss of mobility of an extremity such as arms or legs, disfigurement in the face to infections caused by the burn. On the other

hand, burned patients face serious emotional problems because the trauma they suffer not only causes them physical damage, but also alters their emotional stability

That is why it is extremely important to publicize the relationship between burns and home accidents in children to prevent future generations from suffering these accidents that can affect their adult life as well as make known to parents the preventive measures that must be taken at home to avoid burns and promote a culture of prevention in the country.



INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las quemaduras son lesiones a la piel u otro tejido que es causada por el calor, radiación, electricidad y también por el contacto con productos químicos. Las quemaduras provocadas por el contacto con el calor se producen cuando las células de la piel o tejidos son destruidas por líquidos calientes (escaldaduras), objetos sólidos calientes (quemaduras por contacto) o llamas. Las quemaduras son consideradas un problema de salud pública a nivel mundial ya que provocan 265 000 muertes al año, ocurren principalmente en países en vía de desarrollo. Siendo el país más afectado India, ya que reporta más de 1 millón de personas con quemaduras moderadas o graves cada año.

Estas quemaduras afectan principalmente a niños pequeños de entre 1 a 7 años, además de ser la quinta causa más común de lesiones en los primeros años de vida del infante. Las quemaduras no solo conllevan consecuencias físicas sino muchas veces psicológicas y emocionales que suceden a lo largo del proceso de rehabilitación del niño, este proceso puede tomar mucho

tiempo y afecta la dinámica familiar produciendo sentimientos de culpa y ansiedad en los padres. En el ámbito nacional se publicó un reporte del Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) en el cual indica que de 900 pacientes que ingresan por quemaduras el 80% son causados por líquidos calientes y la falta de cuidado de parte de los padres en el hogar. Otros factores que causan estos accidentes son el hacinamiento, la pobreza, entre otros.

La mayoría de casos que llegan al INSN son de provincia siendo Huánuco, Cajamarca, San Martín y Junín los departamentos de los que provienen niños con quemaduras de segundo y tercer grado. En Lima los distritos más afectados son San Juan de Lurigancho, Villa El Salvador, Villa María del Triunfo y San Martín de Porres. La elevada prevalencia de quemaduras en niños en el Perú es una clara manifestación de la falta de cultura de prevención que se tiene respecto a este tema así como la implementación de políticas sociales centradas en la erradicación de este problema.

EL Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) indica que de 900 pacientes que ingresan por quemaduras el 80% son causados por líquidos calientes y la falta de cuidado de parte de los padres en el hogar

Por último, este tema y en general la prevención de quemaduras por accidentes, tiene una escasa difusión en la población peruana, ya que los estudios se centran más en el tratamiento médico que en la prevención.

La información de esta investigación podría ser de ayuda no solo respecto al tratamiento de una quemadura, sino también en acciones de promoción y educación respecto a este tema.





01

CAPÍTULO

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

PROBLEMA PRINCIPAL

PROBLEMAS SECUNDARIOS

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA ENCONTRADO

Los informes estadísticos obtenidos en el Instituto Especializado de Salud del Niño del año 2015 muestran que existe una alta incidencia de pacientes víctimas de quemaduras, siendo casi el 60% de ellos niños cuyas edades fluctúan entre 1 y 4 años de edad, seguida de una incidencia menor pero de igual importancia en los niños entre los 6 y 12 años con un 30% de incidencia aproximadamente.

Los grados de quemaduras según la profundidad se dividen en tres, a) primer grado, que solo afectan la epidermis, b) las de segundo grado, en donde se produce una destrucción de la capa dermis y se forman ampollas y c) las de tercer grado consideradas como las más peligrosas, ya que las quemaduras afectan tejidos más profundos (músculos, órganos, nervios) que pueden llegar a dificultar la movilidad del paciente.

Los accidentes domésticos que generan quemaduras podrían deberse a la ausencia de conciencia de los padres acerca del peligro que una quemadura puede causar, el hacinamiento en el hogar, la falta de prevención, además de la falta de información de las secuelas físicas y psicológicas que dejan las quemaduras en el niño.

Los problemas físicos abarcan la pérdida de la movilidad de alguna extremidad como brazos o piernas, la desfiguración en el rostro hasta infecciones producto de la quemadura. Por otro lado, los pacientes quemados, enfrentan problemas emocionales graves debido a que el traumatismo que sufre no sólo le causa daño físico, sino también altera su estabilidad emocional. El miedo a la muerte, a la desfiguración y al abandono; puede llegar a influir en la aparición de ansiedad y depresión (Ramírez, 2001) y como consecuencia también afecta en el proceso de adaptación del infante a la quemadura (Artz & Moncrief, 1972).

El miedo a la muerte, a la desfiguración y al abandono; puede llegar a influir en la aparición de ansiedad y depresión (Ramírez, 2001) y como consecuencia también afecta en el proceso de adaptación del infante a la quemadura

Estas reacciones emocionales están presentes a lo largo de la recuperación de la lesión, se intensifica más cuando llega el momento del periodo de reintegración con la sociedad de 1 a 2 años después del accidente. Según Bendlin, Linares y Benaim (1993) esto se debe a muchos factores como la obligación de usar prendas compresoras, máscaras faciales, el estrés emocional, los cambios físicos y psicológicos, las cirugías reconstructivas, entre otras.

La experiencia de la quemadura y sus posteriores consecuencias exigen tanto del niño afectado como de su familia grandes esfuerzos para recuperar la estabilidad emocional y de adaptación social, siendo el apoyo profesional indispensable para que reorganice y establezca su mundo socio-afectivo.

La Asociación de Ayuda al Niño Quemado (Aniquem) registró en el año 2016 a 235 pacientes provenientes del distrito de San Martín de Porres, 205 pacientes de Ate Vitarte, 186 de Comas y 185 de San Juan de Lurigancho, entre otros. Estos pacientes pertenecen a los sectores socioeconómicos C, D y E los cuales no cuentan con los recursos necesarios para llevar a cabo una rehabilitación en instituciones privadas, por lo tanto ANIQUEM les ofrece un tratamiento completo de rehabilitación tanto físico como emocional a lo largo de todo el proceso de curación.



HOSPITALIZACIÓN
QUEMADOS



CAN
LA H
• No más r
• No r



PROBLEMA PRINCIPAL

Alta incidencia de quemaduras de alto grado en niños de 2- 5 años, debido a accidentes caseros en el distrito de Ventanilla.





PROBLEMAS SECUNDARIOS

Secuelas psicológicas por quemaduras de alto grado en niños de 2- 5 años, debido a accidentes caseros en el distrito de Ventanilla.

Conflictos intrafamiliares por quemaduras de alto grado en niños de 2- 5 años, debido a accidentes caseros en el distrito de Ventanilla.







02

CAPÍTULO

JUSTIFICACIÓN

OBJETIVO PRINCIPAL

OBJETIVOS SECUNDARIOS





JUSTIFICACIÓN

Las quemaduras son uno de los accidentes más traumáticos que le puede suceder a una persona y más aún si se trata de un niño. Sus consecuencias pueden ser devastadoras e irreversibles, las cuáles interfieren con el futuro del paciente. Se estima que cada año más de 15 mil niños son atendidos en los diferentes hospitales del Estado, según la Asociación de Ayuda al Niño Quemado (Aniquem), de estos, el 90% de los casos han tipificado como negligencia de los adultos que están al cuidado de los niños.

Las quemaduras en la población infantil constituyen un serio problema por el alto riesgo de mortalidad, presencia de lesiones invalidantes, funcionales y estéticas; es por tanto, una causa importante de muerte accidental en los niños. En los países en vías de desarrollo el impacto de los traumas térmicos es más complejo debido a que tienen la mayor incidencia de mortalidad y población vulnerable; así como menor infraestructura y facilidades para el tratamiento.

Es importante recalcar que las quemaduras son prevenibles, actualmente en el Perú no existe una cultura de prevención que tenga el impacto necesario para concientizar a los padres de familia y población en general sobre este tema. Es una realidad que afecta a muchos niños del país y conlleva consecuencias irremediables que afectan diferentes aspectos de su vida como su educación, búsqueda de trabajo, relaciones interpersonales, etc.

Es por este motivo que la relevancia de la presente investigación está en la obtención de información que le pueda ser útil los padres de familia, profesionales que trabajen en centros de salud, organizaciones no gubernamentales y público en general y también la necesidad de establecer estrategias sociales con respecto a la prevención para disminuir la prevalencia de niños con quemaduras en el país y evitar que futuras generaciones sufran estos accidentes que pueden comprometer su vida como adultos.





OBJETIVO PRINCIPAL

Dar a conocer la alta incidencia de quemaduras de alto grado en niños de 2- 5 años, debido a accidentes caseros en el distrito de Ventanilla.





OBJETIVOS SECUNDARIOS

Señalar las secuelas psicológicas debido a la alta incidencia de quemaduras de alto grado en niños de 2- 5 años, debido a accidentes caseros en el distrito de Ventanilla.

Informar los conflictos intrafamiliares debido a la alta incidencia de quemaduras de alto grado en niños de 2- 5 años, debido a accidentes caseros en el distrito de Ventanilla.





03

CAPÍTULO

MARCO TEÓRICO



LAS QUEMADURAS

LAS QUEMADURAS

DEFINICIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las quemaduras son lesiones a la piel u otro tejido que es causada por el calor, radiación, electricidad y también por el contacto con productos químicos. Las quemaduras provocadas por el contacto con el calor se producen cuando las células de la piel o tejidos son destruidas por líquidos calientes (escaldaduras), objetos sólidos calientes (quemaduras por contacto) o llamas. También se tiene una definición de quemaduras según especialistas, por ejemplo:

“Cuando un tejido orgánico entra en contacto con el fuego o algún líquido caliente este sufre una descomposición a la que se llama quemadura causando irritación y mucho dolor. También se conoce a la quemadura como llaga, ampolla que hace el fuego o los líquidos muy calientes.” (Sagrera F, 1988)



CLASES DE QUEMADURAS SEGÚN EL AGENTE CAUSANTE

QUEMADURAS TÉRMICAS

Son las quemaduras que se originan por alguna fuente de calor, las cuáles pueden ser llama o fuegos directos, líquidos y sólidos calientes que al tener contacto con la piel elevan su temperatura y su estructura lo cual produce muerte celular y coagulación.

Su extensión y profundidad va a depender de que tanta energía se transmite desde la fuente de calor. En el 2014, el Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja (INSN) reportó cerca de 900 pacientes nuevos por quemaduras, el 80% causado por líquidos calientes.

QUEMADURAS ELÉCTRICAS

Son producidas como resultado de la generación de calor, que puede llegar a alcanzar los 3000°C. La mayor parte de la resistencia a la corriente eléctrica se junta en el punto donde el conductor hace contacto con la piel y afecta también los tejidos subyacentes. Estas quemaduras pueden tener diferentes tamaños y profundidades. Las de mayor intensidad pueden formar necrosis y escaras que afectan estructuras más profundas que no se ven a simple vista, también se le conoce como lesión iceberg. Como consecuencias puede producir parálisis respiratoria o fibrilación ventricular.

En el 2014, el Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja (INSN) reportó cerca de 900 pacientes nuevos por quemaduras, el 80% causado por líquidos calientes.

QUEMADURAS QUÍMICAS

Son producidas por sustancias líquidas, sólidas o gaseosas de origen ácido. Estas ocurren cuando esta sustancia hace contacto con la piel u ojos. Estas sustancias pueden provocar una reacción en la piel que cause necrosis en los tejidos y se profundice su acción con el paso del tiempo. Si esta sustancia química es ingerida puede afectar gravemente los órganos internos.

SEGÚN SU EXTENSIÓN Y PROFUNDIDAD

QUEMADURAS DE PRIMER GRADO

Las quemaduras de primer grado se producen en la capa superficial de la piel. Los signos son enrojecimiento del área afectada, dolor al tacto e hinchazón de la piel. Mayormente se curan en 4 a 5 días (Morales, 2012).

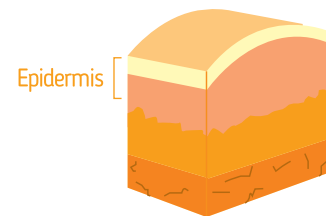
QUEMADURAS DE SEGUNDO GRADO

Las quemaduras de segundo grado se limitan a las dos primeras capas de la piel. Algunos síntomas son enrojecimiento de la piel, ampollas, una apariencia lustrosa por el líquido que segrega, una posible pérdida de piel. Mayormente se curan en 7 a 10 días. La Dra. Marga Callupe, jefa de la Sub Unidad de Atención al Paciente Quemado del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja (INSN) afirmó que **“Las lesiones por quemaduras no sólo producen marcas imborrables en el cuerpo, también limitaciones físicas, riesgo de infecciones y un dolor intenso, lo que puede provocar complicaciones en la recuperación del paciente, en especial si se trata de un niño”**.

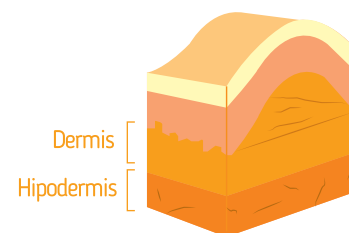
QUEMADURAS DE TERCER GRADO

Una quemadura de tercer grado puede afectar todo el espesor de la piel y destruir tejido, también se puede perder capas de piel. Esta lesión a menudo es indolora, la piel tiene una apariencia seca y con una textura como cuero. Puede presentar manchas blancas o negras.

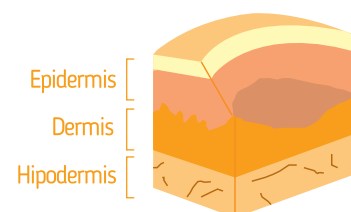
Primer Grado



Segundo Grado



Tercer Grado



COMPLICACIONES DE LAS QUEMADURAS

Existen múltiples complicaciones que se desarrollan durante la hospitalización, el personal a cargo del paciente quemado debe tener un amplio conocimiento de las complicaciones para lograr prevenir o anticipar problemas futuros. La clave para tener éxito es una temprana intervención al paciente.

INFECCIONES

Son la amenaza principal en los pacientes que logran superar la fase inicial de shock-resucitación tras una quemadura térmica severa. Existen diversos factores que propician el desarrollo de infecciones en el paciente. La agresión térmica destruye la primera capa de la piel y por lo tanto la barrera natural de defensa del cuerpo, lo cual provoca que se formen gérmenes. Además de dañar las defensas, la quemadura térmica retrasa la respuesta inmune, por lo tanto afecta todos los componentes del sistema inmunológico. Estas alteraciones inmunológicas se correlacionan con las complicaciones infecciosas y supervivencia de los quemados. (Moran K, 1987).

El paciente con quemaduras debe ser aislado ya que previene que las infecciones se expandan.

No solo es útil en la disminución de infecciones sino también porque retarda que se produzcan. Por otro lado el aislamiento disminuye el índice de mortalidad de los pacientes quemados que fueron aislados a comparación de los que no. Sin embargo pese a ser aislados, los pacientes siempre están expuestos a gérmenes es por esta razón que se debe hacer uso correcto de los antibióticos.

Otro aspecto importante para manejar la infección del paciente quemando es que la mayoría son producidas por bacterias, existen dos tipos de bacterias las gram positivas que no son invasivas y las gram negativos que invaden fácilmente tejidos sanos. Una rápida proliferación de gérmenes pueden inducir a que se incremente la profundidad de la quemadura. El diagnóstico de una infección es muy difícil y depende de la vigilancia diaria. Lo mejor que se puede hacer una vez detectada la infección es eliminar las áreas necróticas, el uso de antibacterianos así como la limpieza de todo el personal a cargo. El uso de material desechable es recomendable.

“

**EL PACIENTE CON QUEMADURAS DEBE
SER AISLADO YA QUE PREVIENE QUE
LAS INFECCIONES SE EXPANDAN Y
TAMBIÉN PORQUE RETARDA QUE SE
PRODUZCAN.**



ALTERACIONES DE LAS QUEMADURAS

ALTERACIONES LOCALES

Las quemaduras locales originan necrosis coagulativa de la piel y de los tejidos que se encuentran más profundos, la profundidad de la quemadura depende de la temperatura y la duración de la exposición. La lesión cutánea producida por una quemadura presenta 3 zonas: zona de coagulación, zona de estasis y zona de hiperemia.

Por otro lado la zona de coagulación es también llamada zona central, en esta zona hay un grado moderado de lesión y se puede recuperar restituyendo el tejido. La zona más alejada es la zona de hiperemia, esta zona presenta tejido que no está en riesgo de necrosis y por lo general se recupera sin mayor dificultad (Ramírez, 2010).

ALTERACIONES SISTEMÁTICAS

Las quemaduras que son extensas se asocian con la liberación en grandes cantidades de mediadores inflamatorios que van hacia la circulación, lo que produce una respuesta inflamatoria sistémica. Estos mediadores causan un aumento en la permeabilidad vascular lo que en un futuro puede causar edema, es así que las quemaduras pueden alterar casi todos los sistemas corporales en proporción con su extensión. Algunas alteraciones son de corta duración pero existen otras que persisten hasta que la cubierta de la piel se restablece completamente.

Clínicamente, estas alteraciones se manifiestan en la disminución de la masa muscular, hígado graso y alteración funcional de sistemas, también se puede sufrir de taquicardia y aumento del gasto cardíaco.

LAS QUEMADURAS LOCALES ORIGINAN NECROSIS COAGULATIVA DE LA PIEL Y DE LOS TEJIDOS QUE SE ENCUENTRAN MÁS PROFUNDOS, LA PROFUNDIDAD DE LA QUEMADURA DEPENDE DE LA TEMPERATURA Y LA DURACIÓN DE LA EXPOSICIÓN.

ALTERACIONES CARDIOVASCULARES

La respuesta cardiovascular que produce una quemadura es la disminución del gasto cardíaco y el aumento de la resistencia vascular periférica, también se produce un aumento de la fracción de eyección ventricular y las contracciones miocárdicas se vuelven más rápidas.

De doce a dieciocho horas posteriores al trauma, el gasto cardíaco empieza a incrementarse y permanece elevado hasta que se cicatricen todas las heridas.

La destrucción de la piel produce una gran pérdida hídrica por evaporación. Este aumento de las pérdidas en conjunto con la alteración de la permeabilidad capilar puede ocasionar que el paciente sufra de un shock (Pruitt, 1971).



ALTERACIONES PULMONARES

Son las complicaciones que causa más muertes entre los pacientes y pueden resultar debido a un daño por inhalación o por las secuelas de una quemadura extensa, los pacientes presentan edemas en las vías respiratorias y pulmones.

La quemadura pulmonar más frecuente es la que ocurre por la inhalación de partículas incandescentes o también la inhalación de vapor de agua, el vapor puede llegar a transmitir 3000 veces más calor que el agua hirviendo.

La infección que se produce en estos pacientes suele desencadenar en neumonía. La mortalidad en un paciente quemado sin inhalación es de 5% mientras que un paciente quemado con inhalación alcanza los 49,5% (Alfaro, 2003).

ALTERACIONES INMUNOLÓGICAS

El paciente quemado padece una inmunosupresión generalizada, quiere decir que su respuesta inmunológica disminuye mediante tratamiento médico y como consecuencia tiene un mayor riesgo de contraer infecciones como por ejemplo infección de la quemadura, infección en los accesos a los catéteres, infección en los pulmones, vías urinarias, etc.

Entre los signos para reconocer una quemadura que está infectada se encuentran: presenta coloración oscura, color verdoso de la herida o de la grasa subcutánea, aparición de vesículas en quemaduras, separación de la escara, entre otros (Ramírez, 2010).

DIAGNÓSTICO DE LAS QUEMADURAS

Para obtener un diagnóstico preciso y correcto de una quemadura se debe conocer la extensión, profundidad y las zonas afectadas o comprometida, de esta manera se determina la magnitud de la lesión y por lo tanto su índice de gravedad, esto permite ofrecer el mejor tratamiento para cada paciente.

SEGÚN SU PROFUNDIDAD SE DIVIDEN EN:

•**Epidérmica:** Afecta la epidermis y cicatrizan rápidamente.

•**Dérmicas A:** Afectan hasta la dermis. Presenta ampollas de líquido claro, son muy dolorosas. Cicatrizan de 7 a 14 días.

•**Dérmicas AB:** Dañan la dermis hasta la capa reticular. Presenta ampollas gruesas de líquido turbio. Cicatrizan entre 15 y 21 días.

•**Hipodérmicas:** Destruyen la piel en totalidad, pueden lesionar otros tejidos incluyendo el óseo. Son secas, indoloras, de color blanco o hasta negras si se presenta carbonización. Requieren injerto de piel (González, 2011).



SEGÚN SU EXTENSIÓN DE LA QUEMADURA:

En la actualidad existen distintas maneras de determinar la extensión de una quemadura. Por ejemplo están las Tablas del Porcentaje de los segmentos Corporales según edad de Lurd y Browder, también llamada regla de los 9. También otra forma práctica de saber la extensión de una quemadura es utilizar la palma de la mano que representa aproximadamente el 1% de superficie corporal, entre otras.

Según la extensión, Benaim clasifica las quemaduras en:

- Benignas: menos del 10% de la superficie corporal quemada (SCQ)
- Graves: 10% al 33% de la SCQ.
- Muy graves: más del 33% de la SCQ.
- Mortales: más del 50% de la SCQ.

SEGÚN SU LOCALIZACIÓN:

En el cuerpo existen áreas las cuales pueden dividirse en zona neutra y las zonas especiales.

Las zonas neutras son las que presentan poco movimiento y cuando ocurre el proceso de cicatrización, la retracción es mucho menor y por este motivo las secuelas funcionales son poco probables.

Por otro lado las zonas especiales son aquellas que representan las zonas estética y funcionales como cara o cuello, pliegues que facilitan el movimiento y también zonas de extensión como manos, codos, axilas, pies, etc. Y aunque no son necesariamente vitales se pueden considerar de muy graves.

El diagnóstico final de la profundidad de la quemadura es un diagnóstico que necesita evolucionar, el cual se puede realizar después de 48 a 72 horas que sucedió la quemadura, tiene que ver con muchos factores que influyen en la evolución de la quemadura, entre estos factores están: presencia de edema, infección y la curación.

Una vez que la profundidad de la quemadura es determinada, se puede decidir si el niño debe ser

.....
El diagnóstico final de la profundidad de la quemadura es un diagnóstico que necesita evolucionar, el cuál se puede realizar después de 48 a 72 horas que sucedió la quemadura
.....

hospitalizado (COANIQUEM, 2000).
Es importante destacar que los criterios de gravedad ya constituyen por si solos un factor importante de la gravedad del paciente, sin embargo el análisis del contexto del niño siempre es útil para complementar el diagnóstico de gravedad con otros factores como: edad, el agente causal, lesiones, daños de vías aéreas y situación familiar y sociocultural. El Dr. Mario Garcés establece un parámetro muy utilizado para establecer el riesgo vital de una quemadura, este se llama Índice de Gravedad. La fórmula es:

IG = (40 - EDAD) + (%SUPERFICIE QUEMADA A X 2)

+

(%SUPERFICIE QUEMADA AB X 2)

+

(%SUPERFICIE QUEMADA B X 3)

Al resultado de la fórmula se le agrega los puntajes expuestos a continuación, en los cuáles se considera la edad, profundidad y extensión de la quemadura.

+ 20 PUNTOS	menor de 2 años
+ 20 PUNTOS	si el agente causal es la electricidad
+ 20 PUNTOS	lesión simultánea
+ 20 PUNTOS	patología asociada
+10 PUNTOS	condiciones socioeconómicas
+70 PUNTOS	quemadura vía aérea



Este índice de gravedad más los puntajes sumados de los distintos factores se traducen en la valoración cualitativa del infante, lo cual ayudara a decidir cuan compleja será la atención.

LEVE: 21 A 40 PUNTOS

No hay riesgo vital, puede recibir una atención ambulatoria, excepto si la quemadura es en zonas especiales: cara y manos.

MODERADO: 41 A 70 PUNTOS

No hay riesgo vital, a no ser que el paciente presente una enfermedad, requiere hospitalización.

GRAVE: 71 A 100 PUNTOS

Con riesgo vital. Requiere hospitalización en unidad de quemados.

CRÍTICO: 101 A 150 PUNTOS

Con riesgo vital. Requiere hospitalización en unidad de quemados.

SOBREVIDA EXCEPCIONAL: MÁS DE 150 PUNTOS

Con riesgo vital. Requiere hospitalización en unidad de quemados.

Este índice permite determinar la condición del paciente de forma aproximada y también su pronóstico, de esta manera se pueden tomar las decisiones adecuadas en relación al tipo de atención que necesita y esto ocasiona que se minimice el riesgo vital y las complicaciones, como secuelas estéticas.

En los pacientes menores de 2 años el índice de gravedad exige mucho más que en las demás edades, ya que se produce la liberación de mediadores inflamatorios que influyen en la respuesta post quemadura del niño (Ferj, 2009). Las quemaduras mayores al 10% de la superficie corporal quemada (SCQ) causan una reacción de permeabilidad, no solo en el área quemada sino que afecta a los demás órganos, esto ocasiona un edema en tejido no quemado.



EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS EN NIÑOS

Al tratar con niños se debe tener en consideración las diferencias que existen respecto a un adulto.

Las vías áreas que posee los niños son más propensas al peligro. Esto es de importante si se trata de una quemadura por inhalación.

Los niños son más vulnerables a la intoxicación por CO_2 .

Los niños tienen más probabilidades de sufrir hipotermia por su área de superficie corporal (ASC).

En comparación con los adultos, los niños presentan diferentes proporciones en cuanto a su área de superficie corporal, lo que puede causar que se altere el cálculo de la extensión de la quemadura.

La piel del infante es más delgada en comparación a la de un adulto, eso quiere decir que las lesiones serán más profundas y graves.

Para el tratamiento de quemaduras en niños se debe tener en cuenta los agentes que intervinieron en la quemadura, por ejemplo los más importantes son los líquidos, fuego y electricidad.

Si se trata de líquidos calientes, por lo general estos líquidos se derraman y tienen una acción instantánea que, mayormente depende de la temperatura, la zona del cuerpo afectada y su tiempo de acción (Aguayo, 1999).

Lo que se debe realizar ante este tipo de quemadura es evaluar la extensión de la quemadura, si no es muy grande, se coloca la zona afectada bajo agua fría, y se pasa a retirar con mucho cuidado las prendas que lleva el paciente, luego se tiene que cubrir al infante con una prenda limpia por ejemplo pañuelos, sabanas, toalla, etc. y por ultimo trasladarlo al hospital para una evaluación médica.



“

EL ENFRENTAMIENTO INICIAL CON LAS QUEMADURAS REQUIERE CUIDADOS E INDICACIONES QUE LA MAYORÍA DE LOS CASOS RECAE EN LOS PADRES Y SI NO SE CUMPLEN PUEDE OCASIONAR INFECCIONES Y COMPLICACIONES.



Si la quemadura es por fuego se debe evitar que el fuego se propague por las prendas, el aire facilita la combustión, por lo que correr causa que se agrave el peligro. Si el niño puede acatar órdenes, se le debe ordenar que se lance al suelo y ruede sobre sí mismo, si el niño está inconsciente, se le debe intentar apagar el fuego cubriéndolo con mantas, frazadas, toallas o también se le puede rociar agua fría.

Ahora, en caso de quemaduras por electricidad, se pueden presenciar dos situaciones: el niño puede quedar “pegado” a la corriente eléctrica o es rechazado por ella. En el segundo caso la piel resiste la corriente y produce calor en consecuencia una quemadura, la corriente se libera del cuerpo y es eliminada en la tierra, esto produce inhibición del centro respiratorio que puede desencadenar la muerte del paciente. Lo que se tiene que hacer en el primer caso es cortar el suministro eléctrico, en el segundo caso se debe despojar las prendas lo antes

posible e iniciar un proceso de resucitación cardiopulmonar.

Una vez que se hizo este procedimiento se tiene que trasladar al paciente para una evaluación médica.

El enfrentamiento inicial con las quemaduras requiere cuidados e indicaciones que la mayoría de los casos recae en los padres y si no se cumplen puede ocasionar infecciones y complicaciones. En el caso de que se necesite hospitalización es en relación al manejo del dolor, y se puede usar anestesia general y tratamiento de reanimación para contrarrestar los efectos sistemáticos de las quemaduras.

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

Se debe seguir ciertos criterios para hospitalizar al paciente.

- Según extensión, si la quemadura es en un área mayor del 10%, en el caso de niños menores de 5 años si la superficie es mayor a un 5% de la superficie corporal total.
- Si la quemadura es en el rostro, cuello, glúteos o genitales y manos.
- Quemaduras por ácidos
- Quemadura producida en un ambiente cerrado con sospecha de quemadura respiratoria.
- Sospecha de maltrato infantil
- Ubicación en zonas rurales alejadas
- Con índice de gravedad mayor a 70 puntos.

Los criterios en conjunto con el diagnóstico que abarca la extensión de las quemaduras según la gráfica de Lund y Browder en niños, la profundidad según Benaim, la localización que se deciden en áreas funcionales o estéticas, edad del paciente y la gravedad según el índice de Garcés son un referente que se debe tomar en consideración cuando se enfrenta por primera vez un paciente quemado, siempre tomando en cuenta el criterio médico El paciente debe recibir una correcta nutrición de forma rápida, no se recomienda el uso de antibióticos en esta clase de pacientes, por otra parte los aseos quirúrgicos y curaciones deben realizarse en un ambiente adecuado que cuente con los parámetros de limpieza correspondientes.

Respecto a los pacientes considerados como Grandes Quemados, las áreas encargadas deben contar con personal quirúrgico experimentado, además de especialización en unidad de cuidados intensivos (UCI).

El manejo del dolor en los pacientes con quemaduras siempre debe considerarse como prioridad independientemente de la magnitud de la quemadura. Se usa antiinflamatorios en pacientes leves y moderados así como antiinflamatorios combinados con morfina en pacientes graves.

En cuanto al aseo quirúrgico inicial se debe realizar una vez que el paciente se encuentre estable, es decir ha superado la etapa de shock, reposición de fluidos y manejo del dolor. Esta curación incluye:

- Aseo para eliminar suciedad, restos de prendas o materiales extraños.

- Aseo con agua destilada.

- Rasurado delicado de las zonas quemadas y sus contornos, se incluye el cuero cabelludo.

El aseo quirúrgico nos da como resultado el diagnóstico de extensión, profundidad, áreas especiales y un pronóstico inicial. Incluye:

- Lavado con suero o agua destilada más un jabón de clorhexidina.

- En esta etapa no es recomendable cirugías o amputaciones

Las coberturas o vendajes deben ser firmes pero no compresivos, de espesor mediano que ayude a la movilidad y también que proteja de traumatismos. La posición de la venda debe prevenir las retracciones y elevar las extremidades afectadas, en el caso del rostro las vendas disminuye el riesgo de aparición de un edema.

El uso de apósitos especiales mayormente son membranas permeables o semi permeables, estas se usan en quemaduras parciales, brindan una protección mecánica a la lesión que permite eliminar porciones acuosas de la lesión y asegurar una cicatrización de la herida llamada epitelización, se deben cambiar cada tres o cuatro días con un aseo quirúrgico de por medio (Bendlin, 1993).

En relación al uso de tópicos no se recomienda su uso en esta etapa, se usa únicamente en casos particulares que estén fundamentados y con indicaciones precisas, por lo que se aplican solo por profesionales de la salud especializados (Minsal, 2007).

Si la quemadura es ambulatoria, solo se presentan quemaduras de primer grado y no necesitan hospitalización. La lesión se puede curar mediante un box de curaciones.

Las quemaduras de grados más altos representan una carga de estrés para el paciente y sus familiares, por lo que se recomienda realizar el tratamiento bajo anestesia general con una hospitalización transitoria.

Para reducir el estrés y dolor del tratamiento se debe seguir unos protocolos que depende de cada centro de salud.

03: MARCO TEÓRICO

Se tiene que tomar en cuenta:

- Manejo del Dolor: se debe hacer uso de analgésicos en dosis de acuerdo a la edad y peso, puede ser administrada por vía oral o rectal.
- Crear un ambiente cálido de confianza, donde se explique el procedimiento de forma clara.
- Evaluación de la quemadura de acuerdo a los criterios antes descritos (Diagnóstico de Quemaduras).
- Aseo del área de tratamiento y condiciones estériles (Guantes, Delantal).

CONSECUENCIAS DE LAS QUEMADURAS EN NIÑOS

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS

No es hasta la época de los años 50 que se realizan los primeros estudios sobre reacciones y efectos de las quemaduras desde el ámbito psicológico. Destacan por ejemplo investigaciones de Watson y Johnson (1958) en el que estudia las reacciones traumáticas de niños de 5 años con quemaduras.

Ya en los años 70 se empiezan a publicar más investigaciones que tienen como tema central las consecuencias psicológicas de las quemaduras en infantes y jóvenes y sus efectos a largo plazo.

Los estudios sobre este tema se centran en algunas de estas cuestiones:

PERFIL PSICOLÓGICO Y CONDUCTUAL DEL MENOR ANTES DE SUFRIR EL ACCIDENTE

En este caso se plantea si los niños que presentan trastornos emocionales son más propensos a sufrir quemaduras o que si las quemaduras severas causan trastornos. La psicóloga clínica Piazza Waggoner en el año 2005 evaluó mediante la escala multidimensional de conducta o Behavioral Assessment System for Children (Reynolds y Kamphaus, 1992), la

conducta y dificultades emocionales en 94 niños de entre 2 y 18 años antes de que ingresen al hospital por quemaduras. Los resultados que se obtuvieron a partir de la información que los padres proporcionaron, indicaban que los niños de menos edad mostraban antes de sufrir el accidente, hiperactividad, ansiedad y problemas de atención.

En el caso de los niños en edad escolar los problemas antes mencionados se le suman una sintomatología relacionada con la depresión y problemas conductuales.

El niño hiperactivo presenta dificultades para anticipar las consecuencias de sus comportamientos y prever los riesgos. Por otro lado existe un estudio en el que se investiga la competencia social y los problemas de conducta en niños quemados en comparación con un grupo de niños sin lesiones. Los resultados mostraban diferencias entre estos dos grupos de niños, por lo tanto los autores concluían a la posible influencia de las características de un trastorno conductual en los infantes (Andersson, Sandberg, Rydell y Gerdin, 2003).

.....
Publicaciones médicas informan que los niños que han sufrido una quemadura pueden presentar tras la hospitalización depresión, ansiedad, miedo y alteraciones de su imagen corporal.
.....

IMPACTO PSICOLÓGICO DE LAS LESIONES OCASIONADAS POR LAS QUEMADURAS

Según estudios realizados los pacientes niños experimentan miedo y ansiedad ante las curaciones y el personal médico, el niño ve al personal médico como el responsable del dolor que experimentas (Delgado, Moreno, Miralles, 2008).

Según el tipo de quemaduras se necesita tratamientos que muchas veces son invasivos y prolongados además por la naturaleza del tratamiento se dan complicaciones, alteraciones que dan como resultado reacciones psicológicas adversas. El dolor que causan las heridas se asocian con el malestar psicológico que experimenta el niño (Henry y Foster, 2000).

Asimismo publicaciones médicas informan que los niños que han sufrido una quemadura pueden presentar tras la hospitalización depresión, ansiedad, miedo y alteraciones de su imagen corporal. Estas reacciones están relacionadas con las secuelas físicas y también en el modo como los pacientes enfrentan las dificultades ya sea en el ámbito cotidiano como con las personas que los acompañan (Liber, Faber, Treffers y Van Loey, 2008).



VARIABLES FAMILIARES

Existen estudios publicados que describen distintos factores, entre ellas tenemos: desequilibrio emocional familiar, familias desestructuradas y entornos familiares no favorables con prácticas educativas no centradas en la supervisión y seguimiento del comportamiento del niño.

En el año 2008 Phillips y Rumsey hicieron un estudio sobre los trastornos psicológicos que se detectaban en los padres de los niños que habían sufrido quemaduras, las madres fueron su prioridad ya que mantienen una relación más estrecha con los hijos en el periodo de hospitalización.

Estos estudios ponen en evidencia las alteraciones emocionales como ansiedad y depresión en las madres. Se observa que existe desconfianza hacia la eficacia de tratamientos médicos y las practicas sanitarias que se deben aplicar en sus hijos.

Kent, King y Cochrane (2000) realizaron una evaluación sobre la ansiedad materna en tres grupos de niños, algunos con enfermedades agudas, fracturas e infantes con quemaduras. Los resultados indicaron que las madres de niños con quemaduras presentaban un alto nivel de ansiedad 6 meses después del accidente.

.....
**Se observa que existe desconfianza hacia la
eficacia de tratamientos médicos y las practicas
sanitarias que se deben aplicar en sus hijos.**
.....



TRAYECTORIAS PSICOLÓGICAS DESPUÉS DE UN ACONTECIMIENTO TRAUMÁTICO

En los últimos años existen estudios sobre las personas que son afectadas por un acontecimiento traumático (AT) se enfocaban en las reacciones psicopatológicas. Ahora con el desarrollo de investigaciones epidemiológicas muy rigurosos se ha expuesto evidencia acerca de que los pacientes tras un AT presentan amplias respuestas que no necesariamente desadaptativas (Peleg, 2006; Ursano, 2003).

Existe un modelo elaborado por George Bonanno (2004) en el cual se identifica cuatro reacciones que se pueden dar después de un acontecimiento traumático, a los que denomina trayectorias, las cuales son: la trayectoria de la resiliencia, de la recuperación, de respuestas diferidas y las repuestas que se convierten en crónicas o cronifican.

1 RESILENCIA

La primera trayectoria llamada de resiliencia es la habilidad de las personas para poder mantener niveles de funcionamiento físico y psicológico estables. Existen estudios que también la denominan como la respuesta mayoritaria de la población ante un acontecimiento traumático, ya sea de tipo natural como desastres naturales, como de origen humano por ejemplo atentados. En esta población se puede observar una sintomatología de estrés traumático que es de tipo temporal, con una duración de 6 semanas (Vera Poseck 2006).

2

RECUPERACIÓN

La segunda trayectoria es la de recuperación, en esta trayectoria se describe a un grupo que está afectado por el estrés traumático durante un periodo de tiempo y se va recuperando sus niveles de estabilidad previos al acontecimiento traumático. Esta trayectoria requiere un poco más de tiempo para la recuperación a diferencia de la de resiliencia.

3

RESPUESTAS DIFERIDAS

La trayectoria de respuestas diferidas, expone la aparición de sintomatología en un inicio leve pero que conforme pasa el tiempo los niveles se intensifican hasta niveles que pueden ser muy graves.

4

CRÓNICA

La última trayectoria es llamada crónica, contienen a las personas que tienen sintomatología de estrés traumático desde el momento inicial y no registran variables significativas posteriores aun en un periodo de tiempo determinado.



RESPUESTAS POST-TRAUMA EN PACIENTES CON QUEMADURAS

En la etapa inicial, es un poco difícil realizar diagnósticos psicopatológicos que permanezcan permanentes, por la diversidad del momento clínico, los experimentados Shalev y Galea refieren que más o menos a partir del primer mes luego del hecho recién se lograría diagnosticar las consecuencias psicológicas por quemaduras.

En las personas que sufren quemaduras se pueden catalogar hasta cinco causas o criterios etiológicos que son muy importantes, que pueden dar como resultado el desarrollo de psicopatología, en primer término las características del accidente, en segundo lugar la experiencia de la hospitalización: dolor en las curaciones, inmovilización prolongada, etc. En tercer lugar las secuelas estéticas y la imposibilidad de movilidad en algunos casos que las heridas producen, en cuarto término sería que los pacientes presenten psicopatología con anterioridad, con diagnóstico psiquiátrico o que tengan consumo de sustancias con anterioridad a su ingreso. En quinto lugar sería la falta de apoyo social o de su percepción (Argüello, 2009).

Aún, no hay un acuerdo entre los autores referente a las variables para la manifestación de la sintomatología afectiva de TEPT, están las llamadas variables objetivas como el área corporal quemada (SCQ), el tiempo de la

estancia hospitalaria (DEH) y los pacientes de sexo femenino pueden predecir los trastornos psicológicos, además las variables subjetivas como la impresión de ataque vital, las experiencias disociativas, las formas de afrontar y los rasgos de la personalidad que perturban el ciclo de adaptación psicológica después de una quemadura.



Entre los temas que surgen en los niños después de sufrir las quemaduras son las siguientes:

- Preocupación por la salud, y la valoración del niño de su condición y de sus pensamientos anticipados.
- Los esfuerzos por aceptarse internamente, toma conciencia de los resultados físicos a largo plazo.
- La redefinición de sus sueños, metas y planes personales.
- Cambios en sus relaciones interpersonales.
- El cambio de perspectiva respecto al mundo, intentan dar un sentido al trauma por las quemaduras, encontrar un nuevo sentido a su vida.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE LAS QUEMADURAS

Las reacciones de las personas frente a un hecho estresante, en el caso de una quemadura, recibe el nombre de “Estrategias de Afrontamiento”. Folkman y Lazarus (1986) aclaran este concepto, como los esfuerzos cognitivos y de conducta que cambian constantemente que se desarrollan para poder conducir las demandas específicas internas o externas que son tomadas como excedentes en la persona.

Estos autores presentan la taxonomía para la clasificación del afrontamiento, el cual posee ocho dimensiones:

- **Confrontación:** La cual hace referencia a acciones directas orientadas a cambiar la situación y sugiere un grado de hostilidad y la toma de riesgos.
- **Distanciamiento:** Reseña los esfuerzos cognitivos por alejarse y reducir el significado de la situación, como por ejemplo no tomar en serio la situación, olvidar o también actuar como si nada pasara.
- **Autocontrol:** Define los esfuerzos de controlarse a sí mismo en lo referente a sus sentimientos y acciones, tener paciencia y guardar los problemas para sí mismo y evitar precipitarse.
- **Búsqueda de Apoyo Social:** Describe el ánimo de encontrar información de apoyo, buscar un sostén efectivo y emocional en el entorno social.
- **Aceptación de la responsabilidad:** La persona reconoce su propio error en la problemática y trata de reparar la situación excusarse, criticarse a sí mismo).
- **Escape-evitación:** Se refiere a los deseos o esfuerzos de escapar o soslayar la situación (que ocurra un milagro, tomar bebidas alcohólicas o drogas, etc).
- **Resolución Planificada de Problemas:** Se refiere a los deliberados esfuerzos dirigidos al problema para modificar la situación. Se considera un enfoque analítico de resolución de problemas (considerar un plan de acción y seguirlo).
- **Reevaluación Positiva:** representa los esfuerzos de crear significados positivos del contexto al orientarse al desarrollo personal. También tiene una dimensión religiosa que establece una interpretación positiva del problema.



MANEJO DEL DOLOR EN NIÑOS CON QUEMADURAS

La administración de fármacos es la intervención más común para contrarrestar el dolor en los niños con quemaduras. El tratamiento del dolor es muy importante ya sea por razones biológicas como psicológicas. El estrés y la tensión del dolor pueden llegar a provocar alteraciones metabólicas y termorreguladoras así como también funciones inmune que en consecuencia puede afectar la vida del niño.

Osgood (1989) estima que el umbral de dolor de un paciente enfermo va a depender de las interpretaciones que tiene la persona ya sea consciente o inconsciente del accidente y el tratamiento posterior. Como ya mencionamos anteriormente hay muchos factores como la ansiedad, la ira, el sentimiento de culpa, tristeza, etc. que pueden alterar la percepción del dolor e influir en el progreso del paciente durante su estadía en el hospital.

Parte del proceso de recuperación se compone del lavado diario de las heridas y cambiar los vendajes. Estos procesos generan altos niveles de tensión tanto para el niño como para las personas a cargo como las enfermeras.

El infante puede generar ansiedad anticipada ante la imagen mental de la cura que va a recibir y esto puede generar el aumento de la percepción del dolor durante el proceso de curación e incluso el niño puede desarrollar una conducta inadecuada.

La poca comprensión que tiene el infante del objetivo de las curaciones puede causar resistencia, aumento del miedo y la anticipación al dolor por lo tanto no colabora con el personal lo cual crea conflictos. Esta ansiedad y anticipación del dolor se puede mejorar si se accede a que el niño tenga un poco de control con lo que está sucediendo, por ejemplo puede colaborar con el cambio de vendajes, y es mucho mejor explicarle previamente que se le va a hacer y por qué. (Beales, 1983).

Posibilitar que el niño tenga conocimiento de los sucesos futuros y darle un mayor control durante los procedimientos más dolorosos, permite que el niño confronte mejor estos tratamientos y los impedimentos de la hospitalización en general. (Kavanagh, 1983). Las técnicas aplicadas para el tratamiento del dolor son cognitivas y de conducta.

El método cognitivo-conductual implica la participación del infante para aumentar el control que tienen sobre ellos mismos. Este método involucra la planificación y preparación para cada paso del cambio de vendaje por lo que el niño tiene mayor control psicológico sobre su percepción del dolor, como consecuencia está más dispuesto a colaborar con los procedimientos.

El enfoque cognitivo de la terapia emplea los pensamientos del paciente como organismos que contribuyen a desarrollar un comportamiento no funcional y aumentar las emociones, por lo tanto pueden ser reestructuradas para efectos terapéuticos.

El dolor puede tener una parte cognitiva y afectiva, los cuales se pueden modificar para beneficiar al paciente. Para desviar la atención del paciente del dolor, existen diversas técnicas que pueden ir desde resolver mentalmente ciertos problemas hasta que el infante se imagine haciendo su deporte favorito.

Con el propósito de aplicar técnicas cognitivas y así obtener los mejores resultados es muy valioso tener en consideración los recursos, intereses y

el ambiente que lo rodea. La aptitud del paciente por aprender nuevas técnicas para enfrentarse al dolor puede disminuir si el paciente presenta ansiedad producto de la situación y el mismo dolor.

Las técnicas tienen que adaptarse al carácter del paciente, les debe representar una salida real y no muy complicada, que no impliquen un esfuerzo muy grande ya que de no ser así el proceso se dificulta.

La terapia cognitiva se refiere al proceso interno de pensamiento del paciente y una terapia conductual al comportamiento externo, que se puede observar.

Las técnicas cognitivas pueden ser: Tener como centro de atención el entorno, imaginarse a uno mismo haciendo alguna actividad que sea de su agrado, negar la sensación de dolor, entre otras y en las técnicas conductuales se puede tener al uso de radio, de la televisión, hablar con alguien acerca del dolor, leer, etc.

Respecto a la experiencia clínica también se manifiesta que la intervención de fármacos se





“

POSIBILITAR QUE EL NIÑO TENGA
CONOCIMIENTO DE LOS SUCESOS FUTUROS
Y DARLE UN MAYOR CONTROL DURANTE
LOS PROCEDIMIENTOS MÁS DOLOROSOS,
PERMITE QUE EL NIÑO CONFRONTE MEJOR
ESTOS TRATAMIENTOS Y LOS IMPEDIMENTOS
DE LA HOSPITALIZACIÓN EN GENERAL.

complementa con estrategias consideradas naturales como es dormir, mantener la concentración en la televisión, estos comportamientos alejan los pensamientos de la sensación de dolor.

Kuttner, resalta la eficacia de la hipnosis para controlar el dolor en los niños con quemaduras. Entre sus recomendaciones sugiere que aunque es eficaz, la hipnosis por lo general no es muy confiable si se quiere un alivio rápido de las quemaduras severas o del procedimiento de dolor.

Existe otra técnica utilizada con la finalidad de enfrentarse al dolor de forma alternativa y sin los efectos secundarios de los fármacos, la autohipnosis.

Mediante la hipnosis se pretende obtener las ventajas de la hipnosis sin que se limite a la necesidad de la presencia del terapeuta antes de que se den las experiencias dolorosas.

Las ventajas de esta técnica son claras pero ponerlo en práctica es lo que resulta complicado ya que no todos los pacientes tienen la facilidad de llegar a la autohipnosis.

La mayoría de los pacientes llega a un estado de relajación que es controlada por su imaginación.

El estado de relajación es un estado previo a la hipnosis, lo cual permite quebrar el círculo vicioso de la ansiedad, dolor y tensión muscular que intensifica el dolor. Aplacar la tensión permite disminuir la sensación de dolor y refuerza la sensación de control que tiene el niño sobre la situación.



REHABILITACIÓN DEL NIÑO CON QUEMADURAS

Una vez que el paciente ha logrado superar la fase traumática, es importante iniciar un proceso de rehabilitación para asegurar la función y estética del paciente sean las más adecuadas.

Los objetivos de la rehabilitación son minimizar o prevenir que el paciente pierda movimiento, prevenir las deformaciones anatómicas, la pérdida de masa muscular, etc. La rehabilitación debe acomodarse a las necesidades de cada paciente.

Hay dos principios básicos en la rehabilitación de un paciente quemado. Se debe iniciar el primer día de la lesión, se debe evitar largos periodos de inmovilidad, los movimientos activos deben iniciar en el periodo de reanimación y por ultimo debe programarse actividades diarias y cuidados que se irán adaptando a las necesidades del paciente (Lorenzo, 2007).

DEAMBULACIÓN

Son ejercicios que minimizan la pérdida de masa muscular, estimulan el apetito y evitan que aparezcan úlceras por presión.

El paciente debe salir de su cama y sentarse en una silla una gran parte del día, de esta manera se puede conseguir aumentar su volumen respiratorio y ejercitar sus articulaciones.

Es recomendable que estos ejercicios inicien al comenzar el día, deben ser ejercicios frecuentes pero que duren poco, aproximadamente 5 minutos cada hora y se puede ir incrementando conforme el paciente vaya avanzando.

También se aconseja que el paciente realice por sí mismo sus actividades diarias como cepillarse los dientes, caminar al baño, todas estas actividades contribuyen a aumentar la autoestima del paciente.

POSICIONAMIENTO

Aun si se cuenta con pacientes que colaboren, la realización de actividades de movimiento puede resultar insuficiente para prevenir la aparición de deformaciones o contracturas. El mantener un posicionamiento adecuado en la cama es una necesidad importante.

Un posicionamiento optimo puede llegar a ser peligroso para los movimientos articulares ya que todos los beneficios de estos ejercicios se pierden en tan solo 8 horas de sueño en una posición confortable.

Para poder llegar a una posición confortable la mayoría de veces los pacientes solicitan una almohada para la cabeza mientras descansan pero se debe tener en cuenta que su uso está contraindicado en el caso de quemaduras de cara y cuello.

Durante el periodo de sueño, los pacientes adoptan posiciones que no son recomendables para sus articulaciones. En personas sanas cambiar de posición durante el sueño no es considerado problemático pero en los pacientes quemados surgen incomodidad y molestia por lo que evitan moverse lo que causa inmovilidad articular.

Ya que resulta difícil mantener una posición adecuada de manera voluntaria, se aconseja el uso de férulas. La aparición de edemas alrededor de las quemaduras también es un factor que condiciona la postura correcta del paciente. Las áreas con edemas deben elevarse por encima del nivel del corazón. Por otro lado los brazos también pueden necesitar una elevación para facilitar el retorno venoso.



MANEJO DE LA CICATRIZ

Las cicatrices y contracturas pueden impedir el crecimiento normal provocando la formación de deformidades.

Prevenir la aparición de contracturas con instrumentos de posicionamiento es el método más fácil y corto. Ya que evita las intervenciones complejas y a largo plazo, sin embargo no es una tarea fácil mantener en su posición estos dispositivos si el paciente es un niño.

En la actualidad no hay un método ideal para las cicatrices. Tradicionalmente el método para tratar una cicatriz es la presoterapia que incluye el uso de prendas de compresión de tejidos elástico. Esta prenda se debe usar a penas cierre la herida. Los consejos para la cantidad de presión y su duración se basan en la observación empírica

pero se recomienda que la compresión ideal sea de 24 mm Hg, debe usarse 23 horas al día. Las presiones que superen el 40 mm Hg pueden causar maceración y parestesias. La disminución del flujo sanguíneo que llega a la cicatriz por la presión y la fuerza logra que el colágeno se reorganice.

Las láminas de silicona de gel pueden utilizarse en conjunto con las prendas de presión. La función de las láminas de silicona es ablandar la cicatriz y mantenerla hidratada por lo que la tensión disminuye y por lo tanto la cicatriz madura más rápido y se evita la hipertrofia.

Otra forma de tratamiento es la masoterapia que se puede aplicar manualmente o de forma mecánica con aire o agua. Este se podría considerar el tratamiento estándar que se aplica en muchos centros especializados en el manejo de cicatrices y quemaduras.

Las evidencias indican que su uso aumenta la flexibilidad de la piel y disminuye la aparición de bandas fibrosas en la cicatriz.

Otra forma de tratamiento es la masoterapia que se puede aplicar manualmente o de forma mecánica con aire o agua. Este se podría considerar el tratamiento estándar que se aplica en muchos centros especializados en el manejo de cicatrices y quemaduras.

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS QUEMADURAS EN EL PERÚ

Solo en el año 2015 el Instituto de Salud del Niño registró 2400 casos por quemaduras en niños, de estos el 80% son causados por líquidos calientes. El 65% de estos pacientes necesitan recuperación a largo plazo.

La principal causa con un 70% son los accidentes domésticos que implican la caída de líquidos calientes sobre el cuerpo del niño como sopas, avena, etc. El otro 30% lo conforma el contacto directo con el fuego, los factores relacionados son la pobreza, baja educación de los padres, alto número de hijos, el hacinamiento, la ausencia de uno de los padres, estructuras deficientes dentro de la vivienda lo que provoca que la misma casa sea un riesgo para el niño y esto se debe a la negligencia y descuido de los padres.

Los niños que ingresan al servicio de quemados del Instituto de Salud del Niño por lo general temen por los tratamientos y el dolor que estos conllevan, otra característica es que llevan ropas o accesorios que tapan sus cicatrices por lo que se puede observar el impacto emocional que una quemadura causa en un niño.

En un estudio de casos y controles llamado Factores de Riesgo en niños con quemaduras: Hacinamiento y educación materna deficiente se desarrolló una serie de preguntas para el personal encargado del cuidado de los niños en la unidad de quemados del Instituto de Salud del Niño en un periodo de 14 meses, se les consultó acerca del origen de las heridas, los datos demográficos y socioeconómicos. De 740 casos y controles, el 77.5% de casos de quemaduras ocurren en casa del niño afectado, el 67.8% en la cocina y el 74% se debe a líquidos calientes. Los niños afectados eran en su mayoría menores a 5 años. Uno de los factores de riesgo era la carencia de abastecimiento de agua. También se obtuvo que la mayoría de los pacientes acudían al hospital después de cuatro horas de ocurrido el accidente. Las quemaduras más comunes son las escaldaduras que afectan más a niños que a las niñas, ocurren principalmente cuando los niños quieren alcanzar tazas, platos, etc. que contienen líquidos calientes y están sobre una mesa. Otro factor de riesgo importante es la baja educación de las madres de familia ya que en el estudio se pudo observar que una gran parte de los padres solo tenía estudios secundarios completos.

Por otro lado los sectores económicos más afectados son los sectores de pobreza con un 71%, pobreza extrema con 23 % y no pobres con 6%. En el Perú un gran porcentaje de personas no considera a las quemaduras como una causa de mortalidad infantil que afecta a niños menores de 5 años por lo que persisten las malas prácticas como dejar líquidos calientes al alcance de los niños, la percepción erróneas de las quemaduras, conductas temerarios como conexiones clandestinas, uso de materiales inflamables, entre otros.



LOS ACCIDENTES CASEROS

LOS ACCIDENTES CASEROS

DEFINICIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define un accidente como “un suceso no premeditado cuyo resultado es un daño corporal identificable”

Los accidentes son situaciones a los que se expone una persona de forma involuntaria y ocurre de forma inesperada que como consecuencia llega a producir una lesión corporal, mental o incluso la muerte.

“En los hogares suelen descuidarse las normas más elementales de precaución contra los accidentes y se tolera temerariamente la existencia de riesgos que en la fábrica o taller más primitivo serían materia de escándalo público” (The Lancet).

El hogar es el lugar que da la mayor seguridad y tranquilidad a las personas. Aun así en ocasiones también puede suponer un peligro. Las personas adultas como los niños pueden sufrir accidentes en el hogar por desconocimiento, negligencia o simplemente curiosidad.

El hogar es donde las personas pasan mucho tiempo a lo largo de su vida por lo que las posibilidades de que sucedan accidentes de cualquier tipo.

Existen más posibilidades que ciertos miembros de la familia estén más propensos a sufrir un accidente. Hay tres miembros de la familia que sufren los accidentes con más frecuencia. Los niños menores de 5 años, personas ancianas mayores de 65 años y amas de casa, principalmente mayores de 45 años.

Los escenarios más comunes son la cocina, cuarto de baño, dormitorio, sala y jardín.

CLASIFICACIÓN DE LOS ACCIDENTES

La denominación de algunos accidentes está relacionada a su mecanismo o al lugar donde ocurrió, a la actividad que estaba realizando quien lo sufrió o el tipo de lesión. Tener conocimiento de estas variables es de suma importancia sobre todo si se quiere poner en práctica la prevención primaria que está dirigida a evitar que ocurra el accidente.

La OMS en su publicación “Clasificación estadística Internacional de Enfermedades, Lesiones y Causas de Defunción” expone una lista de causas externas de lesiones y envenenamiento e incluye los distintos tipos de accidentes.

En los Estados Unidos, hace 20 años se inició el replanteo conceptual de este tema, en el cual se puso mayor énfasis en el resultado, el lugar del accidente, que paso a ser un mecanismo por el que alguna forma de energía quedaba sin control y producía que se sobrepase los límites que el cuerpo puede tolerar lo que da lugar a lesiones específicas.



Se define entonces como lesión o traumatismo como un daño al organismo que es provocado por la exposición brusca a concentraciones de energía que exceden su margen de tolerancia o factores que pueden interferir con intercambios de energía en el cuerpo (Robertson, 1983).

Por lo tanto los agentes de las lesiones son las variadas formas de energía como la mecánica, térmica, química, eléctrica y radiaciones.

Con respecto a los accidentes domésticos se clasifican según el agente causal y el tipo de lesión.

Los accidentes más comunes son:

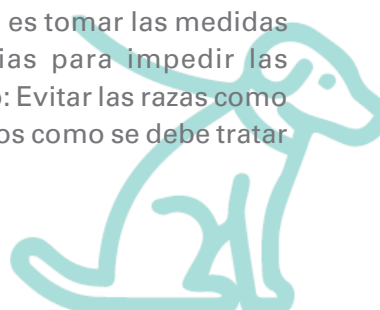
MORDEDURAS DE ANIMALES

Las personas más afectadas generalmente son los niños y pueden ser causados por animales como perros y gatos. Las razas de perros que muerde a los niños son el pastor alemán y los pitbull los cuales habitan en las calles sin ningún tipo de restricción ni regulación.

La mayoría de los casos de mordeduras son causados por los perros de la casa y por la imprudencia de los niños que son generalmente pequeños al molestar a los perros cuando están durmiendo, comiendo o juegos bruscos.

La gravedad de las mordeduras reside no solo en la lesión y la estética sino en el alto riesgo de infección como consecuencia de la saliva de los animales que esta con altos niveles de contaminación, aun si son heridas solo punzantes, como las provocadas por los gatos.

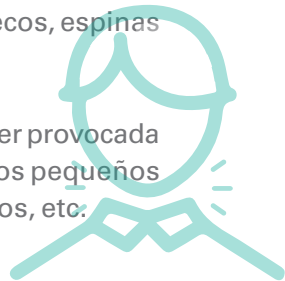
Lo mejor recomendación es tomar las medidas de prevención necesarias para impedir las mordeduras, por ejemplo: Evitar las razas como Pit Bull, enseñar a los niños como se debe tratar a una mascota.



OBSTRUCCIÓN DE LA TRÁQUEA

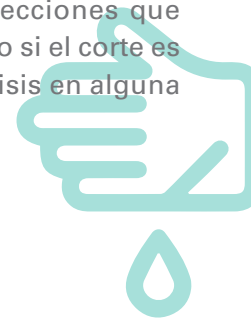
La obstrucción de la tráquea sucede por la deglución de cuerpos extraños que se adhieren en los conductos respiratorios. Existen ciertos alimentos que pueden causar atragantamiento en los bebés y niños, por ejemplo: caramelos y dulces de forma circular que superen los 2-3 cm de diámetro, migas de pan, frutos secos, espinas de pescado, etc.

En un lactante la obstrucción puede ser provocada por las aspiración del vómito, objetos pequeños como botones, cuentas de accesorios, etc.



HERIDAS INCISIVAS

Los accidentes pueden provocar heridas que no se vean a simple vista o también heridas fatales. Se evidencia principalmente en las cortaduras las cuales pueden ser superficiales o profundas. Las cortaduras profundas pueden provocar gran pérdida de sangre o incluso infecciones que pueden acabar en amputaciones o si el corte es en tendones, puede causar parálisis en alguna extremidad.



AHOGAMIENTO

Son una de las causas más comunes de muertes en los niños, se denomina ahogamiento si la persona fallece dentro de las 24 horas de la sumersión en agua y casi ahogamiento cuando logra sobrevivir después de 24 ocurrido el accidente.



SHOCK ELÉCTRICO

Los incendios que se producen en instalaciones eléctricas resultan de la sobrecarga en los circuitos de cables defectuosos, de interruptores defectuosos y del mal uso de los aparatos eléctricos.

Además de ocasionar quemaduras y provocar incendios, la energía eléctrica puede causar conmociones e incluso la muerte.

En las casas antiguas se debe supervisar la instalación ya que los artefactos eléctricos modernos necesitan mayor carga de corriente. El calentamiento que produce una sobrecarga puede ocasionar un incendio, aun si la corriente no es excesiva, puede producirse un calentamiento peligroso en el que aparecen chispas.



TRAUMATISMOS POR CAÍDAS

Los accidentes que provienen de caídas son los más comunes dentro del hogar. Las caídas causan casi la mitad de las muertes por accidentes caseros.

La prevención para las caídas es mantener la superficie de los pisos tanto al interior y exterior de la casa libre de obstáculos peligrosos.



FACTORES DE RIESGO

Existen distintas variables y factores de riesgo que causan accidentes en la infancia, la edad es un factor significativo, ya que según la edad que se tiene existen diversos factores que facilitan el sufrir accidentes, por ejemplo: al iniciar de caminar, riesgo de caídas con contusión en la cabeza y cara, cuando el niño empieza a subir las escaleras y trepar, mayormente quieren alcanzar objetos grandes como adornos, comida, etc.

En la edad escolar se caracteriza por la actividad grupal y social, las lesiones son de tipo contuso y la zona más afectada es el rostro.

Por otra parte es probable encontrar objetos al alcance de los niños en su propia casa o áreas de recreación, por ejemplo juguetes con piezas pequeñas, que son fácilmente manipulados por los niños, por lo que el riesgo de introducción a fosas nasales, oídos o aspiración bronquial representa una amenaza.

Los productos para la limpieza, detergentes, kerosene, alcohol representan también un riesgo para la familia, estas sustancias pueden provocar quemaduras graves que desencadenen en muerte, por lo que es recomendable almacenar dichos productos en lugares alejados y seguros. Los grupos de riesgo están conformados en su mayoría por: bebés y niños pequeños en edad preescolar

En la edad escolar se caracteriza por la actividad grupal y social, las lesiones son de tipo contuso y la zona más afectada es el rostro.



CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS Y EL RIESGO DE ACCIDENTE

Según Marlow, los accidentes ocurren de acuerdo a la edad y características de la etapa de desarrollo del niño.

Cuando es neonato, está limitado a permanecer dentro de la cuna que es relativamente segura, si es que no se deja solo al lactante cuando las barandas están bajas.

Los accidentes más reportados son las caídas de cama o cuna, asfixia porque se lo deja envuelto con mucha ropa o almohadas blandas sin vigilancia.

Otros accidentes también son el alimentar con comidas demasiado caliente que el niño no puede aguantar.

Cuando el niño ya puede desplazarse más la curiosidad innata pueden exponer al lactante a muchos peligros por la falta de conocimiento y experiencias previas que se necesita para protegerse a sí mismos.

En esta etapa los lactantes no poseen una coordinación y control físico completos por lo que son físicamente no pueden coordinar sus músculos por lo que son más propensos a sufrir caídas. Los menores de 3 años no van a responder igual que una persona adulta ante una estimulación sensorial por lo que los pequeños objetos o sustancias tóxicas pueden ser ingeridos o aspirados.

Los niños de seis años necesitan mayor protección y cuidados ya que en esta edad las posibilidades de sufrir accidentes es el doble que las demás edades., ocurren mayormente en casa seguidos de ambientes que los rodean (San Martín, 1984).

Algunos niños poseen características que los hacen más propensos a sufrir accidentes, entre ellos tenemos:



- El niño es curioso, puede ser de cualquier sexo.
- Los niños son más propensos a ser víctimas de accidentes que las niñas.
- Los accidentes ocurren cuando el niño no está siendo vigilado, ya sea porque los padres están ocupados cuidando a un hermano menor, cuando la mamá está embarazada, los padres están muy cansados, etc.
- Los accidentes incrementan cuando el niño se siente hambriento o cansado.
- Si el niño se encuentra en lugares desconocidos o si es supervisado por una persona inexperta.
- Los niños que son hijos únicos o primogénitos tienden a sufrir menos accidentes que los otros (Whaley 1988).

Los niños preescolares pueden lesionarse aun cuando saben que una situación es peligrosa. Pueden caminar por las calles sin prestar atención al tráfico o caerse de su triciclo, entre otros.

A medida que crece su energía se canaliza en los deportes, en los cuales también suelen ocurrir accidentes (Waechter, 1993).

El desarrollo del niño incluye procesos que son muy complejos, el desarrollo motor va desde la cabeza hasta los pies y con ella se amplía el área de alcance del infante, lo que lo lleva a un rol activo en relación con el riesgo. Esto conlleva a nuevas facetas de peligros a lo largo de su crecimiento.



LOS ACCIDENTES DOMÉSTICOS Y LA MADRE DE FAMILIA

El niño es una persona que se encuentra en desarrollo durante toda la etapa de crecimiento, además del desarrollo corporal, el infante adquiere destrezas que le permiten entender el mundo que lo rodea.

Tener conocimiento de las características propias de la edad permitirá que se adopten medidas preventivas eficientes para evitar lesiones graves. La etapa de la infancia por su propias características requiere supervisión y cuidado de los adultos, que generalmente son las madres.

La madre de familia tiene que tener la capacidad de tomar buenas decisiones y los conocimientos necesarios para el correcto desarrollo de su hijo (Benitez, 2016).

En el año 2007, los especialistas Santiago, Fernández y Sánchez expusieron diferentes tipos de accidentes que son los causantes de morbilidad y mortalidad en edad preescolar. Los preescolares están expuestos a muchos peligros ya sea fuera y dentro de sus hogares. Los accidentes se dan mayormente en niños de sexo masculino.

Los cuidados que las madres brindan son el reflejo de sus conocimientos, procesos sociales y las interacciones que establecen mediante la socialización con otras mujeres en el ámbito doméstico.

Las interacciones sociales en la vida cotidiana es una realidad que se va compartiendo con sus propios hijos, vecinas y profesionales de la salud. Las mujeres acumulan experiencias y conocimientos que se transmitirán de generación en generación (Berger y Luckmann, 1986).

La mayor parte de la población femenina del Perú tiene menos de 40 años de edad y en total representa casi el 50 % de la población del país, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). En el Callao la población de mujeres en edad fértil (MEF), asciende a 249 680 mujeres, que representa el 55,9% del total de mujeres de la Provincia Constitucional del Callao.

El distrito que presenta la tasa de partos más alta es Ventanilla con 1,6 hijos por mujer, le sigue Callao con 1,3 hijos, Bellavista y Carmen de La Legua-Reynoso cada uno con 1,2 hijos, La Perla con 1,1 hijos y finalmente, La Punta con 1,0 hijo por mujer.

El 70% del total de la población femenina (7'852,110) reside en áreas urbanas, como consecuencia del centralismo y de los patrones de migración y urbanización registrados.

Ventanilla se ubica en la zona centro occidental del país, está conformada por ocho urbanizaciones, es distrito desde el 28 de enero de 1969, por el gobierno militar de Juan Velasco Alvarado. Tiene una superficie de 73,52 km². Para el año 2013, el Instituto Nacional de Estadística e Informática ha estimado una población de 389 mil 440 habitantes. Los resultados del empadronamiento de la población en riesgo ha registrado a 105 mil 656 personas, que representa el 58,8% del total de la población proyectada.

Predomina la población de Nivel Socio Económico (NSE) C y D. También hay un notorio porcentaje de NSE B.

El nivel socioeconómico C, también conocido como clase media que tiene el jefe del hogar con solo educación secundaria completa o menos es de 79% por lo cual no se tiene un patrón de educación que permita a los miembros de este sector apoyarse y consolidarse como clase media. Si se continúa con esta tendencia de una clase emergente con poca educación, se puede revertir lo avanzado. Así, la probabilidad de ser pobre disminuye sólo cuando se tiene acceso a la educación superior.

.....
**Tener conocimiento de las características
propias de la edad permitirá que se adopten
medidas preventivas eficientes para evitar
lesiones graves.**
.....



PREVENCIÓN DE LOS ACCIDENTES CASEROS

La prevención es definida como un conjunto de habilidades, conocimientos, experiencias, creencias y valores que llevan a las personas a tomar decisiones, comportamientos individuales o colectivos para disminuir y evitar riesgos ya sea para ellas mismas , sus bienes o el medio ambiente y por lo tanto beneficia el desarrollo sostenible y las futuras generaciones (Dueñas y Puertas, 2014).

Por otro lado, Baron (2012) expreso que es importante fomentar una cultura de prevención además de mejorar la educación en todos los niveles. Este hábito de prevención nace en casa, siendo el ejemplo un factor determinante, en otras palabras todo lo que ocurre en el interior de la casa se repercute en un nivel más grande y trasciende el ambiente particular para influenciar en la sociedad.

Es por esto que las familias deben cumplir su rol, ya que ellas son las encargadas de promover

el bienestar y la salud a todos los integrantes del hogar, ejerciendo acciones de cuidados, seguridad y protección. Sin embargo esto no se cumple ya que las familias creen conocer su entono e ignoran los estándares de seguridad mínimos, además un estudio revela que las familias que han pasado por una situación riesgosa con sus hijos no llegan a desarrollar un comportamiento de prevención en su hogar (De Lima, Barbosa, Silva, Vieira y Oria, 2009).

En el estudio “Accidentes en la infancia: el lugar de ocurrencia y la conducta de los familiares en el ámbito domiciliario” se revela que la presencia de los padres no es un factor decisivo para que los hijos no sufran accidentes, ya que el 79,21% de los casos la madre o padres estaban presentes y solo el 2,57% de los casos los niños se encontraban solos en su casa en el momento del accidente.

Es importante tener presente que para la prevención de accidentes en el hogar, el nivel

de instrucción en que están los miembros de la familia, esto se debe a que los accidentes varían según el nivel de instrucción de los integrantes, el tipo de trabajo de los padres, características de las viviendas, las costumbres y el nivel socioeconómico.

PREVENCIÓN DE CAÍDAS:

Las caídas pueden reducirse si se utilizan estrategias de prevención eficientes. Se debe analizar los entornos para poder poner en práctica algunas recomendaciones, las cuales son:

- La implementación de programas comunitarios multifacéticos.
- Rediseño del inmobiliario o productos dirigidos a niños en edad preescolar.
- Normas que se puedan aplicar en los patios de juegos de escuelas.
- Uso de dispositivos de seguridad para ventanas, barandas, puertas, escaleras, etc.
- Campañas de comunicación dirigida a los padres.
- Atención pediátrica de calidad (Peden et al, 2012).

PREVENCIÓN DE INTOXICACIÓN:

Da Cuña en el año 2012 dio a conocer medidas de seguridad dirigidas a la prevención de intoxicaciones, entre ellas tenemos:

- Mantener los productos tóxicos en sus envases originales y en lugares fuera del alcance de los niños.
- Regular los productos que se usan por los niños y verificar que no sean tóxicos.
- No almacenar productos tóxicos junto a productos alimenticios o de aseo.

CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS, RIESGO DE ACCIDENTE Y AMBIENTE FAMILIAR

Los accidentes no suceden al azar. Diversos estudios muestran que la prevalencia y gravedad de los accidentes en los infantes tienen relación con muchos factores, como la renta familiar, la salud mental de los cuidadores, el hacinamiento, etc.

Según una publicación mundial sobre la prevención de lesiones infantiles de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF, las lesiones por accidentes son causantes del 30% de muertes en niños de 1 a 3 años y 40% en niños de 4 años.

Sin embargo a pesar de su prevalencia, las lesiones por accidentes no son consideradas muchas veces como relevante dentro de la salud pública. Según Bartlett esto se debe a que las personas entienden los accidentes como acontecimientos fortuitos, que suceden de casualidad o son inevitables.

No solo la edad y el género están relacionados con la intensidad y la magnitud de los accidentes sino también el nivel socioeconómico. Los accidentes ocurren en mayor cantidad entre personas de niveles socioeconómicos bajos.

En el año 2010, Laflamme, Hasselberg y Burrows publicaron artículos sobre accidentes en niños y su relación con la desigualdad socioeconómica.

En el estudio se hace referencia a variados tipos de accidentes con niños y se puede observar que muchos de estos estudios dan como resultado una asociación entre desventajas socioeconómicas y la ocurrencia de lesiones o accidentes. También se mostró que las madres con un mayor nivel educativo protegerían mejor a su hijo de cualquier riesgo.

En el Perú destacan dos estudios sobre quemaduras, en los que se obtuvo que en grupos de niños y adolescentes hasta los 17 años, los bajos ingresos y el hacinamiento facilitaban el riesgo de sufrir estas lesiones y que una mejor instrucción materna tenía un mayor efecto protector.

Según la OMS y UNICEF, existe un vínculo directo entre el riesgo de sufrir lesiones y la ausencia o presencia de supervisión. El poco cuidado también puede poner en evidencia la experiencia de violencia doméstica en las madres de familia. Si se da violencia física o mental contra la mujer, esta puede afectar su capacidad para cuidar a los niños de manera adecuada (Jewkes, 2001).

No solo la edad y el género están relacionados con la intensidad y la magnitud de los accidentes sino también el nivel socioeconómico

Por otro lado no solo los infantes de familias de bajos ingresos tienen más posibilidades de sufrir lesiones sino que les es más difícil acceder a servicios de salud de calidad.

En el caso del Perú en las dos primeras partes del estudio Niños del Milenio, se realizaron preguntas sobre accidentes, según los datos obtenidos se puede observar que las caídas son el accidente más común entre los niños, seguido por las caídas de golpes fuertes en la cabeza, las quemaduras y por ultimo las fracturas. En este estudio también se expuso que los síntomas de depresión aumentaban en las madres ante la probabilidad de que sucedan estos accidentes.

En el segundo estudio llevado a cabo por la Fundación Bernand van Leer, se muestran tres aspectos que influyen en la ocurrencia y magnitud de los accidentes.

- Ausencia de supervisión de los niños ya sea dentro o fuera de la casa.
- Presencia de contaminación en su comunidad. La suciedad puede causar enfermedades así como accidentes sino se recogen diariamente.
- El impacto de la violencia doméstica en el hogar en la salud de los infantes. Los hogares con casos de violencia tienen mayor posibilidad de que los niños padezcan alguna lesión.

PRIMEROS AUXILIOS EN ACCIDENTES MÁS FRECUENTES

Se definen como las acciones de emergencia adecuados y provisionales que se aplican a las personas accidentadas o con alguna enfermedad. Su finalidad es reducir los efectos de las lesiones y darle estabilidad a la persona lesionada.

Los beneficios de aplicar primeros auxilios son: Conservar la vida del afectado, disminuir el dolor, evitar complicaciones físicas o psicológicas, saber que procedimientos seguir y asegurar el correcto traslado de la persona accidentada a un centro de salud.

Las precauciones generales para prestar primeros auxilios son:

- Determinar los peligros que pudieran darse en el lugar del accidente y ubicar a la víctima en un lugar seguro.
- Comunicarse constantemente con la persona accidentada, su familia o vecinos.
- No apretar las ropas de la persona lesionada y comprobar si las vías respiratorias están libres de cualquier objeto extraño.
- Evitar movimientos innecesarios.
- Si la víctima se encuentra consciente, pedir que mueva una de sus extremidades para determinar su nivel de sensibilidad.
- Colocar a la persona accidentada en posición lateral, esto evitara que se acumulen secreciones que obstruyan las vías respiratorias.
- Cubrir al lesionado para mantener una temperatura corporal óptima.
- Proporcionar seguridad física y emocional.
- No administrarle medicamentos.
- No dar líquidos por vía oral si el lesionado se encuentra inconsciente.



“

**SU FINALIDAD ES REDUCIR LOS EFECTOS
DE LAS LESIONES Y DARLE ESTABILIDAD A
LA PERSONA LESIONADA.**

EL JUEGO COMO ESTRATEGIA DE APRENDIZAJE

EL JUEGO COMO ESTRATEGIA DE APRENDIZAJE

DEFINICIÓN

El juego se puede definir como una actividad humana la cual ha sido estudiada desde diferentes puntos de vista. Una de las primeras personas que abordó el tema fue Johan Huizinga en su libro "Homo ludens" en el año 1938. En este libro se define los elementos más importantes de la conducta lúdica.

Huizinga define el juego como una acción u ocupación libre que se desarrolla dentro de unos límites de tiempo y espacio determinados que siguen reglas obligatorias pero que son aceptadas libremente. Esta acción presenta sentimientos de tensión pero también alegría. El hombre no solo posee la capacidad para pensar sino la capacidad para el juego que según el autor es uno de los elementos espirituales más importantes de la vida.



CLASES DE JUEGOS

Caillois antropólogo francés en su obra “Los juegos y lo hombres” define distintos tipos de juegos en función al impulso que provocan. Este autor señala cuatro bloques principales, de competición, azar, simulacro y vértigo.

Los juegos donde predomina la competencia son juegos de combate en los que los jugadores se enfrentan en condiciones donde tiene las mismas oportunidades para poder determinar de este modo al ganador. La motivación de este tipo de juego es el deseo del jugador de superar a su contrincante y demostrar su rapidez, resistencia, habilidad, etc.

Aquellos en lo que el determinante es el azar son los juegos en donde no predomina la decisión del jugador. En este tipo de juego el jugador no pretende ganar a su adversario sino sobre su propio destino.

Los juegos en lo que lo más importante es el simulacro, el jugador se despoja del mundo real y se convierte en otro, cambia su personalidad y finge tener otra por lo que encuentra placer y diversión.

Por último los juegos en los que predomina el vértigo son aquellos que pretenden modificar la percepción y entrar a una fase de pánico, por ejemplo los juegos de los parques de atracciones.

Las actitudes propias de estos cuatro tipos de juegos pueden estar mezcladas por ejemplo los naipes combinan azar con habilidad.

Por otro lado Piaget clasifica las clases de juegos en función a la etapa evolutiva en la que se encuentra el niño.

- El juego motor que corresponde a las primeras etapas en donde el niño ejercita y desarrollo sus habilidades motoras.
- El juego simbólico aparece en una segunda etapa en el cual el niño es capaz de invocar con ayuda de su imaginación objetos y situaciones.
- El juego de reglas es la característica de la tercera etapa en la que el infante puede aceptar reglas que comparte con otros jugadores.

Otro autor llamado Vigotski determina dos características que definen la actividad lúdica: la instalación de un contexto o situación imaginaria y la existencia de reglas ya sean explícitas o no. Según este autor a lo largo del desarrollo del niño existen 3 clases de juegos.

- Los juegos con diferentes objetos, en los cuales los niños juegan a agarrar objetos, observarlos, tirarlos, etc. Cuando el niño empieza a moverse llega a esconder los objetos por lo cual con esta actividad lúdica ponen a prueba su organización interna.
- Los juegos constructivos, en los que el infante es capaz de realizar acciones que siguen una planeación, lo cual manifiesta una mayor relación con el mundo que los rodea.
- Los juegos de reglas, los cuales plantean problemas complejos que se tiene que resolver respetando ciertas reglas o normas. Este tipo de juego permite que el niño desarrolle su capacidad de razonamiento y sus habilidades sociales.

CARACTERÍSTICAS DE LOS JUEGOS

Partiendo de los dos autores mencionados anteriormente se puede definir las siguientes características:

- El juego es una actividad libre, es decir responde al deseo y a la elección del participante.
- La realidad imaginaria del juego nace de la combinación adecuada de los datos de la realidad con los de la fantasía, es decir las personas construyen un mundo imaginario a través del juego. Este espacio imaginario está en el límite entre lo ideal y lo real, entre la ficción y la realidad.
- Todo juego se desarrolla en un tiempo y un espacio propios, los jugadores están de acuerdo y establecen los espacios lúdicos, los tiempos y el final del juego.

EL JUEGO DIDÁCTICO

El juego didáctico es una estrategia que se realiza en cualquier sistema educativo. Adquiere un objetivo educativo, tiene una estructura como un juego con reglas que incluye momentos de acción pre reflexiva y apropiación abstracta de lo que la persona ha vivido.

El uso de esta estrategia tiene diferentes objetivos los cuáles tienen la función de ejercitar habilidades en alguna área. Es por esta razón que es importante conocer las capacidades que se pueden desarrollar a través del juego. También es importante conocer las características que debe tener el juego para considerarse didáctico y saber su clasificación para poder saber cuándo utilizarlo y al público al que se dirige.



La relación entre jugar y aprender es natural. La actividad lúdica resulta interesante y motivadora por lo que capta la atención de las personas. Los juegos necesitan de la comunicación, por lo tanto los mecanismos de aprendizaje se activan.

La riqueza de una estrategia hace del juego una ocasión de aprendizaje y de comunicación, se entiende como aprendizaje a un cambio importante y estable que se da a través de la experiencia.

Lo rescatable de esta estrategia radica en que no debe destacar el aprendizaje memorístico de conceptos o hechos sino en el entorno que estimule a las personas a su propio conocimiento y aprendizaje (López y Bautista, 2002).

Las estrategias deben estimular a las personas para que sientan la necesidad de aprender. En este sentido debe despertar por sí misma la curiosidad y el interés de las personas.

Los juegos didácticos permiten el desarrollo de habilidades en diferentes áreas las cuales pueden ser:

Área físico-biológica: Capacidad de movimiento, destreza manual, coordinación y sentidos.

Área socio-emocional: Socialización, satisfacción, confianza en sí mismo, resolución de conflictos, etc.

Área cognitiva-verbal: Creatividad, agilidad mental, memoria, atención, pensamiento crítico, interpretación de conocimiento, comprensión del mundo, seguimiento de instrucciones, etc.

Dimensión académica: Retención de contenidos de asignaturas pero en especial de lectura y matemáticas.

EL JUEGO Y EL ADULTO

El jugar no es exclusivo de los niños, sino también del adulto que es capaz de ser creativo y de utilizar su personalidad. El juego se define en esta etapa como una actividad de acuerdo a reglas que son consentidas libremente y desligadas de una necesidad material. Es también experimentar sus propias facultades en donde la imaginación y la fantasía se sobreponen a la realidad.

La necesidad de jugar en las personas es necesaria a través de toda la vida. Sin embargo en el mundo occidental el juego ha sido relegado como una actividad exclusiva de los niños.

El juego realizado con placer y gozo resulta más eficaz que cuando la persona lo percibe desagradable, es por eso que el juego no deja una sensación de fatiga, aburrimiento ni obligación.

.....

La necesidad de jugar en las personas es necesaria a través de toda la vida.

Sin embargo en el mundo occidental el juego ha sido relegado como una actividad exclusiva de los niños.

.....



ANTECEDENTES NACIONALES

“NO MÁS NIÑOS QUEMADOS”, MINSA, 2015

En el 2015 la Sub Unidad de Atención al Paciente Quemado en conjunto con el Instituto Nacional de Salud del Niño SN SBSan Borja lanzó la campaña “No más Niños Quemados” con el propósito de prevenir las quemaduras en niños y disminuir los porcentajes de esta problemática en el país. Se presentó un spot de prevención dirigido a los padres de los niños para que tomen conciencia de que las quemaduras se pueden evitar si se toman las precauciones necesarias. También estuvo presente el viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud, Pedro Grillo Rojas quien informo sobre los esfuerzos del INSN SB para el tratamiento integral y especializado del niño con quemaduras.



“CAMBIEMOS LA HISTORIA, NO MÁS NIÑOS QUEMADOS”, INSN, 2016

El INSN, lanzo la campaña “Cambiemos la historia, no más niños quemados” con el fin de prevenir quemaduras en niños por líquidos calientes y negligencia en el hogar. La Dra. Zulema Tomas, directora General del INSN afirmo que el 70% de los niños y niñas que se hospitalizan por quemaduras se debe a líquidos calientes, Lo que se busca con esta campaña es concientizar a los padres y madres de familia y también a la sociedad de la importancia de la prevención que principalmente afectan a niños de 1 a 4 años. Asistieron representantes del Ministerio de Salud, artistas interesados, etc. También se presentó un spot publicitario dirigido a los padres de familia.



“MÍRATE EN MI ESPEJO Y PONTE EN MI LUGAR”, ANIQUEM, 2014

Aniquem desde hace mucho tiempo lanza campañas de prevención y sensibilización con las víctimas de quemaduras, muchas veces los pacientes no solo padecen secuelas físicas graves sino también el rechazo de la gente. Es por eso que el objetivo de su campaña “Mírate en mi espejo y ponte en mi lugar” es hacer reflexionar a las personas sobre cuán dura es la reintegración de los niños quemados a la sociedad después de haber sufrido el accidente mediante el uso de una máscara igual a la que los pacientes utilizan.



EL SUPERHÉROE EN MÍ , ANIQUEM , 2016

Campaña que busca rediseñar las máscaras que utilizan los niños con diseños de superhéroes, esta campaña tiene como propósito representar a los niños con quemaduras como héroes que luchan contra los prejuicios de la gente y también contra el dolor que conlleva todo su proceso de recuperación. A través del juego se refuerza la autoestima de los niños ya que los pacientes tienen que usar estas mascarar todo el día. Es una campaña de Aniquem junto a la Agencia McCann Lima.



ANTECEDENTES INTERNACIONALES

TE QUIERO CUIDAR, CAMPAÑA DE PREVENCIÓN DE QUEMADURAS, 2015, COLOMBIA

“Te quiero cuidar”, es una iniciativa que cuenta con el apoyo de instituciones como: ProSur, el Parque de la Vida, la Corporación Cariño, la Fundación Haceb, Prensa Escuela, Canal U, Fundación Fraternidad Medellín, Club Rotario y la Fundación Bancolombia.

La iniciativa “Te quiero cuidar” se construye mediante un trabajo colaborativo que logra integrar la experiencia de las instituciones participantes en el cuidado de la salud y la prevención en el sector educativo, así como el conocimiento médico de nuestro Hospital.

El proyecto está dirigido a niños, jóvenes, padres de familia y maestros de preescolares, escuelas y colegios, con la que se buscará a través de estrategias como un sitio web educativo y accesible desde el lenguaje y las recomendaciones, talleres de co-creación con los maestros y un concurso en el que a través de vídeos, fotografías o textos la comunidad educativa enseñará como cuidar a los niños de las quemaduras por líquidos calientes.



ALTO AL FUEGO“, COANIQUEM, 2016, CHILE

La campaña “Alto al fuego” tiene como objetivo destacar la importancia de evitar cualquier situación de riesgo para los niños. También hacer un llamado a la ciudadanía para poder prevenir y aumentar los cuidados con los menores en las festividades de fin de año y evitar la comercialización de fuegos artificiales.

Por otro lado recomienda, comprar luces navideñas con certificación de calidad (si se usan de años anteriores, hay que asegurarse de que estén en buen estado), no recargar el árbol de Navidad con adornos eléctricos que puedan provocar incendios, y siempre apagar las luces de su árbol al salir o antes de ir a dormir.





SERV
A
PRE
TALLADO
AMOLADO
LACIADO
BILAS ARR
SERVIDOR
MAQUINAS
PLANCHAS
VENTILADOR
LUSTRADORA
ASPIRADOR
REPOSICION
AFILADO DE TI
VENTA DE
MOLINO DE CA
PULV.



04

CAPÍTULO

EL PROYECTO



CONCEPTO DEL PROYECTO

El concepto seleccionado para el proyecto es Libres de Peligro, a través de este proyecto se busca que los padres tomen conciencia de las medidas de prevención para evitar quemaduras en casa, como resultado sus hijos estarán libres de peligros y riesgos mediante la prevención y la alerta.

NOMBRE DEL PROYECTO

Enciende sonrisas, Prevención de quemaduras en niños

Definición según la Real Academia Española (2014):

ENCIENDE:

Incitar
Hacer brotar luz

SONRISA:

Reírse un poco o levemente, y sin ruido
Ofrecer un aspecto alegre o gozoso.

Al unir ambas palabras que dan el nombre del proyecto “**Enciende Sonrisas**” Prevención de quemaduras en niños, el significado de encender cambia de connotación hacia una acción positiva en que los padres con el conocimiento de la prevención y protección, actitud proactiva y amor cuiden de mantener por siempre las sonrisas de sus hijos y evitar los riesgos y peligros, en este caso las quemaduras por accidentes caseros.

FUNDAMENTACIÓN DEL PROYECTO

El proyecto consiste en el diseño de un juego educativo de participación activa dirigido a los padres de familia.

El diseño del juego será parecido a los juegos de mesas clásicos, se utilizará un tablero gigante, fichas y un dado. El juego tendrá casillas las cuales estarán divididas en datos, situaciones de riesgos y sonrisas. El participante utilizará el dado para avanzar, si el participante cae en el “riesgo” tendrá que leerlo en voz alta y retroceder lo que le indique la penalidad, si la persona cae en la sonrisa podrá avanzar cuantas casillas indique la tarjeta.

Por otro lado cada vez que un participante caiga en un casillero que contenga datos o cifras, el mediador o mediadora profundizará un poco más acerca de ese dato. El ganador es la persona que llega a la meta de “Niños libres de peligro”.

Esta actividad les brindará tips y consejos de manera didáctica y entretenida y a la vez un momento en el que pueden interiorizar las amenazas que existen en casa.

Por otro lado el juego en su realización es una actividad motivadora, genera cercanía social y afectiva dentro de sus participantes, a nivel físico crea entornos dinámicos y efectos placenteros por medio de la risa y la incertidumbre que generalmente lo acompañan, también hace de las situaciones y el tiempo invertido recuerdos felices.

A nivel educativo es una herramienta útil para adquirir y desarrollar capacidades motoras por medio de la exploración, en el ensayo y error, así como a nivel intelectual genera conocimiento y reflexión.



MOODBOARD



PÚBLICO OBJETIVO

ACTORES INVOLUCRADOS

Se encontró una gran cantidad de actores en cada variable, en el caso de la variable “quemaduras en niños” los principales actores son los niños de 2 a 5 años de edad, que han sufrido una quemadura o no. Luego están los padres de familia, quienes juegan un papel muy importante pues son ellos los responsables de velar por la salud y calidad de vida de sus hijos.

Por otro lado se encuentran los hospitales, postas médicas, centros de salud, colegios, municipalidades, etc. Los cuáles brindan atención médica integral a las personas , seguridad y educación.

FUNDAMENTACIÓN DEL PÚBLICO OBJETIVO

Según la Asociación de ayuda al niño quemado (Aniquem), en el Perú el 60% de las personas quemadas son niños de entre 1 y 4 años que sufren de quemaduras dentro de sus hogares, también indica que la causa principal es la falta de conciencia y cultura de prevención de los padres de familia acerca de los peligros que rodean a un niño.

La incidencia de quemaduras ocurre principalmente en provincias como Junín y Huancavelica, en Lima las zonas con mayor incidencia de quemaduras son los conos, esta es la razón por la se escogió el distrito de Ventanilla.

El 62% de la población de Ventanilla son madres y un 9.8% son madre solteras, asimismo el promedio de hijos en este distrito es de dos hijos por mujer.

Se eligió a los padres de familia de niños de 2 a 5 años del distrito de Ventanilla ya que desconocen la gravedad de este problema a corto y largo plazo además de que no están informados de las medidas de prevención para evitar quemaduras, por otro lado los padres de familia tienen la responsabilidad y la obligación de mantener a sus hijos fuera de peligro mediante cuidados y atención.

..... • **El 62% de la población de Ventanilla son madres y un 9.8% son madre solteras, asimismo el promedio de hijos en este distrito es de un hijo por mujer.**

Los padres de familia de este distrito tienen un rango de edad de 25 a 35 años, sus pasatiempos favoritos para divertirse en familia es visitar centros comerciales, ir a los parques zonales o parques distritales, ir al cine, entre otros. (Plan de Desarrollo, Municipalidad de Ventanilla, 2013).

DESCRIPCIÓN DEL PÚBLICO OBJETIVO

Los siguientes datos estadísticos definen las características sociodemográficas del público objetivo. La información obtenida pertenece a la investigación : Ventanilla, Perfil sociodemográfico de las poblaciones en riesgo del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).





LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN





ENTREVISTA



LUIS RODRÍGUEZ MALCA
ADM. GENERAL ANIQUEM

¿Cuáles son los casos de quemaduras más comunes que llegan a ANIQUEM?

El más común y que va más allá del 70% es líquidos calientes. Como tratamos con personas de pobreza y pobreza extrema normalmente viven en condiciones muy precarias por lo cual cocina con las ollas en el piso por lo cual hay inmersión en líquidos calientes también hay volcaduras de cocina.

¿Cuáles son los tipos de rehabilitación que los pacientes reciben en Aniquem?

En Aniquem realizamos principalmente rehabilitación física y psicosocial, específicamente es rehabilitación física, vocacional, psicológica y tenemos un taller de presoterapia que es brindarles prendas compresivas a los pacientes para que las cicatrices no se sigan desarrollando en queloides.

¿Cuánto tiempo puede durar la rehabilitación de un paciente dependiendo del grado de quemadura que presenta?

Nosotros recibimos dos tipos de pacientes, quemados moderados y grandes quemados, el primero con una duración de 2 a 3 años y los grandes quemados de 5 años a más.

¿Por qué cree que aun estando ya en el año 2017 se sigue presentando casos de niños con quemaduras?

Como te comenté realmente es la falta de educación en prevención de quemaduras, el Estado peruano debería dar un programa o un apoyo real a aquellas zonas de riesgo como son las zonas de pobreza, las zonas más alejadas y brindarles información y que se pueda evitar estos accidentes.







05

CAPÍTULO

EL DISEÑO

SINTAXIS

A lo largo del proyecto se utilizarán distintas piezas gráficas las cuáles servirán de apoyo para llegar al público objetivo y a la rápida comprensión del problema.

Las piezas gráficas del proyecto serán el juego de mesa, las fichas y el dado. El juego tendrá grande proporciones para visualizar mejor todas las casillas y generar que el participante se mueva, también se hará uso de stickers que servirán para escribir los nombres de cada participante.

Las fichas serán tres cubos de diferentes colores, así como también se hará uso de tarjetas de penalidades y tarjetas de sonrisas.

Las piezas gráficas entregadas al público asistente serán trípticos con información infográfica relevante sobre el problema. Se hará uso de merchandising como polos y stickers para los niños y adultos, los cuáles llevaran el logo de la campaña y otras ilustraciones creadas para la campaña.

Por último al momento de finalizar el juego se hará entrega de un kit escolar como premio al ganador así como un polo de la campaña.

ESTÉTICA

La estética del proyecto está compuesta por recursos gráficos relacionados con la familia y la alegría.

Se busca que sea divertida y sencilla, pero al mismo tiempo transmita la idea de prevención. Esto se va lograr a través de los colores usados, los cuales mezclan los amarillos, azules y verdes. En cuanto a los recursos gráficos se hará uso de tramas con figuras geométricas, personajes, como niños y padres, que ayuden a explicar el tema, también habrá síntesis lineales para explicar datos en infografías.

En cuanto a la tipografía, se usó una fuente orgánica, con esquinas redondeadas, evocando una escritura a mano, la fuente utilizada para el cuerpo de texto es sin serif lo que permite una mejor comprensión del texto, para el logo se utilizó una fuente totalmente orgánica, con diferentes tamaños, además se cambió la estructura de la tipografía para formar una sonrisa.

SIMBOLOGÍA

El logotipo de la campaña utiliza los colores amarillos que simbolizan diversión, amabilidad y optimismo concepto que son aplicados cuando se piensa en juego.

El amarillo también estimula la creatividad y hace que se agudice la percepción y la reflexión, lo que da como resultado una mayor concentración y un pensamiento más rápido.

El color verde azulado también se usa a lo largo de la campaña. El color verde es un color relajante y refrescante que induce a quién lo contempla sensaciones de serenidad y armonía. Está íntimamente relacionado con todo lo natural, simbolizando también la vida y la buena salud.

El logo también contiene la síntesis de una sonrisa, la cuál esta posicionada abajo de la palabra sonrisas para reforzar el nombre del proyecto.

PRAGMATISMO

El juego es de suma importancia porque es el que llamará la atención total de las personas y además contendrá información importante sintetizada en infografías para que su lectura sea más fácil y rápida. Es de un tamaño considerable para que se pueda ver desde lejos, el juego estará encima de una mesa, también se contará con equipo de sonido y micrófonos para que todo el público pueda escuchar bien las indicaciones y la información proporcionada.

Las piezas entregadas al final como el tríptico sirven para mantener informados a los padres sobre estos problemas y busquen la ayuda necesaria si en caso sucede una quemadura. Por último los trípticos son de un tamaño pensado para la comodidad del usuario.

DISEÑO DE LA COMUNICACIÓN

FUNDAMENTACIÓN DEL DISEÑO DEL PROYECTO

La finalidad del proyecto es dar conocer la alta incidencia de quemaduras en niños por accidentes caseros y promover la importancia de las medidas de prevención para evitar que ocurran estos accidentes. Las quemaduras son una de las principales causas de mortalidad en el Perú y afecta en la mayoría de casos, a niños de 1 a 4 años, principalmente se producen dentro de casa, las causas de este problema son varios, como el hacinamiento, la falta de medidas de prevención, bajos recursos económicos, entre otros. Es por este motivo que se eligió el distrito de Ventanilla en el Callao ya que es uno de los distritos con mayor porcentaje de asentamientos humanos y población de nivel socioeconómico C y D.

El proyecto tiene como público objetivo a los padres de familia de Ventanilla, pues son los responsables de cuidar y dar protección a sus hijos. Se busca llegar a ellos a través de una gráfica lúdica y entretenida, para ello se utilizará personajes y síntesis que faciliten su comprensión, recursos gráficos como infografías, entre otros.

.....
Es por este motivo que se eligió el distrito de Ventanilla en el Callao ya que es uno de los distritos con mayor porcentaje de asentamientos humanos y población de nivel socioeconómico C y D.
.....

El proyecto busca causar impacto mediante un juego de mesa de gran tamaño, pues esto resulta atractivo a los padres de familia así como para los niños. Recibir información mediante un juego es mucho más atractivo ya que los padres interiorizan información sin darse cuenta ya que están entretenidos jugando. Este método también logra que los niños se integren y acompañen a sus padres lo que refuerza la relación de padres e hijos.

Por otro lado se entregarán trípticos con información más detallada y relevante para reforzar los conocimientos adquiridos en el juego.

ANÁLISIS CONCEPTUAL DEL DISEÑO

CONCEPTO	IMAGEN	SÍNTESIS	COLOR
FELICIDAD			
ENCENDER			
LIBRES			

PROPUESTA GRÁFICA

Aún cuando el público objetivo del proyecto son los padres de familia, el diseño del proyecto posee una imagen lúdica, entretenida y que es alusiva a la familia y el hogar. Al mismo tiempo se quiere que el diseño transmita la idea de prevención por lo que se hará uso de contraste de colores como el amarillo, verdes y azules.

Los recursos gráficos de personajes de padres de familia y niños combinados con situaciones de riesgo dentro del hogar darán el mensaje de la relación que existe entre las quemaduras en niños y los accidentes caseros. Los personajes y las síntesis servirán como recurso para una comprensión más rápida y visual de la información, la cual también contendrá datos y estadísticas.

La tipografía utilizada para los títulos es orgánica para evocar la escritura a mano inspirada en el concepto de hogar y familia en combinación con una fuente sin serif para el cuerpo de texto.

LOGO FINAL



ÁREA CLARA



S = X

POSITIVO Y NEGATIVO

enciende
Sonrisas

Prevenición de quemaduras en niños



USOS CORRECTOS

enciende
Sonrisas

Prevenición de quemaduras en niños

enciende
Sonrisas

Prevenición de quemaduras en niños

PALETA DE COLORES

P 130-13 C

C - 75 M - 0 Y - 44 K- 11

P 130-15 C

C - 75 M - 0 Y - 44 K- 26

P 17- 8 C

C - 0 M - 44 Y - 100 K- 0

P 18-8 C

C - 0 M - 39 Y - 100 K- 31

TIPOGRAFÍAS

*Beyond The Mountains**A B C D E F G H I J K L M N Ñ O P**Q R S T U V W X Y Z**a b c d e f g h i j k l m n ñ o p**q r s t u v w x y z**0 1 2 3 4 5 6 7 8 9***Gidole Regular****A B C D E F G H I J K L M Ñ O P****Q R S T U V W X Y Z****a b c d e f g h i j k l m ñ o p****q r s t u v w x y z****0 1 2 3 4 5 5 6 7 8 9**

GRÁFICA PROYECTO

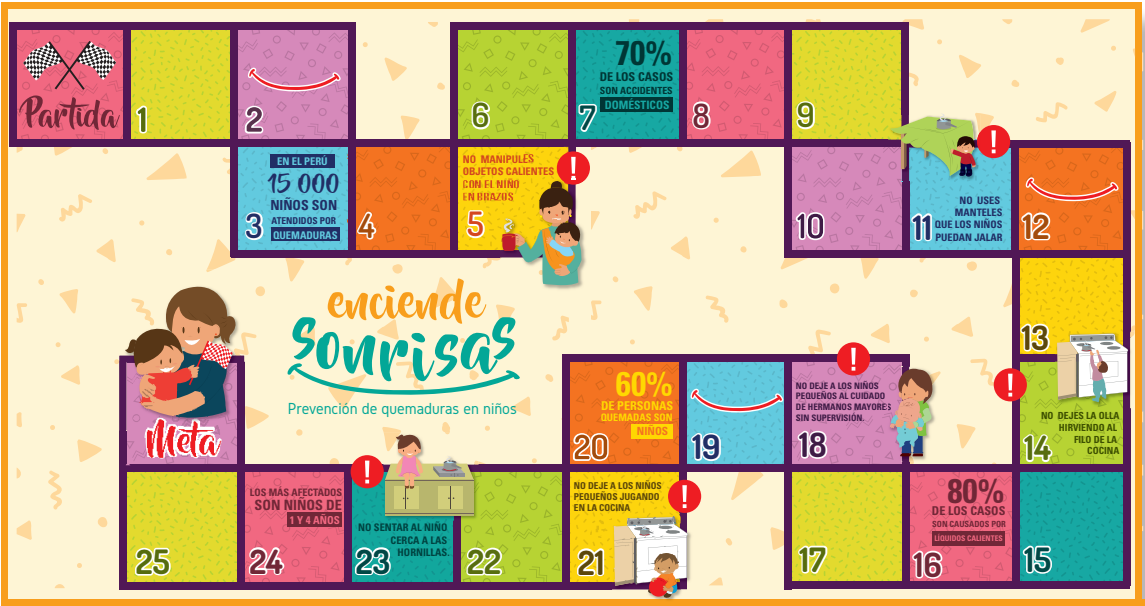
BANNER



TRIPTICO INFORMATIVO



JUEGO DIDÁCTICO



CARNET STAFF



POLO DE LA CAMPAÑA



FACEBOOK



CARTELES PARA FOTOS



ETAPAS DE DESARROLLO DEL PROYECTO

El proyecto está estructurado en tres partes:



PRE PRODUCCIÓN

Primero se realizará el diseño del juego de mesa el cual tiene como objetivo informar a los padres de familia las medidas de prevención, datos estadísticos y consejos, también se diseñará las tarjetas de penalidad, las tarjetas de sonrisas, el dado y las fichas.

Esta primera parte cuenta con las siguientes piezas gráficas:

- Juego de Mesa
- Tarjetas de penalidad y tarjetas de sonrisas
- Folleto informativo
- Polos de la campaña
- Globos
- Kit de regalo
- Banner
- Carteles para fotos

Por otro lado también se pedirá el permiso respectivo al Gerente del Mercado Señor de los Milagros para poder utilizar la loza deportiva.



IMPLEMENTACIÓN

Se inicia con la preparación de las piezas gráficas e instalación del juego de mesa, ubicación del banner, equipo de sonido y merchandising. Una vez que el juego de mesa Enciende Sonrisas esté preparada, el animador procederá a invitar a los padres de familia a participar del juego, simultáneamente los colaboradores realizarán encuestas a todos los asistentes, especialmente a los padres de familia. Luego el animador procede a explicar las reglas del juego, el cual consiste en que tres padres de familia escogerán una ficha de diferentes colores procediendo a lanzar el dado y avanzar cuantas casilles indique, puede caer en casillas que contienen castigos, datos , situaciones de riesgo y recompensas.

Cuando un jugador cae en una situación de riesgo tiene que levantar la tarjeta de castigo y retroceder lo que indique la tarjeta y leer a través del micrófono lo que dice la tarjeta, por el contrario si cae en la casilla sonrisa el jugador puede avanzar, saliendo ganador el jugador que llegue primero a la meta.

3

DIFUSIÓN

Se hará uso de las redes sociales en donde se difundirá el proyecto, las fotos y testimonios para dar a conocer la problemática. Se buscará que los internautas comenten sus opiniones sobre el problema y el proyecto, para esto se supervisará el alcance de las publicaciones. Se harán uso de recursos gráficos como GIF, videos, etc.



PROBLEMAS

PRE-PRODUCCIÓN

- Rechazo de la solicitud de permiso por parte del gerente del mercado.
- Piezas gráficas con errores

IMPLEMENTACIÓN

- Poca asistencia del público objetivo
- Falta de interés acerca del tema.

DIFUSIÓN

- Mínima visualización en redes sociales.
- Rechazo de los usuarios a la campaña.

OBJETIVOS

PRE-PRODUCCIÓN

- Obtener el permiso por parte del gerente.
- Desarrollar piezas gráficas que llamen la atención del público objetivo.

IMPLEMENTACIÓN

- Lograr que los padres de familia participen en la implementación.
- Lograr que los padres se identifiquen con la campaña.

DIFUSIÓN

- Involucrar al público objetivo, incitándolos a difundir y compartir la campaña.
- Brindar información extra a las personas que se interesen por la campaña.

ACTIVIDADES Y METODOLOGÍAS

PRE-PRODUCCIÓN

- Contacto con el gerente del Mercado Señor de los Milagros.
- Se presentará el logo y el concepto de la marca, así como los objetivos que se buscan lograr con esta campaña. Se explicará cómo es que se llevaría a cabo la campaña y cuáles son los medios por los cuáles se va a difundir el proyecto.
- Elaboración de todas las piezas de la campaña.

DIFUSIÓN

- Se lanzará la campaña por medio de redes sociales en donde la gente podrá compartir y opinar con respecto a la campaña.
- Publicación de las fotos de la intervención.
- Publicación de vídeos de la implementación.

IMPLEMENTACIÓN

Antes del evento:

- Coordinación con el equipo de asistencia para el evento: 2 camarógrafos, 2 fotógrafas, 2 asistentes.
- Piezas para la implementación terminadas.

Durante el evento:

- Traslado al mercado Señor de los Milagros.
- Ubicación de las piezas en el lugar asignado.
- Instalación del equipo de música.
- Asignación de tareas.
- Inicio de la implementación.
- Toma de fotografías.
- Encuestas a los participantes.

Después del evento:

- Palabras de agradecimiento
- Entrega de globos y materiales
- Limpieza del lugar





06

CAPÍTULO

IMPLEMENTACIÓN

APLICACIÓN

La implementación empezó a las 11 de la mañana del día 26 de Marzo del 2017. La animación estuvo a cargo de Luis Sandoval, un asistente técnico de enfermería de la posta municipal de Ventanilla.

Las personas que se acercaron a participar fueron en su mayoría padres de familia acompañados de sus hijos y personas adultas interesados en el proyecto.

Para relizar la dinámica del juego se requirió tres personas por ronda de juego, una vez que los padres empezaron a jugar, las personas de alrededor se acercaron por curiosidad y rodearon el lugar. Los padres de familia se mostraban entusiasmados y con interés acerca de la problemática.

A medida que el juego avanzaba más personas estuvieron dispuestas a participar. Las madres de familia preguntaban al asistente de enfermería alguna duda mientras el juego transcurría, a cada persona ganadora se le indicó que diera sus palabras y expresara su opinión con respecto a la problemática y el juego.

Por último se realizó encuestas a 30 padres de familia y se les agradeció su interés y apoyo con la campaña.

Con respecto a lo que se podría mejorar está el tiempo de duración de la implementación, la cual fue de una hora y 20 minutos ya que resultó muy corta para la cantidad de personas que querían participar y que los materiales impresos no pudieron ser recibidos por todas las personas interesadas.

.....
Los padres de familia se mostraban entusiasmados y con interés acerca de la problemática.
.....

DISEÑO DE LA METODOLOGÍA

La metodología utilizada en el proyecto es el juego didáctico como método de enseñanza.

La importancia de esta estrategia radica en que no se debe enfatizar en el aprendizaje memorístico de hechos o conceptos, sino en la creación de un entorno que estimule a las personas a construir su propio conocimiento y elaborar su propio sentido.

La actividad lúdica es atractiva y motivadora, capta la atención del público, bien sea para cualquier área que se desee trabajar. Los juegos necesitan de la comunicación, provocan y activan los mecanismos de aprendizaje. El uso de esta estrategia tiene como objetivo ejercitar las habilidades ya aprendidas de alguna área determinada, en este caso el área del proyecto es la dimensión académica ya que los padres de familia aprendieron las medidas preventivas con respecto a las quemaduras.

Los contenidos del proyecto fueron seleccionados en base a la cartilla de prevención de la Asociación de Ayuda al Niño Quemado (Aniquem), se utilizó un lenguaje inclusivo y sencillo, lo que permitió que el público objetivo no tuviera problemas en entenderlo.

Para la evaluación del conocimiento del público objetivo se utilizó la técnica de la encuesta que consta de 6 preguntas cerradas y frases afirmativas.

EVALUACIÓN DE LA METODOLOGÍA

La metodología utilizada contribuyó al cumplimiento del objetivo del proyecto el cual es dar a conocer la alta incidencia de quemaduras en niños de 2 a 5 años por accidentes caseros a los padres de familia.

El público objetivo participó de la dinámica aprendiendo en forma entretenida los métodos de prevención y las situaciones de riesgo que causan quemaduras en niños. La participación de los padres de familia superó las expectativas logrando cumplir los objetivos planteados, los padres de familia se mostraron interesados en el proyecto y estuvieron dispuestos a responder las preguntas de la encuesta, obteniendo que el 90% de los padres de familia tienen conocimiento que las quemaduras son causados por accidentes caseros y un 10% que no tienen conocimiento. El 100% de los padres de familia considera que es importante la prevención. El 96.7% tienen en cuenta que es su responsabilidad si sucede el accidente.

Sin embargo resulta contradictorio que el 66.7% de los encuestados no conozca las medidas de prevención y el 46.7% sepa como actuar en caso que suceda el accidente confirmándose que se da más importancia a la fase curativa del accidente que a la fase de prevención. El 100% de los padres encuestados considera importante que se informe sobre este tema a mayor cantidad de personas.

Finalmente el aspecto que se debe tener en cuenta para mejorar es relacionado a la programación de la cantidad de materiales impresos, premios y sorpresas que se entregaron al público por lo que algunas personas interesadas no pudieron recibir todo el material.

GRÁFICOS Y ESTADÍSTICAS



REGISTRO IMPLEMENTACIÓN







DOCUMENTOS Y EVALUACIÓN DE PARES

LIC. CAROL RUÍZ MORAL
COMUNICADORA SOCIAL, RESPONSABLE DE
PROYECTOS

El proyecto “Enciende Sonrisas” es relevante en cuanto toma en consideración el uso de metodologías participativas y de espacios lúdicos que tengan como finalidad la exploración de nuevas formas de aprender a través del juego. Ya que si tomamos en cuenta que el ser humano ha jugado desde siempre, en todas las culturas es valorado el juego y es a través del juego que hemos aprendido a recrear historias y a vivir.

La metodología diseñada para este proyecto está orientada a desarrollar el empoderamiento de las y los niños y sus familias, recreando y fortaleciendo sus habilidades y capacidades que les permitan identificar una situación de riesgo, así como factores de protección frente a una quemadura. Desde mi experiencia profesional considero que este tipo de propuestas, permite recuperar y valorar las vivencias personales de las y los niños para hacerlas herramientas del proceso de aprendizaje, ya que el uso del juego motiva, pero además divierte. El juego no sólo sirve para mejorar nuestro estado de ánimo cuando estamos aburridos y cansados, sino que además es que a partir de éste tenemos un motivo, un pretexto para abordar el tema.

Con este proyecto se podrá construir ideas comunes, aprovechando los conocimientos, experiencias, dudas, inquietudes y vivencias de cada papá y mamá participante.



Carta para Asociación de Comerciantes Autónomos
“Señor de los Milagros”

LIC. VERÓNICA CAGIGAO NÁJAR
PSICOTERAPEUTA
C.PS.P 16621

Encuentro interesante la propuesta, ya que las quemaduras tienen un impacto significativo en la vida emocional de los niños, generando incluso secuelas permanentes en su autoestima y seguridad. Teniendo en cuenta los datos estadísticos presentados, es conocido que el mayor porcentaje de quemaduras en niños ocurre por accidentes en casa por negligencia de los cuidadores es por eso que considero de relevancia investigar dicha relación.

Así mismo, la actividad lúdica es una gran forma de hacer del aprendizaje una experiencia significativa, se deben tener algunas consideraciones como la edad, entre otras cosas siendo el juego un medio por excelencia en el abordaje de niños pero no dejando de lado a los adultos. Me parece un buen proyecto para llegar a los padres de familia sin ser demasiado teóricos ya que el uso de la lúdica es un factor importante en el aprendizaje.

MARÍA ESTHER DIAZ REYES
LICENCIADA EN ENFERMERÍA
C.E.P 13978

El siguiente trabajo de investigación es de gran trascendencia porque existen muchos factores de riesgo de accidentes como las quemaduras para el niño, siendo el hogar el lugar donde se originan los mismos, ya que es la parte donde pasan la mayor parte del tiempo y por las características propias de los niños, se expone a mayor riesgo debido a que se encuentran en una etapa basada en experiencias que les lleva a la exploración del ambiente que los rodea.

En este contexto si el menor vive en la mayoría de los casos con personas adultas, no garantiza que su cuidado sea el adecuado; especialmente si estas no asumen el sentido de responsabilidad. Cabe reconocer que existen madres que hacen todo cuando esta de su parte para proteger a sus hijos de los accidentes por quemadura, aunque en la mayoría de los casos sus acciones son por sentido común, más que por contar con el conocimiento de prevención de los accidentes por quemadura. De ahí la necesidad de establecer una estrategia donde se concientice a la población, respecto a las formas y estrategias de prevención de las quemaduras, pues muchos de estos accidentes no solo causan deterioro temporal o permanente como secuela del mismo evento, sino que el impacto trasciende a toda la familia, modificando la dinámica familiar y roles de los miembros.

CONCLUSIONES

- Se logró con el objetivo de dar a conocer la alta incidencia de quemaduras en niños por accidentes caseros y las medidas preventivas a los padres de familia ya que un 66.7% de los encuestados que participaron de la implementación no sabía sobre este tema.
- El uso de métodos lúdicos para el aprendizaje es una metodología efectiva para la recepción de información y el fácil entendimiento de la problemática.
- La encuesta afirma que la población conoce más sobre la forma de actuar una vez sucedido el hecho que las medidas de prevención para evitar las quemaduras en niños por accidentes caseros.



RECOMENDACIONES

- La implementación podría darse también con niños de nivel inicial para que conozcan más sobre las medidas de prevención para evitar quemaduras.
- Mostrar el proyecto a hospitales, postas médicas y asociaciones de ayuda para reproducir el proyecto en diferentes lugares y así poder llegar a más personas.



BIBLIOGRAFÍA

Artz, C & Moncrief, J. (1972). Tratado de quemaduras. México: Nueva Editorial Interamericana.

Amado, Chouza (2016). La rehabilitación en las quemaduras pediátricas.

Anderson, G., Sandberg, S., Rydell, Gerdin, B. (2003) Competencias Sociales y comportamiento en niños quemados.

Bendlin, L., Linares, M. & Benaim, D. (1993). Tratado de quemaduras. Cap. 43: Rehabilitación psicosocial y vocacional. México.

Beales, J. G. (1983). "Factores que influyen en la expectación del dolor en pacientes niños de la unidad de quemados"

Bernabeu, N. Goldstein, A. (2009). Creatividad y aprendizaje: El juego como herramienta pedagógica. Madrid.

Delgado, G., Moreno, I., Miralles, F. (2008). Impacto psicológico de las quemaduras en pacientes graves.

Haddon, W. Jr. and Baker, S. P. "Control de la Lesión" p. 109-140. EE.UU.

Kavanagh, C. (1983). "Reporte experimental de la comparación de dos acercamientos y sus efectos en las secuelas psicológicas"

Kent, L., King, H., & Cochrane, R. (2000). Psicología materna y del niño en las secuelas post quemaduras.

Kuttner, L. (1993) Intervenciones hipnóticas para niños con dolor.

Juárez, V. (2008) Los Primeros Auxilios para las Mejores Prácticas en Accidentes más Frecuentes: Una Necesidad para el Desarrollo Sostenible del Asentamiento Humano Santa Rosa. Licenciatura. Universidad Ricardo Palma.

Lorenzo F. (2007). TCAE en la unidad de quemados, Tema 6. México.

López, N. y Bautista, J. (2002) El juego didáctico como estrategia de atención a la diversidad.

Marlow, D. R., Rodding B. (1990) Enfermería Pediátrica. Ed. Médica Panamericana, 6a. ed. 154-157.

Osgood, P.F., 1989. Manejo del Dolor, New York. Grune and Stratton.

Pruitt Jr BA, Mason Jr AD, Moncrief JA. (1971) Hemodynamic changes in the early postburn patient: The influence of fluid administration and of vasodilator (hydralazine).

Ramírez C, Ramírez C, Ramírez N, Butz D. (2008) Epidemiología de la Unidad de Quemados del Hospital Universitario de Santander. Revista Colombiana de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

Robertson, L.S. (1938) Lesiones. Causas, estrategias de control y políticas públicas. Lexington Books.

Sagrera F. (1988) Las quemaduras en niños, consecuencias y causas.

San Martín, H. (1984). Salud y Enfermedad. 4a. ed. La Prensa Médica Mexicana. México, D.F.

Waechter, P.H. (1993). Enfermería Pediátrica, Vol 1.

Whaley L. Wong L. (1988). Tratado de Enfermería Pediátrica. Nueva Editorial Interamericana, México. p.p. 45, 60.

Alfaro M. Binass.(2003) Biblioteca nacional de salud y seguridad social, caja costarricense de seguro social.
<http://www.binasss.sa.cr/quemaduras.pdf>

Laflamme, L., Hasselberg, M. y Burrows, S. (2010). 20 años de investigación de la desigualdad socioeconómica y las lesiones en los niños.
<http://174.129.230.62/journals/ijped/2010/819687.html>

Jewkes, R., Jacobs, T., Penn-Kekana, L. y Webster, N. (2001). Developing an Appropriate Health Sector Response to Gender-based Violence. Pretoria, South African Gender-based Violence and Health Initiative.
<http://www.doh.gov.za/docs/misc/workshop/june01.html>

Bartlett, S. (2002). The problem of children's injuries in low-income countries: a review. Health Policy and Planning . <http://heapol>.

INEI (2008) Ventanilla, perfil sociodemográfico de las poblaciones en riesgo.
http://www.ucss.edu.pe/osel/descargas/dis_ventanilla.pdf

