

# EL TRABAJO MATERNO Y LA GRAVEDAD DE LESIONES ACCIDENTALES EN NIÑOS

MARTHA C. HÍJAR-MEDINA, M.S.P.,<sup>(1)</sup> RAMÓN TAPIA-YAÑES, M.C.,<sup>(1)</sup>  
MA. VICTORIA LÓPEZ-LÓPEZ, M.M.S.,<sup>(1)</sup> RAFAEL LOZANO-ASCENCIO, M.M.S.<sup>(1)</sup>

Híjar-Medina MC, Tapia-Yañes R,  
López-López MV, Lozano-Ascencio R.  
El trabajo materno y la gravedad  
de lesiones accidentales en niños.  
Salud Publica Mex 1995;37:197-204.

## RESUMEN

*El objetivo de la investigación fue establecer la asociación entre la gravedad de las lesiones accidentales que provocan la demanda de atención hospitalaria en niños menores de cinco años, y el trabajo materno. Se utilizó un diseño de casos y controles en seis hospitales pediátricos del Distrito Federal; los niños lesionados cuya atención requirió hospitalización, cirugía, terapia intensiva o que fallecieron como consecuencia de la lesión, constituyeron los casos y aquéllos cuya atención fue resuelta en el servicio de urgencias, los controles. El tamaño de la muestra fue de 700 niños (350 casos y 350 controles). Las variables fueron el trabajo materno, las características tanto del niño como socioeconómicas, el cuidado infantil y los riesgos de la vivienda. Los resultados estadísticamente significativos con una  $p < 0.05$ , fueron: cuando la madre trabaja en condiciones aceptables se encontró un "efecto protector", razón de momios (RM) 0.44; si es menor de 24 años, RM 1.40; si tiene una escolaridad baja, RM 2.3; cuando se brindó una atención inadecuada RM 2.76, y si hubo un retraso en la demanda mayor de 60 min, RM 1.68. El estudio permite identificar los factores de riesgo asociados con lesiones graves y con el trabajo materno.*

Híjar-Medina MC, Tapia-Yañes R,  
López-López MV, Lozano-Ascencio R.  
Mother's work and severity of unintentional  
injuries in children.  
Salud Publica Mex 1995;37:197-204.

## ABSTRACT

*A study was conducted in children under five years old, in order to establish the association between the mother's work and the severity of unintentional injuries. The study was carried out at the emergency room of six pediatric hospitals in Mexico City. Cases were children with major injuries that required hospitalization, intensive care, surgery, or who died as a result of the injury. Controls were children of similar age, with minor injuries resolved at the emergency room. Sample size was 350 cases and 350 controls. Variables were grouped according to: mother's occupation; characteristics of the child, socioeconomic status, child care, and those related with home risk factors. Results showed a protective effect on severity of injuries when the mother worked outside home in comparison to mothers who do not work, (OR 0.79, 95%CI 0.57-1.07). No differences were found with respect to sex and age of children. Mother age under 24 years old and low schooling (<3 years of elementary school) were statistically significant with a risk of major injuries (OR 2.30, 95%CI 1.5-3.4). Delay of demand of medical care after 60 minutes of injury occurrence is related with a risk of major injury (OR 1.68, 95% CI 1.2-2.3). No differences related with household risk*

(1) Investigadores de la Escuela de Salud Pública de México, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México.

*factors were found. Results provide valuable information about risk factors related with injury severity and the association with mother's work.*

*Palabras clave:* trabajo de mujeres; madres; lesiones; niño; México

*Key words:* women, working; mothers; unintentional injuries; child; Mexico

Solicitud de sobretiros: Martha C. Híjar. Instituto Nacional de Salud Pública. Av. Universidad 655, colonia Santa María Ahuacatlán, 62508 Cuernavaca, Morelos, México.

**E**N EL ESTUDIO de los problemas de salud específicos en niños, algunos especialistas recurren al modelo de redes sociales, dada la influencia de estas últimas en las condiciones de salud infantiles.<sup>1</sup> Para el análisis de la sobrevivencia en la infancia, Mosley<sup>2</sup> ha definido, entre los determinantes próximos, a los accidentes como factores de riesgo ecológico, los que a su vez están influenciados por los determinantes subyacentes, en los cuales los factores familiares tienen un peso importante.

La familia mexicana,<sup>3</sup> por sus características, se enmarca en un modelo conformado por un sistema de redes familiares y pautas de ayuda mutua, entre las que destaca el cuidado de los niños. Durante la última década, la composición y la dinámica interna familiar han sufrido cambios notables debido, principalmente, a la incorporación progresiva de la mujer al trabajo fuera del hogar.\*\*\* Los roles afectados son los que están relacionados con la producción y reproducción biológica y social de la familia,<sup>4</sup> como el de ser la encargada del cuidado de los niños.\*\*\*<sup>5</sup> La socialización y la atención afectiva de los hijos se modifican. En este sentido, el grupo más afectado es el de los niños y, en especial, el de los meno-

res de cinco años, debido a la insuficiencia de apoyos o sustitutos de los cuidados maternos (guarderías, redes para el cuidado del niño) y condiciones deficientes de seguridad en la vivienda, entre otros factores que generan situaciones propicias para la ocurrencia de lesiones.

Las formas y causas de lesiones en los niños hasta los cinco años de edad están determinadas, entre otros aspectos, por el grado de madurez física, neurológica y mental, que en esta etapa de la vida se encuentra en constante evolución,<sup>6</sup> y que, además, se caracteriza por la enorme dependencia que tiene el niño de la madre. Existe una categorización del tipo de lesión accidental que puede sufrir un niño de acuerdo con su madurez física y psicológica,<sup>7</sup> que explica, en parte, el tipo de lesión más frecuentemente observada. Sin embargo, es necesario ubicar estas variables individuales en el contexto de las características del entorno, dentro de las que destacan las familiares y del medio ambiente físico.

La creciente vinculación laboral de las mujeres en las últimas décadas ha traído como consecuencia la preocupación por establecer la relación entre los patrones de empleo materno y la salud del niño. Empero, la asociación entre el trabajo materno y la ocurrencia de lesiones accidentales en los niños es una problemática poco abordada. En uno de los pocos estudios realizados al respecto en México,<sup>8</sup> donde se comparan niños lesionados con no lesionados, se encontró que el trabajo materno, como variable dicotómica, no estaba asociado con el riesgo de lesión. Las lesiones intencionales<sup>9</sup> no se incluyen en la presente investigación, cuyo objetivo principal fue profundizar en el estudio del trabajo materno y su asociación con la gravedad de las lesiones accidentales en niños menores de cinco años que demandan atención hospitalaria.

\* Brachet V. De la doble a la triple jornada. La contribución de la mujer a la manutención del hogar y sus efectos en la salud de los hijos. México, D.F.: El Colegio de México, 1990. Documento no publicado.

\*\* Oliveira O, García B. Trabajo, fecundidad y condición femenina en México. 1990. Documento no publicado.

\*\*\* Anderson J. Y ahora ¿quién cuida a los niños? El cuidado diurno en Lima 1981-1986. Lima, Perú: Centro Sumbi, 1988. Documento no publicado.

## MATERIAL Y MÉTODOS

La investigación se realizó en seis hospitales pediátricos encargados de la atención a población abierta del Departamento del Distrito Federal, utilizando un diseño de casos y controles. Se definió como casos a los niños de cero a cuatro años que llevaron al servicio de urgencias por presentar una lesión accidental y que requirieron hospitalización, cirugía, o terapia intensiva, o bien que fallecieron como consecuencia de la lesión. Los controles fueron los niños de la misma edad que llevaron al servicio de urgencias por presentar una lesión accidental, la cual fue resuelta en el servicio. La fuente de información fue directa, a través de entrevista al acompañante del menor en el servicio de urgencias. El tamaño de muestra se definió con base en un solo control (no pareado) por caso, con un riesgo relativo de 2 y un nivel de confianza del 95% y con un poder del 90%. Con base en los resultados de la prueba piloto realizada previamente a la investigación, y en la distribución de la variable trabajo materno en los controles, el tamaño de muestra se determinó de manera que se garantizara que al menos el 30% de los controles correspondiera a madres trabajadoras, dando como resultado una muestra de 350 casos y 350 controles. La recolección de la muestra se llevó a cabo de noviembre de 1991 a marzo de 1992. Dado que se sabía que la frecuencia de los controles sería mayor que la de los casos, la selección del control se hizo a partir de que se incluía un caso en el estudio. Se analizaron las siguientes variables:

*Trabajo materno:* incluyó a las madres que trabajan fuera del hogar y que perciben un ingreso, obteniendo información sobre edad, escolaridad, experiencia laboral, antigüedad, horario, derechohabencia, jornada, ingreso mensual y tiempo de permanencia fuera del hogar. Se construyó un índice de condiciones de trabajo, definiéndolo como adecuado cuando: el horario era matutino, la antigüedad era superior a seis meses, la madre era derechohabiente, el tiempo de permanencia fuera del hogar no era mayor de nueve horas, la jornada semanal era de 40 horas y el ingreso era igual a dos o más salarios mínimos. Se consideró inadecuado si existían dos o menos de las características mencionadas. En los casos en que la madre no era el informante y trabajaba fuera del hogar, se acudió posteriormente a su domicilio a recabar la información.

*Del niño:* edad, sexo y número de hermanos. Se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades en su IX Revisión, para codificar el tipo de lesión en su capítulo 800-999,<sup>10</sup> y para la causa externa en el capítulo E800-E949, que corresponde a las causas accidentales. La causa de la lesión se identificó con base en una pregunta abierta, pidiendo la descripción de cómo había sucedido, lo cual permitió asegurar la inclusión sólo de lesiones accidentales. En demanda de atención se consideró el tiempo transcurrido entre la ocurrencia y la demanda (cuando fue de una hora o más, se cuestionó sobre los motivos del retraso), día y hora.

*Características socioeconómicas de la familia:* tipo de hogar según parentesco; características de los integrantes de la familia según edad, sexo y escolaridad. Se elaboró un índice de nivel socioeconómico,<sup>11</sup> definiéndolo como aceptable cuando presentaba tres o más de las características siguientes: que la vivienda contara con piso de loseta o cemento, agua intradomiciliaria y drenaje; que no hubiera hacinamiento, que tuviera refrigerador y que la escolaridad del jefe de familia fuera mayor de seis años. Se consideró no aceptable cuando tenía dos o menos de las características mencionadas.

*Cuidado infantil:* se analizó edad, sexo, parentesco y escolaridad. Con el fin de mejorar la medición del cuidado infantil, también se elaboró un índice que se categorizó como adecuado cuando el cuidado era proporcionado por una persona entre 20 y 60 años, del sexo femenino y con escolaridad de seis o más años, e inadecuado cuando el cuidador sólo tenía una o menos de las características mencionadas. Asimismo, se consideró si se proporcionó atención a la lesión y de qué tipo. Posteriormente el médico que atendió al niño evaluó, con criterios puramente clínicos, si la atención fue adecuada, inadecuada o no tuvo efecto sobre el pronóstico de la lesión, p.e.: si lavó heridas, cubrió quemaduras, sustancias utilizadas, etcétera.

*Factores de riesgo en la vivienda:* se identificaron 17 factores de riesgo específicos de acuerdo con los sitios de la vivienda. Con base en los resultados de la prueba piloto, se definió que la medición sobre la presencia o ausencia de los factores de riesgo estudiados se hiciera mediante una entrevista, de tal manera que en caso de haber algún sesgo, éste se distribuyera de manera no

diferencial.\* Se elaboró un índice que permitiera agrupar las viviendas de acuerdo con la presencia de los factores de riesgo dándole el mismo peso a todos. Se categorizó como vivienda sin riesgo la que no tenía ninguno de dichos factores; con bajo riesgo la que tenía tres; con riesgo moderado la que contaba con cuatro a ocho; y con alto riesgo la que tenía nueve o más. La información se analizó con base en el análisis descriptivo y el análisis simple, organizando los datos en tablas de 2 x 2. Se estimaron la razón de momios (RM) y los intervalos de confianza (IC) al 95% de Cornfield. Se realizó análisis multivariado y se emplearon modelos matemáticos de regresión logística, seleccionando el modelo que mejor explicara las relaciones entre la variable de interés (trabajo materno) y la dependiente (gravedad de la lesión).

**RESULTADOS**

De las 700 madres de los niños lesionados, 63% refirieron no tener ninguna experiencia laboral; 15% han trabajado en ocasiones y el restante 22% ha trabajado todo el tiempo desde que nacieron sus hijos. Siendo la variable de interés la asociación entre el hecho de que la madre tenga que desplazarse fuera del hogar por motivos de trabajo y la gravedad de las lesiones en sus hijos menores de cinco años, el análisis se realizó con la información de las 184 mujeres que trabajaban fuera del hogar (79% con respecto al total de mujeres que informaron trabajar), de las cuales 88 fueron casos y 96 controles. La mayoría desempeñaba trabajos manuales no calificados (43%), predominando el trabajo doméstico; por lo tanto, un alto porcentaje no es derechohabiente. El trabajo materno no se encontró asociado con el riesgo de presentar una lesión grave (RM 0.79; IC 0.57-1.07). Respecto al índice de condiciones de trabajo, se observó que 17% de la población trabajadora presentaba condiciones aceptables. En cuanto a la asociación entre condiciones aceptables y el riesgo de ser caso, en comparación con los hijos de madres que trabajan en condiciones no aceptables, se encontró un “efecto protector” que resultó estadísticamente significativo (RM 0.44; IC 0.20-0.95).

\* Family and Day Care Project, Massachusetts Department of Public Health. Safe and healthy checklist notes. Boston, Mass.: Division of family health services. Documento no publicado.

Al analizar a los hijos de madres que trabajan y que presentan un nivel socioeconómico no aceptable, se encontró que existe una asociación con una RM de 2.1 (IC 1.02-4.3).

En cuanto al nivel de escolaridad de las madres, se encontró un porcentaje similar de baja escolaridad (<3 años de primaria) entre las que trabajan y las que no lo hacen: 25 y 23%, respectivamente. Al relacionar esta variable con el riesgo de ser caso, cuando las madres trabajaban se obtuvo una RM de 3.5 (IC 1.6-7.6).

Cuando la madre trabaja y es menor de 24 años, existe un riesgo de RM 1.40 (IC 1.01-1.96). Si se controla por escolaridad baja, el riesgo se incrementa (RM 2.3; IC 1.5-3.4).

Al analizar la relación de pareja en los padres de los niños lesionados, se observó que las mujeres sin pareja tienen un riesgo 1.8 veces mayor de que sus hijos presenten una lesión grave (IC 1.08-3.06). Al controlar por trabajo materno, se obtuvo un exceso de riesgo de 2.2 (IC 1.2 -3.9). Los resultados más relevantes de este apartado se presentan en el cuadro I.

En relación con las características del niño y la demanda de atención, se encontró que, con respecto a la edad y el sexo, no hubo diferencias estadísticamente significativas al controlar por trabajo materno. Se encontró un exceso de riesgo casi dos veces superior al vivir sólo con la madre y presentar una lesión grave (RM 1.9; IC 1.2-3.3). Respecto a la demanda, el retraso mayor de

**CUADRO I**  
**Características de las madres de niños lesionados.**  
**México, 1992**

	Frecuencia		RM	IC
	Caso	Control		
Trabaja	88	96	0.79	0.57-1.07
Condiciones aceptables	29	17	0.44	0.20-0.95
Escolaridad baja (<3 años)	109	40	3.5	1.6-7.6
Edad <24 años	146	119	1.4	1.01-1.96
Escolaridad baja y edad <24 años	77	38	2.3	1.5-3.4
No relación de pareja	71	36	2.2	1.2-3.9

Fuente: Híjar y col. 1992

una hora se encontró asociado con el riesgo de ser caso (RM 1.68; IC 1.2-2.3); al controlarlo por trabajo materno se observó que existe un incremento de riesgo de RM 2.0 (IC 1.4-3.6). El principal motivo de retraso fue el haber acudido con un médico privado, antes que al hospital. En el cuadro II se resumen los factores relacionados con el niño y la demanda, que resultaron asociados con gravedad.

Respecto a las características socioeconómicas, se obtuvo información de un total de 3 758 personas que habitan en las viviendas de los niños lesionados y comparten las mismas condiciones socioeconómicas. La madre es la jefa del hogar en el 25% de los hogares de madres trabajadoras y en el 3% donde la madre no trabaja. De acuerdo con el parentesco, predominan los hogares de tipo nuclear (90%). En relación con el índice de nivel socioeconómico, se observó que los niños con nivel no aceptable presentan un exceso de riesgo (RM 2.2; IC 1.6-3.1) de tener una lesión grave con respecto a los niños de nivel socioeconómico aceptable. Esta asociación se mantiene al controlar por trabajo materno, obteniendo una RM de 2.3 (IC 1.2-4.3) cuando la madre trabaja fuera del hogar; cuando el trabajo se da en condiciones inadecuadas, el riesgo casi no varía (RM 2.1; IC 1.02-4.3), ni cuando el cuidado es inadecuado (RM 1.95; IC 1.05-3.6).

En relación con el cuidado de los niños, se encontró que la existencia de una red social aparentemente no

está asociada con el riesgo de ser caso (RM 0.94; IC 0.50-1.7). Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación con el índice de la ocurrencia de una lesión grave, ni al estratificar por edad del niño. El cuidado inadecuado sólo resultó ser un riesgo de lesión grave, al controlarse por nivel socioeconómico inadecuado (RM 1.95; IC 1.05-3.6). Al analizar las diferencias respecto a si se le brindó algún tipo de atención al niño lesionado y la calidad de la misma (evaluada por el médico que atendió al niño), se encontró que existe una asociación entre ser caso y el que se le haya brindado una atención inadecuada (RM 2.76; IC 1.11-6.82). Dado que el intervalo es muy grande, es necesario ampliar el número de observaciones en este rubro en estudios posteriores. En el cuadro III se resumen las variables significativas.

Como se muestra en el cuadro IV, los factores de riesgo en la vivienda que muestran diferencias significativas son: el acceso libre a la azotea (RM 1.67; IC 1.04-2.08); presencia de solventes y de sustancias tóxicas al alcance de los niños (RM 1.90; IC 1.2-3.3). El índice de vivienda riesgosa no se encontró asociado con el riesgo de ser caso (RM 1.6; IC 0.7-3.7).

Los resultados obtenidos de los modelos de regresión logística con nivel de significancia del 95%, permiten establecer que la gravedad de las lesiones de los menores de cinco años que acuden a demandar atención hospitalaria está en función del nivel socioeconómico, la situación de pareja de la madre, la atención inadecuada en el momento de la lesión, retraso en la atención y, en menor grado, la edad de la madre. Con este modelo de

**CUADRO II**  
Características de los niños lesionados.  
México, 1992

	RM	IC
Vivir sólo con la madre	1.9	1.2-3.3
Ocurrencia de lesión fuera del hogar	2.6	1.6-4.6
Demanda de atención > 60 minutos	1.68	1.2-2.3
Demanda de atención > 60 minutos y trabajo materno	2.0	1.4-3.6
Demanda de atención > 60 minutos y madre <24 años	1.73	1.01-7.9

Fuente: Híjar y col. 1992

**CUADRO III**  
Cuidado infantil de los niños lesionados.  
México, 1992

	RM	IC
Cuidado por otra persona	0.94	0.50-1.7
Cuidado por la madre	1.23	0.69-2.21
No brindó atención en el hogar	2.02	1.09-3.77
Brindó atención inadecuada en hogar	2.76	1.11-6.82
No guardería	2.51	1.03-6.1

Fuente: Híjar y col. 1992

**CUADRO IV**  
Factores de riesgo de la vivienda de los niños lesionados, según casos y controles. México, 1992

Factores de riesgo	Con-			
	Casos	troles	RM	IC
<b>Condiciones peligrosas en la casa</b>				
Niños en la cocina	16.2	8.8	2.00	1.26-3.2
Acceso a la azotea	54.3	41.6	1.67	1.04-2.08
Cuna sin protección	75.9	69.9	1.35	.93-2.0
Puerta sin chapa	32.5	26.7	1.3	.95-1.8
<b>Presencia de sustancias nocivas</b>				
Solventes	61.5	38.5	1.7	1.1-2.7
Otras sustancias	63.9	36.1	1.9	1.2-3.3
<b>Presencia de instrumentos peligrosos</b>				
Instrumento cortante	41.0	34.1	1.34	.99-1.8
Bolsas de plástico	51.0	46.0	1.22	.90-1.6

Fuente: Híjar y col. 1992

**CUADRO V**  
Gravedad de las lesiones en los niños, según los modelos de regresión logística. México, 1992

Factor	Coefficiente	p	RM
Nivel socioeconómico bajo	0.70	0.00	2.0
Sin unión conyugal	0.68	0.01	2.0
Atención inadecuada	0.41	0.00	1.5
Retraso en la atención	0.39	0.02	1.5
Edad < de 24 años	0.19	ns	1.2
Trabajo (cond. aceptables)	-0.20	ns	0.8

Fuente: Híjar y col. 1992

regresión logística se logra explicar el 68% de la variación, incluyendo el posible "efecto protector" del trabajo materno. No se obtuvo significancia estadística en

esta variable; sin embargo, se establece que la asociación positiva entre las otras variables y la gravedad de la lesión no se atenúa con la presencia del trabajo materno. En el cuadro V se resumen las características del modelo.

## DISCUSIÓN

El diseño permitió cumplir con el objetivo de buscar posibles explicaciones de la relación entre el hecho de que la madre trabaje fuera del hogar y la gravedad de las lesiones accidentales en niños; también posibilitó la medición de dichas asociaciones y permitió reconstruir, lo más fidedignamente posible, los factores de riesgo presentes al momento de ocurrir la lesión accidental, evitando así el sesgo de memoria que se presenta en estudios con base poblacional, al intentar reconstruir el hecho accidental después de una semana o más de ocurrido.<sup>12</sup> Sin embargo, es necesario tener en cuenta las limitaciones de dicho diseño y cómo se traducen en el presente estudio: por un lado, se trata de limitaciones inherentes a la selección de la población que no permiten generalizar los resultados.<sup>13</sup> Por el otro, el haber trabajado solamente con población que demanda atención a servicios de urgencia de hospitales para población abierta, se pierde la población que no lo hace pero que sí presenta lesiones accidentales, así como la que acude a otro tipo de instituciones de salud. Diversos estudios dan cuenta de las diferencias a considerar con respecto a la demanda de atención.<sup>14,15</sup> Este hecho obliga a comparar los resultados con poblaciones derechohabientes o que acuden a servicios privados, donde el trabajo materno puede tener efectos diferentes o donde puedan analizarse los efectos de la variabilidad del mismo. Por lo tanto, los resultados sólo pueden ser referidos a la población que se incluyó en el estudio. En este mismo sentido se analizarían los resultados obtenidos respecto a la caracterización del nivel socioeconómico con respecto al cual, al inicio de la investigación, se esperaba una población homogénea; sin embargo, el hecho de vivir en determinada zona o de acudir a un tipo de servicios, no asegura la homogeneidad en este aspecto. Ese factor habrá de ser tomado en cuenta en estudios sobre las diferencias del nivel socioeconómico y su relación con la demanda de servicios de salud.<sup>16</sup>

Es importante no perder de vista el evento de salud que fue objeto de estudio, el cual se caracteriza por una alteración súbita del nivel de salud y que, además, se

centró en niños donde el problema ya estaba presente. Existe una diferencia entre medir las alteraciones de la salud antes de que se presente la enfermedad y medirlas a partir de la gravedad de los padecimientos.\*

Aunque en general el trabajo materno no resultó ser un factor de riesgo para la gravedad de las lesiones accidentales en menores de cinco años, los resultados obtenidos apuntan hacia un "posible factor protector" de esta parte del espectro de las lesiones accidentales. Este resultado necesariamente debe ser examinado a la luz del conocimiento actual sobre las lesiones accidentales y su naturaleza multifactorial,\*\*.17-20 que va desde el nivel socioeconómico de la familia, las condiciones del trabajo materno, la estructura, la organización familiar,\*\*\*, las redes de apoyo y los riesgos físicos de la vivienda, hasta las características de desarrollo psicomotor de los niños, que en esta etapa se encuentra en constante evolución.

En estudios anteriores se ha encontrado que los factores que más predisponen a los menores para que ocurran las lesiones accidentales en el hogar están relacionados con características biológicas del individuo (edad, sexo, desarrollo psicomotor, etc.) y, en menor grado, con las condiciones sociales (trabajo de la madre, cuidado del niño, etc.).<sup>21</sup> Sin embargo, en la presente investigación se observa que, una vez sucedida la lesión, la predicción de la gravedad va más en el sentido de la capacidad de respuesta de la familia del niño que de sus propias condiciones biológicas.

En términos del retraso en la demanda de atención hospitalaria, es necesario destacar el papel que juega el médico particular en la atención prehospitalaria formal de las lesiones en niños y de las lesiones en general, y no perder de vista que seguramente también participa en la atención de lesiones leves que nunca llegan a impactar la demanda de atención hospitalaria. En estudios similares se recomienda incluir este tipo de recursos tanto en investigaciones sobre el tema<sup>22</sup> como en programas dirigidos a la prevención de lesiones.

\* Martínez SC. En busca de una más precisa orientación para emprender el estudio de la relación trabajo materno y salud de la infancia. 1991. Documento no publicado.

\*\* World Bank. Injury: Risk factors, environmental exposures, and other determinants of injuries. 1991. Documento no publicado.

\*\*\* Stern C. Una estrategia de investigación. Programa del Population Council sobre relaciones entre trabajo materno y salud infantil, 1991. Documento no publicado.

Uno de los hallazgos de esta investigación es que la metodología para medir la red de apoyo para el cuidado del niño ante situaciones tan súbitas como la ocurrencia de una lesión accidental, hace necesaria la inclusión de variables que permitan su correcta medición y la posibilidad de plantear acciones concretas, no sólo en el campo de la prevención primaria de los accidentes, sino también en el de la secundaria, ya que es innegable la influencia de las decisiones de la persona que se encuentra con el niño en el momento de ocurrir un accidente (cuidador actuante), sobre el pronóstico del caso. Lo anterior plantea la necesidad de que en futuros estudios se analice la existencia de la red con respecto a tiempo y calidad. En relación con este último aspecto, es importante destacar que se reconoce la necesidad de apoyo para el cuidado del niño solamente en el caso de que la madre trabaje. Sin embargo, trátase de madres trabajadoras o no, generalmente la presencia de apoyo para el cuidado desaparece cuando la madre está en casa, lo cual, como ya se demostró en esta investigación, no se traduce en un mejor cuidado y sugiere la predominancia de aspectos ideológicos respecto a la mujer. \*.<sup>23</sup>

Los resultados de la medición indirecta de los factores de riesgo en la vivienda ponen de manifiesto las limitaciones para identificar dichos factores solamente a través de la entrevista. Además, orientan hacia la necesidad de diseñar investigaciones con base en encuestas aplicadas en hogares que permitan corroborar la presencia real de los factores de riesgo y obtener así conclusiones más valederas en este rubro. Sin embargo, es conveniente señalar que, por otro lado, la medición directa de los factores de riesgo en la vivienda podría también provocar un sesgo de medición diferencial entre casos y controles.

Sin ser concluyente, el estudio hace aportaciones teórico-metodológicas al conocimiento de las condiciones en que se presentan las lesiones accidentales en población menor de cinco años y que demanda atención en estos centros hospitalarios. Además, sugiere propuestas de abordaje de esta problemática y se inscribe en la línea de reflexión respecto al tipo de relación entre el trabajo materno y las condiciones de salud de los infantes.

\* Engle P. El trabajo materno en la periferia urbana de Guatemala: efectos en nutrición. San Luis Obispo, California: Psychology and Human Development Cal. Poly State University, 1991. Documento no publicado.



En este sentido, es innegable la necesidad de plantear que los programas dirigidos a la prevención de accidentes en niños deben tomar en cuenta los siguientes grupos de mujeres: jóvenes menores de 25 años; con baja escola-

ridad; que no trabajan; que trabajan y no cuentan con seguridad social; y personas encargadas del cuidado de niños menores de cinco años.

---

## REFERENCIAS

---

1. Infante C. Bases para el estudio de la interacción familia-redes sociales-uso de servicios de salud. *Salud Publica Mex* 1988;30(2):175-196.
2. Mosley H. Determinantes biológicos y socioeconómicos de la sobrevivencia en la infancia. *Salud Publica Mex* 1988;30(3):312-328.
3. Sussman MB, Burchinal LG. La red familiar del parentesco en la sociedad urbano-industrial de los Estados Unidos. En: Anderson M, ed. *Sociología de la familia*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica, 1980.
4. Elú M. La salud de la mujer en la crisis. *Salud y crisis en México*. México, D.F.: Siglo XXI, 1990:95-113.
5. De Barbieri T. *Mujeres y vida cotidiana*. México, D.F.: Secretaría de Educación Pública, Fondo de Cultura Económica, 1984.
6. Terán A. Aspectos psicológicos del accidente infantil. *Memorias del Primer Simposio Nacional sobre Accidentes, 1972*, tomo II: 314.
7. Manciaux M, Romer CJ. Accidents in childhood and adolescence. The role of research. Ginebra: World Health Organization, 1991:1-30.
8. Híjar M, Tapia R, López MV, Solórzano L, Lozano R. Factores de riesgo de accidentes en el hogar en niños. Estudio de casos y controles. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1993;50 (7):463-474.
9. Bourget D, Bradford JM. Homicidal parents. *Can J Psychiatry* 1990;35(3):233-238.
10. Organización Mundial de la Salud. *Clasificación internacional de enfermedades*. Washington, D.C.: OMS, 1978.
11. Bronfman M, Guiscafré H, Castro V, Castro R, Gutiérrez E. La medición de la desigualdad. Una aproximación metodológica. *Arch Invest Med* 1988;19:351-360.
12. Lilienfeld AM, Lilienfeld DE. *Foundations of epidemiology*. Nueva York: Oxford University Press, 1980: 226-255.
13. Schelesseman J. *Case control studies design, conduct, analysis*. Nueva York: Oxford University Press, 1982.
14. Kreis DJ Jr. Trauma systems: An interdisciplinary approach to prevention, treatment and education. *Bull N Y Acad Med* 1988;64:835-837.
15. Tursz A, Manciaux M. Enregistrement des accidents de l'enfant dans les structures de soins et de prévention d'un secteur sanitaire. *Rev Epidemiol Santé Publique* 1984; (32):286-294.
16. Lozano R, Infante C, Schlaepfer L, Frenk J. Desigualdad, pobreza y salud en México. México, D.F.: El Nacional, Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad, 1993.
17. Wadsworth J. Family type and accidents in childhood. *Child Health Educ Stud* 1970;(17):588.
18. Gallager S, Fineson K, Guyer B, Goodenough SS. The incidence of injuries among 87,000 Massachusetts children and adolescents: Results of the 1980-81 statewide childhood injury prevention surveillance system. *Am J Public Health* 1984;10:1340-1347.
19. Rivara FP. Epidemiological of childhood II. Sex differences in injury rates. *Am J Dis Child* 1982;(136): 502-506.
20. Wezorek C, Dean B, Krenzelok E. Accidental childhood poisoning. Influence of the type of caretaker on etiology and risk. *Vet Hum Toxicol* 1988;30(6):574-576.
21. Híjar M, Lozano R, Tapia R, López MV. Accidentes en el hogar. Causas y consecuencias en niños menores de 10 años. *Salud Publica Mex* 1992;34(6):615-625.
22. Manciaux M. Accidents in childhood: From epidemiology to prevention. *Act Pediatr Scand* 1985;(74):173-171.
23. Wong R, Levine R. Mothers' employment and household structure in urban Mexico: A comparative analysis 1982-87. Paper prepared for the Population Association of America. Washington, D.C., 1991 March 21-23.