



# **UNIVERSIDAD DE MURCIA**

## **DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA EVOLUTIVA Y DE LA EDUCACIÓN**

**Predisposición a Sufrir Lesiones No Intencionadas  
en la Infancia. El Papel del Temperamento Infantil  
y el Estilo Educativo Paterno**

**D<sup>a</sup> María Amparo Valero Gómez**

**2015**



**UNIVERSIDAD DE MURCIA**

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA EVOLUTIVA Y DE LA EDUCACIÓN

TESIS DOCTORAL

PREDISPOSICIÓN A SUFRIR LESIONES NO INTENCIONADAS EN LA  
INFANCIA. EL PAPEL DEL TEMPERAMENTO INFANTIL Y EL ESTILO  
EDUCATIVO PATERNO

Presentada por: D. M. Amparo Valero Gómez

Dirigida por:

Dr. D. Jose Antonio Carranza Carnicero. Catedrático de Universidad del  
Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación.

Dr. D. Juan Ramón Ordoñana Martín. Profesor Titular del Departamento de  
Anatomía Humana y Psicobiología.

Murcia, 2015



Expreso en estas líneas mi agradecimiento a quienes han hecho posible la realización de este trabajo:

A mis directores, Jose Antonio Carranza C. y Juan Ramón Ordoñana M., coautores, por sus directrices y gran dedicación.

A todos los centros, colegios y escuelas infantiles, y a las familias de los niños, por su participación.



<b>ÍNDICE</b>	<b>pág.</b>
INTRODUCCIÓN.	11
CAPÍTULO I. APROXIMACIÓN TEÓRICA A LOS ACCIDENTES INFANTILES	15
1.1. Aproximación a la definición de accidente	17
1.2. Aproximación teórica a los accidentes infantiles fuera de España	18
1.3. Aproximación teórica a los accidentes infantiles en España	31
1.3.1. Introducción	31
1.3.2. Revisión sobre los tipos de accidentes y variables asociadas	32
1.4. Conclusiones de los estudios sobre accidentes infantiles	39
CAPÍTULO II. TEMPERAMENTO, FORMAS DE SUPERVISIÓN DE LOS CUIDADORES Y LESIONES ACCIDENTALES	41
2. 1. Introducción	43
2. 2. Temperamento: definiciones conceptuales	44
2. 3. El temperamento y las lesiones accidentales	49
2. 4. Formas de supervisión de los cuidadores	56
2. 5. Relaciones entre temperamento y formas de supervisión de los cuidadores	60
CAPÍTULO III. APROXIMACIÓN A LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES INFANTILES	63
3. 1. Revisión teórica de la prevención de accidentes infantiles	65
3. 2. Medidas de prevención primaria de los accidentes infantiles	70
3.2.1. Medidas generales	70

3.2.2. Medidas de prevención según la edad	71
3.2.3. Medidas según el tipo de accidente	72
3. 3. Medidas de prevención secundaria de los accidentes infantiles	74
CAPÍTULO IV. PARTE EMPÍRICA. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	77
4.1. Diseño de la investigación.	79
4.2. Objetivos.	79
4.3. Hipótesis de trabajo.	79
4.4. Sujetos de estudio.	80
4.5. Ámbito de estudio y temporalización.	81
4.5.1. Ámbito de estudio	81
4.5.2. Temporalización	81
4.6. Variables e instrumentos de medida.	81
4.6.1. Variables demográficas y de caracterización	82
4.6.2. Cuestionarios estándar	82
4.6.3. Frecuencias y características de los accidentes	86
4.7. Procedimiento.	87
4.8. Análisis estadístico de los datos.	88
4.9. Aspectos éticos de la investigación.	90
4.10. Grado de innovación del estudio.	90
CAPÍTULO V. RESULTADOS	93
5.1. Descripción de la muestra	95
5.2. Fiabilidad de las escalas	96

5.3. Correlaciones entre las escalas de los cuestionarios	98
5.4. Características de la muestra	101
5.4.1. Temperamento infantil	101
5.4.2. Comportamientos relacionados con accidentes	103
5.4.3. Estilo educativo paterno	104
5.5. Relaciones entre conductas relacionadas con los accidentes, temperamento y estilo educativo.	105
5.5.1. Temperamento y conductas relacionadas con los accidentes	105
5.5.2. Estilo educativo paterno y conductas relacionadas con accidentes.	107
5.5.3. Estilo educativo paterno y educación parental	108
5.6. Accidentes infantiles.	109
5.6.1. Descripción de los accidentes	109
5.6.2. Accidentabilidad y temperamento	111
5.6.3. Accidentabilidad y conductas	112
5.6.4. Accidentabilidad y estilo educativo	114
5.6.5. Factores predictores de accidentabilidad	115
<b>CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b>	<b>121</b>
6.1. Discusión	123
6.2. Conclusiones	132
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>135</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

### TABLAS CAPITULO I. MARCO TEÓRICO

Tabla 1. Tipos de accidentes más frecuentes.	23
Tabla 2. Lugares más frecuentes en los que se producen los accidentes.	25
Tabla 3. Momentos más frecuentes en los que se producen los accidentes.	25
Tabla 4. Variables personales infantiles relacionadas con los accidentes.	28
Tabla 5. Variables de los padres relacionadas con los accidentes infantiles.	28
Tabla 6. Características temperamentales y comportamentales asociadas a las conductas de riesgo según la edad.	55
Tabla 7. Consejos preventivos según el grupo de edad.	71

### TABLAS CAPITULO II. PARTE EMPÍRICA.

Tabla 8. Variables demográficas/ frecuencias.	95
Tabla 9. Fiabilidad de las escalas del cuestionario TBAQ-R.	96
Tabla 10. Fiabilidad escalas CIRA.	97
Tabla 11. Fiabilidad de las escalas PEE.	97
Tabla 12. Matriz de correlaciones de la escala del cuestionario TBAQ-R.	99
Tabla 13. Matriz de correlaciones de las escalas del cuestionario CIRA.	100
Tabla 14. Matriz de correlaciones de las escalas del cuestionario PEE.	100
Tabla 15. Estadísticos descriptivos de las escalas de cuestionario TBAQ-R	101
Tabla 16. Estadísticos descriptivos de las escalas del cuestionario CIRA.	103
Tabla 17. Estadísticos descriptivos de las escalas del cuestionario PEE.	104
Tabla 18. Correlaciones entre los cuestionarios TBAQR-CIRA.	106
Tabla 19. Correlaciones entre los cuestionarios CIRA-PEE	108
Tabla 20. Correlaciones entre los cuestionarios TBAQR-PEE.	108
Tabla 21. Accidentes sufridos en 2013.	110
Tabla 22. Accidentes sufridos en 2014.	110

Tabla 23. Correlaciones TBQR-CAI.	111
Tabla 24. Correlaciones CIRA-CAI.	112
Tabla 25. Correlaciones PEE-CAI.	114
Tabla 26. Regresión lineal accidentes 2013.	115
Tabla 27. Regresión lineal accidentes 2014.	116

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Puntuaciones escalas CIRA, según sexo	104
Figura 2. Correlación entre CIRA y Accidentes sufridos en 2013	113
Figura 3. Correlación entre CIRA y Accidentes sufridos en 2014	114
Figura 4. Coeficientes de regresión variables sociodemográficas	117
Figura 5. Coeficientes de regresión de las escalas CIRA	117
Figura 6. Coeficientes de regresión de escalas seleccionadas del TBAQ	118
Figura 7. Coeficiente de regresión del Perfil de Estilo Educativo Punitivo	118

## **ANEXOS** **157**

Anexo 1. Carta a los directores de los centros.	159
Anexo 2. Carta a los padres.	160
Anexo 3. Cuestionario de Accidentes Infantiles (CAI).	161
Anexo 4. Cuestionario de Comportamiento Infantil Relacionado con Accidentes (CIRA).	163
Anexo 5. Cuestionario de evaluación del Comportamiento en la Infancia-Revisado (TBAQ-R).	165
Anexo 6. Cuestionario Perfil de Estilos Educativos Parentales (PEE-i)	172
Anexo 7. Tablas TBAQ-R	177
Anexo 8. Tablas Fiabilidad Escala CIRA	198
Anexo 9. Tablas de Fiabilidad Escala PEE-i	202



# INTRODUCCIÓN

Los accidentes revelan un problema muy importante en la salud pública mundial. Según sus consecuencias, los accidentes pueden ser desde muy leves hasta muy graves. Entre los tipos de accidentes más comunes, se encuentran los accidentes laborales, los de tráfico, los domésticos y los infantiles, sobre los que basa el presente trabajo

Existe una relación entre los factores que rodean los accidentes infantiles y los que rodean los accidentes de trabajo. El modelo de pirámide de los accidentes muestra que los accidentes más visibles, representan la minoría de accidentes, y que los menos graves constituyen la gran mayoría, aunque se ven menos, tanto en accidentes laborales como en accidentes infantiles. Por otro lado, la observación y el análisis de los accidentes leves son útiles para evitar o controlar los accidentes más graves, dadas las características comunes que presentan, en cualquier tipo de accidente considerado.

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2002, murieron en el mundo casi 6 millones de personas como consecuencia de las lesiones, y se estima que en el año 2020 serán 8.4 millones los fallecidos por esta causa, aumentando también la gravedad de las lesiones (OMS, 2003).

La mayoría de estudios sobre accidentes están destinados a campañas de prevención y ofrecen las características epidemiológicas más frecuentes de los accidentes infantiles, como los tipos de accidentes o los lugares en los que se producen y un listado de medidas de prevención de los accidentes o de primeros auxilios en caso de que ocurran. En este tipo de programas de prevención no se contemplan las características de las interacciones del niño con su medio ambiente. El niño aparece como un ser pasivo, víctima de los accidentes. (Jiménez- Morago, 2000).

En su informe sobre la salud en el mundo, la Organización Mundial de la Salud señala que los accidentes son la primera causa de muerte en niños mayores de 1 año de edad debido a diferentes causas intrínsecas a ese período, como el aumento de la autonomía y la ignorancia del peligro, unidos al alto grado de actividad que presentan. Casi el 90% de las lesiones de los niños, son accidentales, de ellas, la mitad se debe a caídas. Los niños de las comunidades más pobres, están más expuestos a sufrir lesiones. Las cifras indican que más de la mitad de las muertes diarias por accidentes se podrían evitar mediante la aplicación en todo el mundo de las medidas de prevención eficaces, así, muchos países desarrollados han reducido las defunciones infantiles por causa de lesiones en hasta un 50% en los últimos 30 años, gracias al empleo de las medidas de prevención (OMS, 2003).

La Convención de las Naciones Unidas para los Derechos de la Infancia declara que los niños tienen el derecho a recibir los niveles más altos de atención y salud y el derecho a un ambiente seguro, pero, lamentablemente, las condiciones socio-económicas en las que viven muchas familias son las responsables en gran parte de los ambientes en los que se desenvuelven los niños, como carreteras, escuelas, áreas de juego e incluso sus propios domicilios, que les suponen un peligro potencial del que muchas veces no son conscientes. (Comunidad de Madrid, 2015).

El objetivo general del trabajo que presentamos está relacionado con la identificación y el análisis de los factores (temperamento del niño y estilos educativos de los padres) que pueden relacionarse con, y predecir la ocurrencia de lesiones no intencionales en la infancia. En este estudio se contemplan las interacciones entre el niño, el medio y sus cuidadores, al examinar el temperamento infantil, el comportamiento infantil y los estilos educativos parentales y sus relaciones con los accidentes infantiles.

Comenzaremos este estudio realizando una aproximación teórica a los accidentes infantiles. En primer lugar, revisaremos las definiciones de accidente que se han dado, pasaremos después a revisar los estudios realizados sobre accidentes infantiles fuera de España, continuando esta

aproximación teórica con los estudios realizados sobre accidentes infantiles en nuestro país y unas conclusiones finales sobre los accidentes infantiles.

Inmediatamente después, realizaremos una revisión sobre el temperamento infantil. Empezaremos este punto con una introducción al temperamento, continuando con las definiciones conceptuales que se han dado sobre temperamento para, posteriormente, revisar los estudios que han asociado el temperamento a las lesiones infantiles. Dentro de este apartado, revisaremos también los estudios sobre las características del cuidado y supervisión de los padres y continuaremos revisando la relación entre el temperamento y las formas supervisión de los cuidadores y su relación con los accidentes infantiles.

Después, realizaremos una revisión teórica de las medidas de prevención primaria y secundaria de los accidentes infantiles, según la edad de los niños, el lugar en el que se producen los accidentes, el tipo de accidente y sus consecuencias.

En el siguiente capítulo, reflejaremos la metodología que se ha llevado a cabo en nuestra investigación. Finalmente, en el último capítulo, identificaremos y analizaremos factores que pueden predecir la ocurrencia de un mayor número de lesiones en la infancia, como son el temperamento infantil, los comportamientos infantiles de riesgo y error y los estilos educativos paternos y estudiaremos la relación de estos factores con los accidentes sufridos por los niños de nuestro estudio, concibiendo las interacciones entre el niño, el medio y sus cuidadores, según el modelo ecológico del desarrollo de Bronfenbrenner (1979), considerando que el niño constituye un factor activo en su propio desarrollo, bajo condiciones controladas por sus cuidadores.



**CAPÍTULO I.**  
**APROXIMACIÓN TEÓRICA A LOS**  
**ACCIDENTES INFANTILES**



## 1.1. Aproximación a la definición de accidente.

La Real Academia Española define accidente como: “Suceso eventual o acción de que involuntariamente resulta daño para las personas o cosas”. “Cualidad o estado que aparece en algo sin que sea parte de su esencia o naturaleza”. “Suceso eventual que altera el orden regular de las cosas” (RAE), entre otras definiciones.

Existen numerosas definiciones de accidente, así, según Jiménez Morago (2000), *“existe una enorme heterogeneidad en las definiciones de accidente que hace que prácticamente cada estudio o investigación definan el concepto de accidente de una manera distinta”*.

En algunos estudios se parte de la descripción que da la Organización Mundial de la Salud: *“Acontecimiento fortuito, generalmente desgraciado o dañino, independiente de la voluntad humana, provocado por una fuerza exterior que actúa rápidamente y que se manifiesta por un daño corporal o mental”*. (OMS, 2005). En otros estudios, se considera el término injury (lesión) en lugar del término accidente.

En este estudio, utilizaremos ambos términos, *accidente* y *lesión* (no intencional), pero considerando los accidentes como sucesos predecibles y prevenibles si se conocen los elementos que intervienen en su ocurrencia.

## **1.2. Aproximación teórica a los accidentes infantiles fuera de España.**

En este apartado se realizará una aproximación teórica a las lesiones involuntarias o accidentes infantiles fuera de España, estudiando las principales variables que se han relacionado con el aumento en la probabilidad de ocurrencia de los accidentes infantiles.

A nivel mundial, los accidentes infantiles constituyen un grave problema, como se puede comprobar en los diferentes estudios realizados durante años. Baker, O'Neil y Karpf, (1992), apuntaban ya que a partir de los dos años de edad, en EEUU y Canadá, las lesiones involuntarias representaban una de las causas principales de muerte y discapacidad infantil.

Gelfman, Ledesma, Hauier, Volonté, Orbe y Fiorentino, (2005) reflejaban años más tarde, que la causa más frecuente de muerte infantil en Argentina eran las caídas, después de los accidentes producidos por vehículos de motor (Gelfman, Ledesma, Hauier, Volonté, Orbe y Fiorentino, 2005). Romero Pizarro (2007), indicaba que los traumatismos accidentales eran una causa relevante de ingresos hospitalarios y constituían la mayor causa de muerte en numerosos países latinoamericanos (Romero Pizarro, 2007).

Mutto, Lawoko, Nansamba, Ovuga, Svanstrom, (2011), coincidían en que las lesiones infantiles involuntarias representaban un problema substancial de salud pública en África y Uganda. (Mutto, Lawoko, Nansamba, Ovuga, Svanstrom, 2011). Minda, (2011), señalaba que la causa principal de muerte en el Ecuador, después de las enfermedades respiratorias e intestinales eran los accidentes infantiles (Minda, 2011).

Diariamente se registra un número considerable de personas que sufren accidentes (Camejo y Boza, 2005). Los accidentes se han considerado como la epidemia del siglo XX y emergen desde que el hombre comenzó a ponerse en contacto con la naturaleza en su lucha por la supervivencia. Las lesiones

ocasionan una carga social y económica importante y un uso notable de los servicios sanitarios (Bashour y Kharouf, 2008).

En las últimas décadas ha aumentado la preocupación por el cuidado de los más pequeños y a este respecto, el estudio de las lesiones infantiles también ha experimentado un importante crecimiento (Pearce, Li, Abbas, Ferguson, Graham y Law, 2010). De los primeros años de edad en adelante, las lesiones involuntarias constituyen la primera causa de muerte en niños y adolescentes, siendo consideradas como un problema significativo de salud pública (Potts y Martinez Oklahoma, 1997; Zayas, Cabrera y Simón, 2007).

Paradójicamente, los accidentes leves, son los que menos se han estudiado. Bashour y Kharouf, (2008), señalan que los datos disponibles para el estudio de los accidentes son los de los servicios médicos hospitalarios, y que esos datos muestran sólo los casos más graves, siendo, por tanto, difícil conocer la incidencia real de los datos epidemiológicos de los accidentes infantiles.

La Organización Mundial de la Salud describe la mortalidad por accidentes como la parte visible de un iceberg (OMS, 1958), los accidentes menos graves se encuentran en la base, seguidos en la parte media por los accidentes poco graves, pero que requieren asistencia médica y, finalmente, la parte superior, sería para los accidentes mortales, que se dan en menor medida. A esta forma de distribución se le ha llamado también pirámide de los accidentes. Otros autores coinciden en que la gran mayoría de las lesiones están clasificadas como no graves aunque requieren tratamiento médico, entre ellas se encuentran los traumatismos leves, los cortes y las fracturas. (Minda, 2011).

Además, Mytton, Towner, Brussoni y Gray, (2009) llevaron a cabo una revisión sistemática para conocer el modelo de lesiones y los factores de riesgo de niños de 5 a 18 años, encontrando que había un modelo amplio y constante de lesiones a través del tiempo y el lugar. Sexo masculino, factores psicológicos y conductuales, problemas de comportamiento, la toma de riesgos, tener un número grande de hermanos y una madre joven se asoció con la presencia de más lesiones.

Según Mytton et al., (2009), los factores de riesgo del entorno en el que se desarrolla el niño se han estudiado muy poco, y no se ha realizado un seguimiento para evaluar los cambios temporales en la ocurrencia de las lesiones para estudiar los factores de riesgo que se repiten.

Según Minda, los datos estadísticos muestran que el lugar más seguro para los niños paradójicamente no es el hogar (Minda, 2011). La evidencia de que los domicilios en los que viven niños no son seguros para ellos, hace que sea obligatorio estudiar a fondo cómo se producen tales accidentes para poder anticiparlos y prevenir su ocurrencia y sus consecuencias en la medida de lo posible, considerando que los accidentes domésticos infantiles representan un número elevado del total de la accidentabilidad infantil.

Entre los tipos de lesiones más habituales, se encontrarían las caídas, los accidentes de tráfico y los accidentes domésticos. Las caídas son la causa principal de mortalidad infantil después de los accidentes por vehículos motorizados (Gelfman, et al., 2005).

Según Zayas et al., se ha constatado que, en general, junto a las caídas y los accidentes domésticos, los accidentes de tráfico, tanto como peatones como conductores, especialmente de vehículos de dos ruedas, son la principal causa de lesiones en todas las edades, les siguen los ahogamientos por inmersión y a continuación quemaduras, intoxicaciones y caídas (Zayas et al., 2007).

Con respecto a los estudios realizados sobre accidentes infantiles, se han realizado pocos estudios en países con ingresos bajos y medios, donde ocurren más accidentes, y el estudio de la gravedad de la lesión se ha realizado a través de los tipos de lesión, la estimación de la calidad de vida, gastos personales y gastos del servicio de asistencia médica, entre otros (Brussoni, 2009; Brussoni, Olsen, Pike y David, 2012).

Por otro lado, es interesante destacar que las referencias a los trabajos de la década de los 80 y 90 ponían de manifiesto que, en comparación con la cantidad de información epidemiológica hallada, no se abordaba el estudio de

los mecanismos psicológicos y comportamentales de las lesiones involuntarias (Potts y Martinez Oklahoma, 1997).

Matheny (1987a), señalaba que en las lesiones infantiles se pueden reconocer características psicológicas del niño a través de los comportamientos asociados a las lesiones, tanto en la niñez temprana, como al principio de los años escolares y se estimulaba a la investigación orientada a la identificación de los mecanismos psicológicos y comportamentales de las lesiones infantiles principalmente en las disciplinas de Pediatría, Salud y Psicología del desarrollo, e.j. Peterson y Mori, 1985; Cataldo, 1991; Matheny, 1991; Potts, Doppler, y Hernandez, 1994; Farmer y Peterson, 1995; (tomado de Potts, y Martinez Oklahoma, 1997).

Algunos estudios han investigado las variables infantiles que pueden estar relacionadas con los accidentes, así, Morrongiello y Matheis, (2007), apuntaron que en una prueba de equilibrio en la que los niños seleccionaban entre 8 alturas para caminar sobre ellas, los niños que puntuaron bajo en peligro y miedo y alto en entusiasmo, mostraron un comportamiento de toma de riesgo mayor.

Rowe y Maughan, estudiaron cómo se relacionaban los errores que cometen los niños en la relación entre problemas emocionales y conductuales y lesiones involuntarias. Diseñaron un cuestionario de comportamiento infantil relacionado con lesiones (parent-report Children's Injury Related Behaviour CIRB), el cual evaluaba los errores y la toma de riesgos de las actividades diarias de los niños entre 4 y 11 años. La toma de riesgo y los errores, además de asociarse a accidentes infantiles, también se relacionaron con problemas de conducta e hiperactividad. Por otro lado, apuntaron a la necesidad de distinguir entre las conductas relacionadas con el comportamiento de riesgo y las relacionadas con los errores (Rowe y Maughan, 2009).

Se han identificado también como predictores infantiles de lesiones *los factores temperamentales* y la toma de riesgo, búsqueda de sensaciones y grado de obediencia (Morrongiello, Ondejko y Littlejohn, 2004), en niños que

empiezan a andar. Por otro lado, la toma de riesgo de los niños en una actividad física a la que estaban acostumbrados, se asoció a un control inhibitorio bajo y a la búsqueda de sensaciones alta en niños de 7 a 12 años de edad (Lasenby-Lessard, Morrongiello y Barrie, 2011). No obstante, los resultados de un estudio en niños de 6 a 36 meses, no encontraron relación entre el temperamento infantil y el riesgo de sufrir accidentes. (Schwebel, Brezausek, 2004.)

Otra variable relacionada con los accidentes infantiles ha sido la agresividad infantil en niños entre 5 y 10 años (Bijur et al., 1988). Otro estudio relacionó las lesiones accidentales con variables psicológicas y conductuales y problemas de comportamiento en niños de edad escolar y adolescentes (Mytton, Towner, Brussoni y Gray, 2009).

En cuanto a los tipos de accidente por edad, según Whitley, Batty, Gale, Deary, Tynelius y Rasmussen, (2010), los tipos de accidentes más frecuentes encontrados, teniendo en cuenta la frecuencia de lesión por edad, son, en menores de 15 años, las lesiones por caída. Según estos autores, les seguirían las lesiones por accidentes de tráfico, envenenamientos, quemaduras y en menores de 12 años, ahogamientos. Según otros autores, estas lesiones irían seguidas de mordiscos de perro y quemaduras (Zia, Khan, Razzak, Puvanachandra y Hyder, 2010). En niños menores de 5 años, según Minda, serían traumas leves producidos principalmente por las caídas (Minda, 2011).

Los resultados de otro estudio mostraron que las ratios totales de lesiones no fatales en la carretera entre niños de 5 a 14 años fueron más altas para los que montaban en bicicleta y vehículos motorizados de dos ruedas (Dandona, Kumar, Ameratunga, Dandona, 2011). En la India, en niños menores de 5 años, ahogamientos (en zonas rurales) y caídas (en zonas urbanas) (Jagnoor, Bassani, Keay, Ivers, Thakur, Gururaj, Jha, 2012).

Como podemos observar, caídas, quemaduras, envenenamientos, ahogamientos y accidentes de tráfico, se han relacionado en los diferentes estudios realizados con las lesiones infantiles. En los grupos de etnia blanca,

se encontraron caídas, envenenamientos, choques de automóvil, asfixias, quemaduras y ahogamientos (Hu, Baker y Am, 2009).

Tabla 1. Tipo de accidentes más frecuentes.

<b>Tipos de accidentes más frecuentes</b>
Caídas
Accidentes domésticos
Accidentes de tráfico
Ahogamientos por inmersión
Quemaduras
Intoxicaciones

Respecto a la *edad*, se ha identificado como más propensos a sufrir accidentes al grupo de edad entre 1 y 4 años (Camejo y Boza, 2005). También se ha señalado que a los niños de 2 a 3 años se les supervisaba más estrechamente que a los de 4 a 5 años. (Morrongiello, Corbett, McCourt y Johnston, 2004). Por otro lado, se ha identificado haber sufrido lesiones antes de los cinco años como predictor de accidentes entre los 5 y 10 años (Bijur, Holding y Haslum, 1988). Aunque las lesiones accidentales se producen en todas las edades, en los jóvenes tienen mayor impacto. (Shi, Yang, Huang, Zhou, Zhou, Chu, 2011). En la India, las lesiones involuntarias, representaron la sexta causa de muerte para los niños menores de 5 años de edad en 2005, especialmente en las zonas rurales. (Jagnoor et al, 2012).

Según Schwebel, (2004), es cuando los niños adquieren la marcha, cuando comienzan a encontrarse en riesgo de sufrir lesiones, debido a que presentan una coordinación motora inmadura y una limitada autonomía para explorar lo desconocido. Después de los 5 años, los niños siguen siendo curiosos e incapaces de valorar adecuadamente el riesgo de determinadas situaciones peligrosas. En la tradición de las lesiones involuntarias se ha

puesto de manifiesto que los niños suelen sobreestimar sus propias habilidades físicas en las actividades y tareas que realizan (Schwebel, 2004).

Por otro lado, también se ha identificado la falta de *sueño* de los niños como factor que los predispone a sufrir accidentes. También se han asociado las lesiones accidentales con que los niños no durmieran lo suficiente, entre los 18 y 72 meses (Koulouglioti, Cole, Kitzman, 2008). Entre los accidentes causados por desórdenes del sueño en estos menores, se encuentran la falta de coordinación motriz, las caídas, las quemaduras y las heridas con objetos (Centro Nacional de Investigación de Desórdenes del Sueño de Estados Unidos, 2003). Los menores entre 7 y 11 años de edad que duermen menos de nueve horas diarias son hiperactivos, propensos a sufrir accidentes y tener bajo rendimiento escolar; presentan además dificultades para concentrarse, irritabilidad, frustración y problemas para controlar sus emociones.

En cuanto a los *lugares* más frecuentes en los que ocurren los accidentes, se ha encontrado que entre las edades de 1 a 12 años predominan fundamentalmente los espacios relacionados con los domicilios particulares (Camejo y Boza, 2005; Nukhba et al., 2010; Mutto et al., 2011) y después, colegios y carreteras (Mutto et al., 2011).

Respecto al *momento* en el que se producen los accidentes, señalar, por un lado, que se produjeron más frecuentemente en agosto, los domingos y en horas de la mañana, principalmente en el grupo de 1 a 4 años, en un estudio llevado a cabo en Las Tunas, Cuba (Camejo y Boza, 2005); en Uganda, en la ciudad de Kampala, los momentos más frecuentes de los accidentes tuvieron lugar en las actividades de la vida cotidiana y juego de los niños de 1 a 12 años (Mutto et al., 2011).

Tabla 2. Lugares más frecuentes en los que se producen los accidentes.

<b>Lugares más frecuentes en los que se producen los accidentes</b>
Domicilios particulares
Colegios
Carreteras

Tabla 3. Momentos más frecuentes en los que se producen los accidentes.

<b>Momentos más frecuentes en los que se producen los accidentes</b>
Meses de vacaciones
Fines de semana
Por la mañana (1-4 años)
Actividades de la vida cotidiana (1-12 años)

En diversos estudios se ha identificado *el sexo masculino* como predictor de las lesiones que se producen a lo largo de los diferentes periodos de la infancia y niñez: en niños menores de 5 años, (Bijur et al., 1988; Camejo y Boza, 2005; Minda, 2011) y niños de 1 a 12 años (Mutto et al., 2011). En cambio, los resultados de un estudio con niños de 6 a 36 meses mostraron, contrariamente, que no hubo diferencias significativas entre niños y niñas en el riesgo de sufrir accidentes. (Schwebel y Brezausek, 2004).

Se han encontrado diferencias entre niños y niñas en algunos factores relacionados con los accidentes infantiles. Los resultados de un estudio en la Universidad de Guelph, Canadá, con padres de niños y niñas de 2 años, mostraron que sus reacciones ante las conductas de riesgo de sus hijos no eran iguales; los padres atribuían el comportamiento de riesgo de los niños a su personalidad, y a factores circunstanciales en las niñas; cuando los niños realizaron conductas de riesgo, las madres reaccionaban con cólera, cuando las realizaron las niñas, reaccionaban con decepción y sorpresa.

(Morrongiello, Zdzieborski y Normand, 2010). Las conclusiones de otro estudio con niños de 5 a 14 años en Hyderabad, India, muestran que los niños y las niñas tuvieron ratios similares de lesiones no fatales como peatones, pero las niñas tuvieron las ratios más altas como ciclistas (Dandona et al., 2011).

Se han dado muchas explicaciones para las diferencias entre niños y niñas en la toma de riesgos, referidas a las diferencias en el nivel de actividad general (Matheny, 1988), modelos de socialización (Block, 1983; Morrongiello y Dawber, 2001), creencias sobre la vulnerabilidad a las lesiones (Morrongiello et. al, 2001) y apreciaciones que realizan del riesgo (Hillier y Morrongiello, 1998).

Entre los factores parentales relacionados con los accidentes infantiles entre los 2 y 5 años se ha encontrado la edad más joven de las madres (Bijur, et al., 1988), las creencias de los padres sobre el control de la salud, protección y supervisión de sus hijos en el periodo de 2 a 2'5 años (Morrongiello et al., 2004), el empleo paterno, en niños de 6 a 36 meses (Schwebel y Brezausek, 2004), las madres con poco estrés, en niños de 15 a 36 meses (Damashek, Williams, Sher, Peterson, Lewis y Schweinle, 2005) y la capacidad para anticipar riesgos, tener expectativas poco realistas de los niños, carecer de conocimiento sobre el desarrollo infantil y aceptar las lesiones como normales, en el periodo de 0 a 4 años (Simpson, Turnbull, Ardagh, Richardson, 2009).

Los factores socio-demográficos y la supervisión paterna aparecen asociados a los accidentes infantiles. Los resultados de un estudio realizado en Guelph, Canadá, mostraron que la supervisión de los niños variaba en función de su edad, siendo los más pequeños, de 2 a 3 años, más supervisados que los de 4 a 5 años, sugiriendo que el tipo de supervisión podía elevar el riesgo de lesiones infantiles en casa (Morrongiello et al., 2006); se confirmó más adelante que, a los 9 meses de edad, los niños de grupos socio-económicos altos tenían menos probabilidades de sufrir lesiones si estaban cuidados por cuidadores formales (Pearce et al., 2010).

Los resultados de un estudio en Dinamarca confirmaron que la incidencia de lesiones en menores de 15 años de edad dependió de factores socio-demográficos, siendo más alta para niños de madres que tenían solo educación primaria y para niños de familias con ingresos más bajos (Laursen y Nielsen, 2008). En una revisión, se pudo comprobar que el aumento y éxito de las intervenciones para reducir las lesiones involuntarias de los niños en el hogar dependía de las limitaciones y posibilidades culturales de los padres (Smithson, Garside, Pearson, 2011). En Hyderabad, India, se señaló que los niños de familias con ingresos más altos eran menos propensos a sufrir lesiones no fatales como peatones (Dandona et al., 2011).

En un estudio realizado con niños de 0 a 15 años residentes en la ciudad de Estocolmo, agrupados en 138 distritos de residencia, los niveles de deprivación más altos influyeron negativamente en las ratios de lesiones como peatones; el estatus socio-económico bajo aumentó el riesgo de quemaduras y envenenamiento; los distritos con integración social más baja tuvieron ratios más altas de lesiones relacionadas con bicicletas y ciclomotor (Reimers y Laflamme, 2005).

Según Minda (2011), se ha constatado que el nivel socio-económico más bajo de los padres, grado de escolaridad, condiciones de las viviendas y costumbres familiares, están relacionados con un mayor riesgo de ocurrencia de lesiones involuntarias en los niños, aunque es necesario profundizar en cómo éstos factores influyen en el mecanismo de la lesión. Aunque se sabe que las diferencias sociales influyen en la incidencia de lesiones infantiles, la manera que esas diferencias influyen en el mecanismo de la lesión se conoce menos (Laursen y Nielsen, 2008).

En 2008, se realizó un estudio con 1.027 parejas de gemelos británicas del mismo sexo, para analizar la contribución relativa del contenido genético y los factores ambientales en niños, desde su nacimiento hasta los cinco años de edad, y su relación con las lesiones infantiles. Los resultados mostraron que las lesiones involuntarias infantiles estaban explicadas principalmente por factores ambientales, nivel socio-económico, familia y comportamiento infantil, dando poco soporte al concepto de una predisposición hereditaria a las

lesiones en niños preescolares. Las variables comportamentales, especialmente los problemas de comportamiento externalizante, fueron también importantes para explicar las lesiones no intencionales (Ordoñana, Caspi, Moffit, 2008).

Tabla 4. Variables personales infantiles relacionadas con los accidentes.

<b>Variables personales infantiles relacionadas con los accidentes</b>
Nivel de desarrollo
Edad
Sexo
Temperamento
Toma de riesgo
Agresividad

Tabla 5. Variables de los padres relacionadas con los accidentes infantiles.

<b>Variables de los padres relacionadas con los accidentes infantiles</b>
Estilos de cuidado y supervisión
Nivel de estudios/ grado de escolaridad
Edad
Nivel socioeconómico
Condiciones vivienda
Costumbres de la familia

En los países desarrollados los accidentes infantiles constituyen la principal causa de muerte en la niñez y la adolescencia, representando un problema de salud pública tanto en los países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo (Minda, 2011).

Sin embargo, se han realizado pocos estudios en los países en vías de desarrollo y es necesario investigar sobre los determinantes de las lesiones (Bashour y Kharouf, 2008), ya que las lesiones involuntarias afectan en una proporción mucho mayor a los niños de las zonas más pobres (Gagné, 2009), y en las ciudades con ingresos bajos-medios (Mytton et al., 2009).

Se puede concluir que a partir del primer año de edad, los accidentes son un importante problema que se encuentra entre las primeras causas de muerte en todos los países.

Los accidentes han sido considerados como cualquier enfermedad, sin embargo, los estudios sobre ellos no son abundantes, aunque en las últimas décadas ha aumentado la preocupación por el cuidado infantil, incluidas las lesiones involuntarias y su estudio.

Se ha dejado atrás el pensamiento de que los accidentes son impredecibles, centrándose en que se pueden prevenir.

La mayoría de las lesiones que se producen, afortunadamente, no son graves, pasando desapercibidas, por lo que no se han podido estudiar.

Tampoco se ha profundizado demasiado en el seguimiento de los factores psicológicos y del entorno del niño que intervienen en los accidentes.

Por otro lado, la mayoría de estudios que se han realizado provienen de los países desarrollados.

Las caídas y los accidentes de tráfico son los tipos de accidente que más se han registrado, también accidentes domésticos, ahogamientos por inmersión, quemaduras e intoxicaciones.

Entre los factores relacionados con los accidentes que más se han registrado están: el cuidado y supervisión que se da a los niños, el nivel socio-económico más bajo y, en menor medida, la falta de sueño y los accidentes infantiles antes de cumplir los 5 años de edad.

Se han encontrado diferencias entre niños y niñas en los accidentes, y el sexo masculino coincide en la mayoría de estudios como predictor de lesiones infantiles.

Entre los predictores de accidentes, se han encontrado también factores parentales y factores temperamentales y comportamentales, así como factores relacionados con la edad, que algunos autores centran entre uno y cinco años la edad más propensa a los accidentes.

En cuanto al lugar, se ha encontrado que los domicilios y los colegios constituyen los lugares más peligrosos para que se den los accidentes. En los meses de vacaciones y los fines de semana es cuando coinciden más autores en que son los momentos en los que se producen más accidentes.

### **1.3. Aproximación teórica los accidentes infantiles en España.**

#### **1.3.1. Introducción:**

Los accidentes infantiles han aumentado considerablemente en los últimos años en todos los países, incluido España, constituyendo una causa importante de mortalidad en niños y adolescentes. El coste social y económico de los accidentes infantiles es muy alto. Los accidentes continúan reflejando un problema de salud grave después de que en los países desarrollados la mortalidad por desnutrición y enfermedades infecciosas haya disminuido. La incidencia real de los accidentes infantiles es muy difícil de calcular, las encuestas de salud nos aproximan a ellas, pero la mayor parte de las lesiones son leves y no aparecen en los registros asistenciales, ya que son atendidas por las familias o educadores, lo que depende de diferentes factores como la cultura o la accesibilidad a los centros sanitarios (Arbós, Llobera y Bonet, 1995).

Por otro lado, los resultados de diversos estudios internacionales, muestran que el problema de las lesiones es especialmente grave en España, ubicado entre los países desarrollados con más lesiones entre los adolescentes. Los accidentes constituyen la primera causa de muerte de 1 a 25 años en España. También se señala que las lesiones de tráfico representan la causa principal de discapacidad en niños y adolescentes a nivel mundial, y de muerte para las edades entre los 10 y los 19 años. En España, los accidentes de tráfico constituyen la primera causa de muerte entre los 15 y los 35 años, si bien ha descendido progresivamente en los últimos años, gracias a las medidas preventivas. (Fierro, Vázquez, Rodríguez y García, 2013).

Los accidentes ocurren normalmente por una falta de seguridad y de prevención. (Miranda y Falcón, 2013). La mayoría de los accidentes infantiles pueden prevenirse si se toman las medidas adecuadas. Junto a los hogares de los niños, los centros escolares son los lugares donde los niños pasan más tiempo y por ello, para conseguir un ambiente seguro, deben poner en marcha todas las medidas de protección posibles, según la normativa vigente (Estrada, Esteban, García y Lorente, 2008).

Los centros de salud de España participan en las actividades de prevención de los accidentes infantiles. Desde que en el año 1988 se crea el Programa de Actividades de Prevención y promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), se incorpora como recomendación a los profesionales la prevención de los accidentes infantiles en las diferentes etapas de la vida (Sociedad Española de Medicina, de Familia y Comunitaria y Fundación Mapfre, 2010). Desde la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) aseguran que, aunque las posibilidades de sufrir un accidente son muchas, los padres o los cuidadores de los más pequeños deben centrarse en unos puntos específicos para hacer de su hogar un entorno lo más seguro posible. (Arboix, 2013).

### 1.3.2. Revisión sobre los tipos de accidentes y variables asociadas.

En Murcia, aunque la tasa de accidentes ha disminuido respecto a años anteriores, actualmente se encuentra dentro de la media española. Según señala Marset, *“en 2004 Murcia se convirtió en la comunidad autónoma con mayor tasa de accidentes de tráfico”* (Marset, 2006).

En España, los informes del programa D.A.D.O (Detección de Accidentes Domésticos y de Ocio), promovidos por el Instituto Nacional de Consumo de Madrid, el Informe Faros, del Observatorio de la salud de la infancia y la adolescencia, las encuestas de la Fundación Mapfre con la

Sociedad Española de Medicina y de Familia Comunitaria (Semfyc) y con la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), y la Encuesta Nacional de Salud (ENSE), entre otras fuentes y estudios, dan a conocer los datos sobre los accidentes infantiles en España. Esta última ha sido realizada por el CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas) en los años 1987, 1993, 1995, 1997 y 2001 y por el Instituto Nacional de Estadística (INE), en los años 2003, 2006 y 2011/2012.

En los estudios españoles, al igual que en los estudios realizados fuera de España, las variables edad y sexo se encuentran entre las más importantes a la hora de clasificar los accidentes. Estos se producen de manera heterogénea en las diferentes edades, siendo algo más homogéneo el tipo de accidente más frecuente en cada grupo de edad. Los estudios españoles también coinciden con los estudios fuera de España en que el sexo masculino es el que predomina en la mayoría de accidentes infantiles en casi todos los grupos de edad. *“probablemente por su carácter más intrépido y la práctica de juegos más arriesgados, aunque ese motivo no sería atribuible en los menores de un año, grupo en que también apreciamos mayor mortalidad en varones”*. (Sánchez y Malmierca, 2004). *“Las diferencias en las lesiones por sexo pueden estar explicadas por la teoría de que los niños realizan más conductas de riesgo, son físicamente más activos, deportistas e impulsivos que las niñas”*. (Fierro et al, 2013).

En cuanto al lugar y momento en el que se producen los accidentes, según los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) realizada en 2001, el lugar más frecuente en el que se produjeron los accidentes fueron los centros escolares, seguidos de los domicilios, las escaleras de los pisos y la calle. En la encuesta nacional de salud realizada dos años más tarde, en 2003, el lugar más frecuente en el que se produjeron los accidentes volvió a ser el lugar de estudios, seguidos de la casa y de la calle. En su última encuesta, realizada entre 2011 y 2012, el 40% de los accidentes sufridos por mujeres sucedieron en algún lugar de la casa (escaleras, portal, etc.).

En el estudio de la Sociedad Española de Medicina y Salud Comunitaria (Semfyc) con Fundación Mapfre, realizado en 2010, el lugar en el que se produjeron más accidentes fue la cocina, seguida de las escaleras exteriores, el baño y la piscina. El momento más frecuente fueron las tardes, los meses de julio, agosto y diciembre. Más del 80% de los accidentes se produjo en fin de semana y la mayor parte de ellos por el descuido de las personas a cargo de los menores.

En el estudio realizado por la Asociación Española de Pediatría en atención primaria (AEPap) con Fundación Mapfre en 2014, los lugares en los que se produjeron más accidentes estaban en el entorno del niño y fueron el colegio (coincidiendo con los datos de la Encuesta Nacional de Salud, ENSE de 2001 y 2003) y el parque, seguidos del domicilio, dentro de éste, el salón fue el lugar en el que se produjeron de forma más frecuente.

Los accidentes domésticos representan la mitad de todos los accidentes (Delicado y Alfaro, 1990). El informe del programa D.A.D.O (Detección de Accidentes Domésticos y de Ocio), promovido por el Instituto Nacional de Consumo de Madrid, realizado en 2011, muestra que más de 17 millones de españoles había sufrido un accidente doméstico o de ocio, más de la mitad de ellos en el hogar. En los accidentes infantiles estuvieron implicados principalmente juguetes, ropa, mobiliario, otras personas, comida y bebida.

En esta línea, los resultados de un estudio para identificar los conocimientos de los padres de niños menores de 6 años sobre riesgos de accidentes infantiles en Cabezo de Torres (Murcia) en 2002, muestran que la mayoría de los padres piensan que la casa es el lugar más peligroso, seguido de la calle. El 94% de las cuidadoras afirmaron que la cocina era la habitación más peligrosa de la casa (Pozo et al., 2002).

Según los datos de otro estudio realizado en atención primaria (Arbós et al., 1995), las condiciones socio-familiares y ambientales se relacionaron con una mayor accidentabilidad.

Los datos del Informe Faros del Observatorio de la salud de la infancia y la adolescencia, realizado en 2010, muestran que eran más frecuentes los accidentes en niños de familias monoparentales y en los niños de madres muy jóvenes, con bajo nivel educativo, con una vivienda deficiente y con una historia de abuso de alcohol y drogas.

El estudio realizado por la Asociación Española de Pediatría en atención primaria (AEPap) y la Fundación Mapfre en 2014, destaca que aproximadamente un 10% de los niños menores de 12 años se quedan solos en el domicilio en algún momento, lo que representa un mayor riesgo de accidente. En España, los accidentes representan la tercera causa de muerte entre los menores de 15 años. Un gran porcentaje de los entrevistados en este estudio, atribuyó los accidentes infantiles al azar o a las imprudencias del niño. Los niños con más accidentes fueron los segundos de dos hermanos y los hijos únicos.

Según un estudio realizado por la Fundación Consumer Eroski analizando 520 aparatos de juego de 130 zonas públicas de juego infantil en las ciudades de Madrid, Barcelona, Valencia, Málaga, Murcia, Bilbao, La Coruña, Pamplona, Vitoria, Almería, San Sebastián, Cádiz y Alicante, valorando la seguridad de 151 oscilantes, 114 columpios, 112 estructuras multijuegos, 78 toboganes y 65 balancines, el 19% de los aparatos instalados presentaba defectos graves que ponían en peligro la seguridad de los usuarios, y en uno de cada tres parques visitados algún aparato tenía defectos graves. (Consumer Eroski, 2005).

En cuanto a la edad y tipo de accidente, las consecuencias y tipos generales de los accidentes por edades también se han contemplado en los diferentes estudios realizados. Según los datos de un estudio realizado en atención primaria (Arbós et al., 1995), los golpes y las contusiones fueron las causas más frecuentes de lesión. Los resultados de la encuesta nacional de salud (ENSE) realizada en 2001, muestra que las consecuencias generales más frecuentes de los accidentes fueron contusiones (coincidiendo con Arbós et al.), hematomas, esguinces y luxaciones. Según el estudio de la Sociedad

Española de Medicina y Salud Comunitaria (Semfyc) con Fundación Mapfre realizada en 2010, el tipo de accidente varió según la edad, siendo más frecuentes en los niños más pequeños las caídas desde una determinada altura y los atragantamientos; de 1 a 4 años, los accidentes relacionados con la electricidad y con los productos químicos, y de 5 a 12 años las caídas. Los datos del Informe Faros del Observatorio de la salud de la infancia y la adolescencia realizado en 2010, destacaron las caídas y los accidentes de tráfico en todas las edades. También se ponen de manifiesto diferencias en los tipos de accidentes según edad, encontrando que en los niños más pequeños predominaron los atragantamientos (coincidiendo con el estudio de fundación Mapfre en 2010) y las intoxicaciones; al final de la infancia y principio de la adolescencia, predominaron los golpes que se dieron los menores. Según otro estudio, los que presentan mayor vulnerabilidad a las lesiones son niños en edad preescolar (hasta los seis años) En esta etapa hay diferencias sustanciales en relación al desarrollo psicomotor del niño. (Consumer Eroski, 2012).

Según el estudio de la Sociedad Española de Medicina y Salud Comunitaria (Semfyc) con Fundación Mapfre realizada en 2010, los niños de 1 a 4 años fueron más propensos a sufrir accidentes domésticos, seguido del grupo de 5 a 10 años, la incidencia fue prácticamente el doble en niños que en niñas en todos los grupos de edad, excepto en los menores de 1 año, que fue igual para niños que para niñas.

Según datos de otro estudio realizado en atención primaria, las edades a las que se produjeron un mayor número de accidentes fueron los 13 años, seguida de los 3 años (Arbós y Rovira; Llobera y Bonet, 1995). Los datos de un estudio realizado sobre las creencias de los padres en un centro de pediatría en Murcia en 2002, muestran que .la mayoría pensaban que la edad más frecuente a la que se producían los accidentes era entre 1 y 3 años; y se produjeron en los niños más que en las niñas (Pozo, Martínez del Campo y Guijarro, 2002). Según otro estudio realizado en el servicio de emergencias de Castilla León en 2012, los accidentes fueron más frecuentes en los primeros años de edad, predominando el sexo masculino (Da Cuña, 2012).

Los resultados de otro estudio realizado en Valladolid en 2013, muestran que el 14% de adolescentes sufrieron algún accidente, la mayoría de ellos eran varones (Fierro et al., 2013).

El informe del programa D.A.D.O (Detección de Accidentes Domésticos y de Ocio) realizado en 2011, muestra que más de la mitad de los accidentes en todas las edades fueron caídas (de ellas, el 34.7 % fueron caídas en el mismo nivel por tropiezo), y golpes, la mayoría de ellos chocando con un objeto estático, coincidiendo con el informe Faros. Los resultados de un estudio en el servicio de emergencias de Castilla León en 2012, muestran que los traumatismos fueron la forma más común de lesión, seguidos de los accidentes de tráfico. (Da Cuña, 2012). Los resultados anteriores fueron confirmados por otro estudio realizado en Valladolid en 2013, que muestran que las lesiones más comunes fueron de tipo traumatológico (Fierro et al., 2013). El estudio realizado posteriormente por la Asociación Española de Pediatría en atención primaria (AEPap) con Fundación Mapfre en 2014, destaca que la edad de los niños es un factor de riesgo para sufrir determinados tipos de accidentes. Las caídas (coincidiendo con el informe Faros) y los golpes, fueron los accidentes más frecuentes a cualquier edad (coincidiendo con el informe del programa D.A.D.O), las intoxicaciones se produjeron con mayor frecuencia en los menores de dos años, y los ahogamientos, atragantamientos y quemaduras entre los niños de dos y de cuatro años.

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) de 2003, un 11% de la población infantil de 0 a 15 años sufrieron algún accidente. La misma encuesta realizada en el año 2006, muestra que sufrieron un accidente un 9´63% de los niños de 0 a 4 años y un 11´01% de niños de 5 a 15 años.

Estaríamos, según Jiménez Morago, (2000), ante un niño con afán explorador, en presencia de adultos y /o cuidadores, en más del 50% de los casos en la cocina o el cuarto de baño .El perfil del cuidador principal sería: madre, dedicada a las labores domésticas, entre 20 y 50 años, bajo nivel de estudios, casada con más de 1 hijo, ingresos bajos, escaso conocimiento del

desarrollo infantil, de las necesidades básicas de los niños y de los riesgos potenciales a los que están expuestos en el hogar. Los accidentes más frecuentes en el hogar serían: caídas, golpes, cortes y heridas, intoxicaciones, quemaduras, asfixias y ahogamientos; normalmente accidentes de carácter leve (Jiménez Morago, 2000).

Como veremos en el apartado siguiente, son muchas las coincidencias encontradas entre los estudios fuera y dentro de nuestro país, en cuanto al lugar, edad, sexo y tipos de accidentes.

## 1.4. Conclusiones de los estudios sobre accidentes infantiles

Los diferentes estudios, tanto fuera como dentro de España coinciden en que las lesiones no intencionadas constituyen un problema de salud pública, principalmente en los primeros años de vida.

La mayoría de estudios coinciden en que:

Los *primeros 6 años de vida* son el periodo de edad en el que se producen más accidentes (Pozo et al., 2002, Sociedad Española de Medicina y Salud Comunitaria-Semfyc y Fundación Mapfre, 2010; Consumer Eroski, 2012; Da Cuña, 2012 y Jagnoor et al., 2012).

Es el *sexo masculino* el más propenso a sufrir accidentes infantiles en los primeros años de vida (Bijur, et al., 1988; Jiménez Morago, 2000; Pozo, et al., 2002; Sánchez y Malmierca, 2004; Camejo y Boza, 2005; Ordoñana et al., 2008; Minda, 2011; Sociedad Española de Medicina y Salud Comunitaria-Semfyc y Fundación Mapfre, 2010 y Da Cuña, 2012).

Entre los tipos de accidentes más frecuentes se encuentran las *caídas* (Jiménez Morago, J., 2000; Informe Faros 2008; Minda, 2011; Programa D.A.D.O., 2011; Da Cuña, 2012; Jagnoor, et al., 2012 y Asociación Española de Pediatría en Atención Primaria-AEPap con Fundación Mapfre, 2014), y los *golpes* (Jiménez Morago, 2000; Informe Faros, 2008; Programa D.A.D.O. 2011; Da Cuña, 2012 y Asociación Española de Pediatría en Atención Primaria-AEPap con Fundación Mapfre, 2014).

La mayoría de estudios identifican los *hogares* (Camejo y Boza, 2005; Nukhba Zia et al., 2010; Sociedad Española de Medicina y Salud Comunitaria, Semfyc, con Fundación Mapfre, 2010 y Mutto et al., 2011) y *los centros*

*escolares* (Encuesta Nacional de Salud 2001 y 2003 y Asociación Española de Pediatría en Atención Primaria (AEPap) con Fundación Mapfre, 2014) como el lugar en el que se producen más accidentes infantiles.

En cuanto al *cuándo* se producen los accidentes, hay estudios que señalan el mes de *agosto*, los *domingos* y las *tardes* (Camejo y Boza, 2005; Sociedad Española de Medicina y Salud Comunitaria-Semyf con la Fundación Mapfre en 2010 y Mutto et al., 2011), también los meses de *julio* y *diciembre* (Sociedad Española de Medicina y Salud Comunitaria-Semyf con la Fundación Mapfre, 2010).

## **CAPÍTULO II.**

### **Temperamento, formas de supervisión de los cuidadores y lesiones accidentales**



## 2.1. Introducción

Como hemos observado, los factores de riesgo de lesiones y accidentes infantiles incluyen, no sólo los atributos de comportamiento del niño, sino también los patrones de supervisión del cuidador. El hecho de que muchas de las conductas identificadas asociadas a las lesiones de riesgo parecen estar relacionadas con el temperamento (por ejemplo, actividad, atención, impulsividad, control inhibitorio, etc.) ha conducido recientemente a investigar las relaciones entre temperamento y riesgo de lesión (Jaquess y Finney, 1994; Schwebel y Plumert, 1999; Schwebel y Bounds, 2003; Morrongiello y Sedore, 2005). A este respecto, revisaremos, por un lado, el reciente interés que la contribución de las diferencias individuales en temperamento ha tenido en la presencia de dichos accidentes infantiles. Y por otro lado, teniendo en cuenta que muchas lesiones de los niños menores de seis años ocurren en sus hogares y alrededores, revisaremos los estudios que han considerado de interés abordar las prácticas de socialización de los padres, especialmente cómo los padres gestionan la necesidad de enseñar a evitar situaciones de riesgo de lesión y cómo esperan que sus hijos actúen (Rivara, Calonge, y Thompson, 1989; Rivara, 1995; National Safety Council, 1991; Shannon, Brashaw, Lewis y Feldman, 1992; Garling y Garling, 1995 ).

## 2.2. Temperamento: definiciones conceptuales

Desde una perspectiva psicobiológica, Rothbart (Rothbart y Derryberry, 1981; Rothbart y Posner, 1985) define el temperamento como las diferencias individuales en reactividad y auto-regulación, con una base constitucional e influida a lo largo del tiempo por la herencia, la maduración y la experiencia. Por *Reactividad* entiende las respuestas de los sistemas emocional, de activación y de “arousal”, y por *Auto-regulación*, los procesos como la aproximación, la evitación y la atención que sirven para modular la reactividad de un individuo. Desde esta teoría se contempla que los niños en el nacimiento son reactivos; sin embargo, a medida que van apareciendo y desarrollándose tanto los controles emocionales (miedo y timidez), como los atencionales, las reacciones originales de los niños irán progresivamente siendo mediatizadas por los mecanismos de auto-regulación (Rothbart, 1989).

Al adoptar una posición neurocientífica afectiva (Rothbart y Ahadi, 1994), uniendo temperamento y fisiología, las diferencias individuales son contempladas como parte del conjunto del funcionamiento del organismo, considerándose igualmente que las funciones temperamentales se producen en un contexto social, influyendo y siendo influidas por otras personas. Por ello, el estudio del temperamento queda situado entre la fisiología por un lado, y la interacción social por otro, proporcionando un avanzado punto de vista de la forma en que se produce el desarrollo de la personalidad. Esta definición de temperamento ha sido atractiva para los investigadores debido a que puede ser aplicada al temperamento observado en la infancia, la niñez y la edad adulta, mientras que otras aproximaciones se han focalizado, fundamentalmente, sobre el periodo adulto.

En cuanto a las ideas de Thomas y Chess, éstas ocupan hoy día una posición central dentro del estudio del temperamento en la infancia. Sigue con total vigencia su definición del temperamento como patrones de conducta, acentuando el carácter estilístico de este concepto, y manteniéndolo independiente de otros aspectos de la estructura psicológica de los niños, como la cognición y la motivación. Esto es, destacan que el temperamento es un atributo psicológico independiente (Carranza y Gonzalez, 2003).

El concepto central de su teoría, la *bondad de ajuste*, recoge la dinámica de las interacciones genotipo-ambiente especificando que múltiples, variados e impredecibles tipos de patrones interaccionales entre los rasgos temperamentales de los niños y las características del contexto familiar y escolar en el que éstos se educan pueden conducir a un desarrollo psicológico, bien positivo, bien patológico. Este concepto ha constituido la base para la actual perspectiva contextual del temperamento que enfatiza la influencia de los sistemas familiares sobre el desarrollo de las características temperamentales que presenta el niño al nacer (v.g., Lerner y Lerner, 1994), así como también la importancia de considerar desde una perspectiva más abierta los contextos que participan en las transacciones con dichas características temperamentales (Wachs y Kohnstamm, 2001).

Pero existen otras perspectivas dentro del estudio del temperamento en la infancia. En el extremo contrario en el continuo individuo-ambiente, está la posición de Buss y Plomin (1984) quienes, partiendo de una tradición genética personalológica, definen el temperamento como un conjunto de rasgos de personalidad heredados que aparecen de forma temprana en la vida. Los rasgos que cumplen estas condiciones son *Actividad*, definida como el gasto de energía física con la que se realizan las actividades; *Emocionalidad*, se refiere a un estado de ansiedad global, pudiendo diferenciarse en miedo e ira; y *Sociabilidad*, definido por la preferencia por estar con otros en lugar de permanecer solo. La tendencia a actuar de forma *impulsiva* en lugar de

reflexiva fue introducida en su modelo de temperamento y después desechada por no encontrarse pruebas sobre su origen genético (Buss, 1989).

Para estos autores, pues, la genética tiene una gran influencia sobre las características temperamentales, si bien también se admite su modificación a través de la socialización y la experiencia individual. Buss y Plomin utilizan términos como *Armonía* y *Desarmonía* para dar cuenta del ajuste entre las características temperamentales del niño y de sus cuidadores. Con todo, la modificabilidad de las características temperamentales juega un papel secundario dentro de su teoría, ya que según estos autores en realidad son los individuos los que seleccionan los ambientes de forma que éstos se ajusten a sus características de personalidad.

Por último, Kagan y colaboradores (García-Coll, Kagan y Reznick, 1984; Kagan, Reznick, Clarke, Snidman, y García-Coll, 1984; Kagan, Reznick, Snidman, Gibbons, y Johnson, 1988, etc.) han desarrollado una teoría acerca de las bases fisiológicas de la inhibición-desinhibición conductual en niños pequeños. De acuerdo con su teoría, algunos niños de una forma consistente permanecen tranquilos, vigilantes, y retraídos mientras que evalúan la nueva situación y sus recursos antes de actuar. Otros, actúan con espontaneidad, como si las distinciones entre las situaciones nuevas y familiares tuvieran unas mínimas consecuencias psicológicas. Ellos denominan al niño tímido como *inhibido* y al niño sociable como *desinhibido*. Las dos categorías son consideradas por Kagan y colaboradores no como una dimensión sino como los extremos de un *continuum*, con características temperamentales cualitativamente diferentes. Desde luego, es raro encontrar un grupo numeroso de niños que sean consistentemente tímidos y afectivamente retraídos o extrovertidos y espontáneos sin tener en cuenta el contexto social. Así pues, se plantean una serie de cuestiones no resueltas

relacionadas con la estabilidad de la clasificación, la variabilidad dentro de los dos grupos y los patrones específicos de respuesta fisiológica.

A pesar de las diferencias encontradas entre los autores en la definición del temperamento, existen algunos acuerdos con respecto a los criterios que forman parte de la definición, por medio de los cuales se caracteriza este fenómeno. La mayoría de los investigadores del temperamento, bien orientados en la emoción, o ampliando este fenómeno a otras clases de conducta, están de acuerdo explícita o implícitamente con la visión del temperamento como un fenómeno que, según Hinde (1989), Rutter, 1989 y Strelau (1998) se puede caracterizar por los siguientes rasgos:

En primer lugar, el temperamento se refiere a un conjunto de rasgos. Los estudios de temperamento, por lo tanto, típicamente involucran una variedad de dimensiones (es decir, miedo, tristeza, arousal (el nivel de excitación), nivel de actividad, etc.) en lugar de un único constructo.

El constructo de temperamento, además, se compone de predisposiciones conductuales, más que vínculos directos a los resultados conductuales. Así pues, las dimensiones temperamentales reflejan tendencias conductuales, y no actos conductuales discretos, es decir, son abstracciones y no conductas observables directamente. Estas diferencias son descritas por conceptos tales como *disposición* (Rothbart y Derryberry, 1981), *rasgo* (Allport, 1937; Buss y Plomin, 1984; Strelau, 1987), *factor* (Cattell, 1935), *dimensión* (Eysenck, 1990), *categorías* (Chess y Thomas, 1989; Kagan, 1989b), etc.,. Estos conceptos son usados indistintamente por muchos investigadores.

Una segunda consideración destacada por los investigadores es la de que el temperamento no ofrece una "fórmula" completa de la conducta; sino que proporciona un marco dentro del cual las tendencias observadas pueden ser interpretadas y se puede predecir la conducta. El temperamento sirve

como un mecanismo para explicar cómo individuos contribuyen a su propio desarrollo socio- emocional en un contexto ambiental dado.

Una tercera cuestión es la creencia de que el temperamento tiene una base biológica y es relativamente estable a lo largo del tiempo y las situaciones. En el curso del desarrollo, sin embargo, los vínculos entre el temperamento y sus manifestaciones se hacen más complejos. Por lo tanto, la infancia ha sido tradicionalmente considerada como el período de desarrollo durante el cual el temperamento puede interpretarse más directamente.

Una cuarta y final comunalidad es el supuesto de que el temperamento se refiere al nivel cualitativo o de reacción de las diferentes predisposiciones temperamentales que conduce a los niños a experimentar los mismos acontecimientos de una manera diferente.

Finalmente, tal como destaca Bates (1989), el concepto de temperamento tiene su propia contribución dentro de la Psicología Evolutiva, ya que: (1) constituye una forma taquigráfica de postular que hay fuerzas endógenas que conforman las características individuales y sociales del niño; (2) en el estudio de los orígenes de la individualidad, guía los modelos de desarrollo, junto a otros conceptos centrales como la competencia intelectual, las influencias ambientales y la personalidad adquirida; (3) los conceptos de temperamento están enriqueciendo nuestra visión sobre conductas que se habían contemplado como parte del desarrollo cognitivo, independientemente de la personalidad, como ilustra la revisión de Matheny (1989), en la que se observan los efectos de la inhibición conductual sobre el desarrollo cognitivo; (4) el temperamento puede ser un factor explicativo en los problemas conductuales que pueden manifestar los niños en su desarrollo, como veremos con posterioridad en este trabajo.

### **2.3. El temperamento y las lesiones accidentales.**

El estudio de las diferencias individuales en temperamento ha recibido una considerable atención como posibles marcadores conductuales del riesgo de lesiones. Las diferentes intensidades de las tendencias conductuales de las dimensiones del temperamento (por ejemplo, un alto nivel de actividad, capacidad de control inhibitorio, es decir, de inhibir una conducta inapropiada tal como aproximarse a un sitio peligroso, la impulsividad, atención, etc.) hacen a unos niños más vulnerables que a otros a sufrir lesiones accidentales.

Ya en 1967, los resultados de un estudio con chicos y chicas de 4 a 18 años en Berkeley-Oakland, California, mediante entrevistas a las madres que se completaron con registros escolares de accidentes, mostraron que existe una relación estadísticamente significativa entre la responsabilidad en el accidente y los índices de extraversión, atrevimiento, tendencia a armar jaleo, y otros rasgos que tienden a exponer a los niños a peligros. Están relacionados también con los accidentes la falta de normas de los niños, agresividad hacia los iguales, búsqueda de atención (en las niñas) y capacidad para enfrentarse a los peligros (en niños). Otros rasgos relacionados con la responsabilidad en el accidente que podrían perjudicar la capacidad de enfrentarse a los peligros son impulsividad, descuidos y exceso de confianza. (Manheimer y Mellinger, 1967).

Años más tarde, en 1987, los resultados de un estudio sobre el papel del temperamento infantil en la predicción de la incidencia de hospitalización y de accidentes en niños menores de 5 años, analizando el temperamento de los niños hospitalizados, mostraron que todos los niños tenían el humor más

negativo, eran más persistentes y activos que otros niños, y tenían más reacciones negativas ante nuevas situaciones. (Nyman, 1987).

Posteriormente, en 1997, un estudio examinó las influencias sociales y temperamentales en los juicios que hacen los niños sobre sus habilidades físicas, y las relaciones entre sus características temperamentales, sobreestimación de su capacidad y lesiones accidentales. Las conclusiones revelaron que tanto los factores que ponen a los niños en riesgo de lesiones accidentales, como las relaciones entre las características temperamentales cambian con el desarrollo. En los niños de 6 años, alta actividad y bajo control correlacionaron con la exactitud de los juicios que realizaban, pero no con la cantidad de tiempo para realizarlos; los de 8 años, con las mismas características temperamentales, correlacionaron con la cantidad de tiempo que tomaban para hacer sus juicios, pero no con la exactitud de éstos (Plumert y Schwebel, 1997).

Los resultados de un estudio en 2003, mediante el test para evaluar el modelo de los cinco factores (Hierarchical Personality Inventory for Children, HiPIC, Mervielde y De Fruyt, 1999) en niños de 6 a 15 años, confirmaron que hay un modelo para los rasgos de personalidad relacionados con un número mayor de accidentes infantiles. Las características temperamentales relacionadas con los accidentes infantiles fueron más alta extraversión, energía y optimismo (dominio extraversión) y más baja escrupulosidad y timidez. Los niños puntuaron más alto en energía y más bajo en expresividad (dominio escrupulosidad). Las niñas puntuaron más alto en altruismo y complicidad (benevolencia), concentración, perseverancia, orden y creatividad (imaginación) (Vollrath, Landolt y Ribbi, 2003).

Las conclusiones de un estudio, también en 2003, con niños de 6 años, confirmaron que tanto la alta impulsividad como el bajo control inhibitorio temperamental contribuyeron al riesgo de lesiones involuntarias en los niños. (Schwebes, 2003).

Bijttebier et al., (2003), investigaron la toma de riesgos como mediador de la relación entre el temperamento de los niños y la

responsabilidad de éstos en las lesiones, en una muestra de niños de 2 a 9 años, usando registros paternos. Los resultados mostraron que la única variable demográfica que contribuyó a la responsabilidad en la lesión fue el orden de nacimiento, los niños nacidos primero tuvieron el número de lesiones más alto que los otros niños. Con respecto al comportamiento de toma de riesgo, los chicos mostraron más comportamientos de toma de riesgo que las chicas. El llamado temperamento “difícil”, se relacionó positivamente con el comportamiento de toma de riesgo y, sobre todo, con el número de lesiones registrado. Se confirmó que la toma de riesgos intervino en la relación entre el temperamento y la lesión, lo que sugirió que las ratios más altas de lesiones generalmente registradas en niños difíciles, pueden estar debidas al hecho de que esos niños muestran incrementado el comportamiento de toma de riesgos (Bijttebier, et al., 2003).

En un estudio posterior se comparó la salud relacionada con la calidad de vida en niños y adolescentes, de 6 a 14 años y medio, con lesiones involuntarias un mes después del incidente y un año después, y se examinó el impacto de la personalidad, las características personales y las variables médicas sobre su salud relacionada con la calidad de vida, mediante una entrevista con los pacientes lesionados, un cuestionario a los padres y pediatras e información del registro hospitalario. Las conclusiones mostraron que los niños con lesiones moderadamente severas sufren una salud relacionada con la calidad de vida reducida un mes después del incidente, pero muestran un desarrollo positivo con mejoras significativas después de un año. La salud relacionada con la calidad de vida era relativamente estable después de un año, sugiriendo la noción de una disposición interna de salud relacionada con la calidad de vida. La personalidad afectó a la salud relacionada con la calidad de vida, especialmente en los factores básicos de neuroticismo, escrupulosidad y altruismo, después de controlar variables médicas. El efecto del neuroticismo fue doble, al principio, el alto neuroticismo predijo salud relacionada con la calidad de vida más pobre, pero mejoras en la salud relacionada con la calidad de vida después de un año. (Vollrath y Landolt, 2005).

Posteriormente, un estudio examinó cómo las diferencias individuales en características temperamentales se relacionaban con comportamientos de riesgo de los ciclistas, cuando había tráfico crecidamente denso. Los análisis preliminares de los resultados mostraron que los niños de 10-12 años que tenían puntuaciones más altas en agresividad, eligieron los huecos más pequeños, frenaron menos a menudo en intersecciones y esperaron menos tiempo antes de cruzar (Plumert, Kearney y Cerner, 2007).

También en 2007, Barton y Schwebel, en un informe sobre los comportamientos seguros de los niños como peatones, examinaron el papel que tienen las diferencias individuales de los niños, edad, género y control inhibitorio y la supervisión parental en los comportamientos peatonales infantiles. Los resultados mostraron, en cuanto al control inhibitorio, que los niños con menos control comportamental notificaron más comportamientos de riesgo. En cuanto a la edad, los niños de 5 y 6 años mostraron más comportamientos peligrosos comparados con los niños de 7 y 8 años. Las niñas fueron más seguras y cautelosas que los niños. Los niños más pequeños y con menos control comportamental tuvieron más comportamientos de riesgo y estos últimos respondieron mejor al aumento de supervisión paterna (Barton y Schwebel, 2007).

Mediante el relato paterno de accidentes en la niñez, Garzon, Huang y Todd, (2008), estudiaron la relación entre el trastorno de déficit de atención/ hiperactividad y el opositor desafiante, y el riesgo de lesiones involuntarias. Los resultados mostraron, entre otros, que los niños con un problema de oposición y desafío y déficit de atención/ hiperactividad tuvieron significativamente más riesgo de lesiones; los niños lesionados incrementaron el comportamiento de toma de riesgo.

Según Morrongiello y Sandomierski, (2010), la búsqueda de sensaciones es un atributo de la personalidad que se ha asociado con lesiones en niños de edad escolar, adolescentes y adultos. Como resultado de un estudio para desarrollar y evaluar las propiedades psicométricas de un cuestionario para medir la búsqueda de sensaciones de niños entre 2 y 5

años de edad, desarrollando los ítems relacionados con los aspectos de la búsqueda de sensaciones (búsqueda de la novedad, intensidad de conductas y búsqueda de emociones), se obtuvo una escala que podría ser utilizada para identificar alta búsqueda de sensaciones en edades tempranas (SSSYC-Sensation Seeking Scala Young Children), prediciendo la oportunidad de intervenciones tempranas para prevenir las lesiones involuntarias.

Por último, para estudiar como una actividad determinada influía en las decisiones de toma de riesgo de los niños de 6-12 años, se exploraron diferentes factores individuales (características comportamentales, reacciones emocionales en situaciones de riesgo y evaluaciones de la lesión). Los resultados confirmaron que tener experiencia en una actividad física que inicialmente era nueva, aumentaba la toma de riesgo en dicha actividad. El incremento de toma de riesgo se asoció con menor control inhibitorio y mayor búsqueda de sensaciones. (Lasenby-Lessard, et al., 2013).

Se puede concluir que, desde hace décadas, el temperamento se ha relacionado con las lesiones involuntarias desde la etapa preescolar hasta los dieciocho años de edad.

Se han encontrado relaciones entre la responsabilidad en el accidente y los índices de extraversión, atrevimiento, tendencia a armar jaleo, poca disciplina, agresividad hacia los iguales, búsqueda de atención (en las niñas) y capacidad para enfrentarse a los peligros (en los niños) en los menores de 4-18 años (Manheimer y Mellinger, 1967). Otros resultados muestran que los niños de 6 años más activos y menos controlados son menos exactos en los juicios que hacen sobre sus habilidades físicas, sin embargo, con los niños de 8 años, el mismo temperamento no se relacionaba con la exactitud de sus juicios (Plumert y Schwebel, 1997). Se han asociado lesiones accidentales y puntuaciones más altas en extraversión, energía y optimismo, y más bajas en escrupulosidad y timidez en niños de 6-15 años (Vollrath, et al., 2003).

También se han encontrado relaciones entre riesgo de lesiones involuntarias, alta impulsividad temperamental y bajo control inhibitorio

temperamental a los 6 años (Schwebel y Bounds, 2003). El temperamento se ha relacionado también con la inteligencia, a menor reactividad temperamental, mejor resultado en una prueba de inteligencia en niños de 6 y 7 años. (Cruz, Torres y Maganto, 2003). Indicadores del llamado temperamento difícil se relacionaron positivamente con los comportamientos de toma de riesgo y con el número de lesiones relatado (Bijttebier et al., 2003). Los niños con hiperactividad y modelos de comportamiento difícil incrementan el riesgo de sufrir lesiones, pero pueden estar protegidos en un ambiente de educación positiva. (Schwebel, Brezausek, Ramey, Ramey, 2003). El trastorno oposicionista desafiante y el déficit de atención con hiperactividad se han relacionado también con el riesgo de lesiones accidentales (Garzon et al., 2008). La búsqueda de sensaciones es un atributo de la personalidad que se ha asociado con lesiones en niños de edad escolar, adolescentes y adultos (Morrongiello et al., 2010).

En la siguiente tabla aparecen las principales características temperamentales y comportamentales encontradas según la edad:

Tabla 6 Características temperamentales y comportamentales asociadas a las conductas de riesgo según la edad.

Edad	Características temperamentales y comportamentales
Preescolares	Comportamientos de toma de riesgos
Menores de 5 años	Persistencia, actividad
2-9 años	Temperamento difícil
5-8 años	Bajo control inhibitorio
6 años	Alta impulsividad, bajo control inhibitoril. Sobreestimación capacidad física.
4-18 años	Extraversión, atrevimiento, agresividad hacia los iguales, impulsividad, descuidos y falta de confianza. Búsqueda de atención en las niñas. Capacidad para enfrentarse a los peligros en los niños.
6-12 años	Bajo control inhibitorio. Alta búsqueda de sensaciones.
6-15 años	Alta extraversión, energía y optimismo. Baja escrupulosidad y timidez. Mayor energía y menor expresividad en niños. Mayor altruismo, complicidad, concentración, orden y reactividad en niñas.
Edad escolar y adolescencia	Búsqueda de sensaciones.

## **2.4. Formas de supervisión de los cuidadores.**

El concepto de “estilo de crianza” se muestra como una explicación robusta sobre cómo las prácticas de crianza de los padres se relacionan con los resultados de la conducta de los niños (Maccoby y Martin, 1983 para una revisión) y la investigación sobre los estilos de crianza describen una visión consistente de los tipos de prácticas que reflejan la socialización de los niños (ver Baumrind, 1989, 1991, para una revisión). Generalmente un estilo democrático se ha encontrado que sobresale en promover el desarrollo de la competencia instrumental. Los padres utilizan una técnica inductiva obligando al niño a reflexionar acerca del porqué de su acción, en este caso haciéndole considerar las consecuencias que se derivan de sus acciones. Un patrón opuesto muestran los padres autoritarios, dedicando muchos más esfuerzos (instituir) a influir y hacer cumplir el uso de la reglas y dar menos explicaciones y enseñanzas sobre la seguridad (es decir, altos en el control y bajos en sensibilidad). Por otro lado, los padres permisivos siendo bajos en control y altos en sensibilidad, puede ser más probable que respondan con explicaciones como un método de enseñanza primario y menos probablemente desarrollen y hagan cumplir normas que les enseñan a los niños sobre la seguridad. Como señala Morrongiello (2006), sobre la base de esta literatura se considera que los estilos de crianza influirían en los tipos de estrategias usadas por los padres para enseñar a los niños sobre la seguridad, lo cual puede tener implicaciones en los riesgos de lesión de los niños.

El cuidado y la supervisión que se da a los niños se han relacionado con la cantidad de accidentes infantiles que sufren éstos. Sin embargo, se hace ineludible para los padres y cuidadores, encontrar un equilibrio entre el cuidado y protección que dispensan a los niños contra los accidentes y la

necesidad que tienen éstos de libertad para explorar sus propias capacidades, por lo que han de proporcionarles el espacio físico adecuado y los medios humanos y materiales para que puedan desenvolverse libremente a través de su entorno de forma segura.

Todos los niños necesitan sentirse independientes para desarrollarse adecuadamente. Los cuidadores tienen la responsabilidad de proporcionar oportunidades para experimentar su independencia a la vez que proporcionarles los cuidados necesarios para garantizar su completa seguridad, equilibrando la supervisión y situaciones necesarias con la seguridad

Como medida general, hemos de tener en cuenta que la labor de los mayores ha de ser la de proporcionar un entorno seguro a los niños, sin caer en un excesivo proteccionismo y sin recortar la necesaria libertad de movimiento que se precisa en la infancia para ir descubriendo el mundo que la rodea. En definitiva, hemos de proteger al niño, ayudándole poco a poco a lograr la autonomía suficiente para que sea capaz de afrontar o esquivar los peligros por sí solo (Comunidad de Madrid).

Los estilos educativos parentales están relacionados con el cuidado y la supervisión que se les da a los menores y, por tanto, con los accidentes infantiles. Los padres tienen distintos estilos en la interacción con sus hijos y éstos guardan una estrecha relación con el seguimiento de las normas sociales y su adaptación al entorno familiar y educativo.

Las conclusiones principales de un estudio en 2002 mostraron que los niños de 7 a 9 años de edad tenían la autorización de sus padres para realizar actividades en la calle, a pesar de los peligros de lesión. Los niños sobreestimaban levemente lo que tenían permitido hacer y los padres, que creían que los niños necesitaban jugar fuera, veían sus calles seguras para ello. Los beneficios percibidos necesitaban contrarrestar los riesgos; es

necesario proporcionar áreas de juego de buena calidad cerca de la casa y mejorar la seguridad en las áreas residenciales. (Sooriy Bhopal, 2002).

Hay un incremento en el interés y entendimiento de cómo la supervisión de los padres influye en el riesgo de lesiones de los niños. Un estudio en 2009 comparó en un primer momento las creencias de supervisión de madres y padres e informes de prácticas, y relacionó estas puntuaciones con los informes paternos de la historia de lesiones de los niños. Madres y padres de cada niño de 2-5 años, independientemente, completaron una entrevista telefónica y previamente una validación de cuestionarios sobre sus creencias de supervisión, prácticas y la historia de lesiones de sus hijos. Las conclusiones mostraron que la supervisión materna tiene más impacto en el riesgo de lesión de los niños que la supervisión paterna, posiblemente porque las madres pasan más tiempo con los niños que los padres. (Morrongiello, Walpole, Mc Arthur, 2009).

Según Morrongiello, Widdifield, Munroe, Zdzieborski, (2014), la educación en reglas de seguridad se extiende a lo largo de los años de la temprana infancia, empezando sobre los dos años y continuando sobre el periodo preescolar, con pautas para cada edad. Los resultados de un estudio revelaron que los padres implementaron más reglas de seguridad en el grupo de niños de 3-3.5 años, que en el grupo de 2-2.5 años. (Morrongiello, Widdifield, Munroe, Zdzieborski, 2014).

En relación a los factores familiares y ambientales, se realizó un estudio en 2010 con el propósito de evaluar anticipadamente la relación entre problemas de comportamiento y riesgo de lesiones involuntarias, basado en una muestra de niños canadienses de 4-11 años. Todos los grupos fueron comparados con niños sin problemas de comportamiento. Los resultados mostraron, entre otros, que los niños que vivían o con un solo padre o con ninguno, y los niños que no vivían con ningún padre biológico, tuvieron un riesgo significativamente mayor de lesión. (Dudani, Macpherson, Tamim, 2010).

Desde esta perspectiva, los resultados de un estudio confirmaron la eficacia de un programa que evaluaba la supervisión de los padres. Al seguir la intervención, los padres incrementaron la supervisión a sus hijos, tanto bajo su vista como cuando estaban fuera de ésta. (Morrongiello, Zdzieborki, Sandomierski, Kimberly. 2013).

## **2.5. Relaciones entre temperamento y formas de supervisión de los cuidadores.**

Hemos visto como las características temperamentales pueden contribuir a la mayor/ menor vulnerabilidad al riesgo de lesiones en la infancia al igual que sucede con el tipo de supervisión de los padres. Ni una ni otra variable, a pesar de su contribución al riesgo de lesiones, puede dar cuenta de los resultados finales de las lesiones del niño. Se ha podido observar que las interacciones entre ambas variables (endógena y exógena) permiten diferenciar mejor el peso de la contribución de cada una de las variables y la moderación que una y otra tienen en el resultado final de riesgo a experimentar las lesiones por el niño, como veremos a continuación.

Aunque se ha asociado el control inhibitorio con los accidentes infantiles, los resultados de un estudio mostraron que hacer pensar a los niños cuidadosamente antes de juzgar sus habilidades físicas no se relacionó con la precisión de sus juicios. (Schwebel, 2004). Los niños con altos niveles de control inhibitorio y menos supervisión, en otro estudio, tuvieron mayor riesgo de lesiones que los niños con bajos niveles de control inhibitorio y mayor supervisión materna, destacando el papel de la supervisión materna en la prevención de accidentes. (Cole, Koulouglioti, Kitzman, Arcoleo, Anson, 2005).

Otros resultados sobre supervisión parental con niños de 2-5 años, mostraron que para los niños con comportamiento de alta búsqueda de sensaciones, la supervisión cercana no fue adecuada para prevenir lesiones, y para los niños con alto control de su comportamiento, la supervisión lejana no elevó el riesgo de lesiones, destacando el papel del control comportamental en la prevención de lesiones. Los padres mostraron mayor supervisión con los niños más pequeños que con los más mayores. (Morrongiello, Klemencic, Corbett, 2008).

Ingram y Emond, (2009), señalaron algunas de las actitudes que tenían los padres con niños preescolares que asumían riesgos habitualmente, pertenecientes a familias económicamente pobres, mostrando que la supervisión constante era una estrategia común empleada por los padres para mantener a sus hijos seguros, a menudo en condiciones adversas.

Según O'Neal y Plumert, (2014), las conversaciones entre padres e hijos constituyen un mecanismo de seguridad para los niños. Los resultados de una tarea en la que las madres y los niños discutían sobre unas fotografías mostrando a otros niños en actividades físicas de seguridad variable, mostraron que los niños con historia de lesiones puntuaban las fotografías como menos peligrosas en comparación con las madres.

Es importante, en definitiva, conocer la interacción de las características temperamentales infantiles con las formas de supervisión empleadas por los cuidadores y la medida en la que esta interacción puede estar relacionada con los accidentes infantiles.



**CAPÍTULO III.**

**APROXIMACIÓN A LA  
PREVENCIÓN DE ACCIDENTES  
INFANTILES**



### **3.1. Revisión teórica de la prevención de los accidentes infantiles.**

Como se ha podido comprobar en los apartados anteriores, los estudios sobre accidentes infantiles han aumentado en los últimos años, aportando información muy importante para la prevención de los accidentes, tanto prevención primaria, que consistiría en evitar que se produzcan, como prevención secundaria, que consistiría en minimizar las consecuencias del accidente una vez que se ha producido, mediante el tratamiento de sus consecuencias.

Aunque la información disponible sobre los accidentes domésticos ha experimentado una clara mejoría en los últimos años, todavía persisten lagunas que han de mejorarse (Fundación Mapfre, 2010).

En los accidentes se destacan tres elementos: sujeto, medio ambiente y agentes que los provocan. Esta equivalencia con la enfermedad transmisible sugiere que si se controlan los tres elementos, sería posible controlar la aparición de los accidentes y de ahí nacen las nociones actuales de prevención (Delicado y Alfaro, 1990).

La prevención de lesiones se ha centrado en gran parte en el control de los agentes potencialmente perjudiciales en el entorno, medicinas, productos químicos de la casa, juguetes peligrosos y ventanas sin protección en edificios altos. Las acciones preventivas de este tipo, indudablemente han conducido a disminuir lesiones mortales pero, para algunos tipos de lesiones, las decisiones de seguridad no son tan seguras desde el punto de vista de que requieren que los cuidadores equilibren los riesgos potenciales con los beneficios potenciales de la actividad y la diversión de los niños (Bijttebier et al., 2003).

En los accidentes aparecen tres componentes, que son, el sujeto susceptible de padecerlos, el medio ambiente propicio para que se produzcan y los agentes que están implicados en su aparición (Zayas, et al.,), por lo que si se estudian estos componentes, es posible anticipar la aparición de los accidentes, y también su prevención.

La causa de las lesiones involuntarias es la interacción compleja de agentes predecibles (Garzon, 2005). Para considerar el efecto de los factores de riesgo, resultaría útil distinguir cómo éstos se moderan y regulan entre ellos y afectan al riesgo de lesión (Schwebel y Barton, 2005).

Desafortunadamente, el sistema sanitario tiene límites para predecir los accidentes en todas las dimensiones, siendo necesario que actúe en conjunto toda la sociedad en aras de proteger la salud de los más jóvenes como desafío principal (Zayas, et al., 2007).

Los daños ocasionados como consecuencia de los accidentes, se deben considerar como cualquier enfermedad, ya que poseen una víctima, que es el sujeto lesionado, y una causa que lo origina, interactuando con el ambiente. Entonces, se pueden plantear intervenciones para intentar evitar lo que sucede antes del accidente, el propio accidente y sus consecuencias, interviniendo sobre la causa del accidente, sobre la víctima y sobre el ambiente en el que se produce, de manera conjunta (Romero, 2007).

Si los accidentes están considerados como una enfermedad más, los niños serían las víctimas, al ser los sujetos que los padecen. En los accidentes interviene también la causa que los provocan, además de una serie de variables que forman parte del contexto en el que se producen.

La idea de que los accidentes y las lesiones involuntarias se producen de manera impredecible y por lo tanto no se pueden prevenir, se ha modificado planteando que la mayoría de los accidentes y las lesiones involuntarias son evitables, se pueden predecir y se dan en situaciones de riesgo que identificadas se pueden prevenir (Romero, 2007).

Si de algo no cabe la menor duda es de que los accidentes no se producen por mala suerte, ni por casualidad, ni debido al azar (Fundación Mapfre, 2010), sino que hay una causa o conjunto de causas ambientales, temporales y espaciales, entre otras, que los desencadenan, una interacción compleja de elementos que pueden llegar a ser predecibles y en los cuales es necesario profundizar en su conocimiento para poder anticiparse a ellos y prevenirlos en la medida de lo posible.

Los accidentes ocurren por causas concretas que los originan y se pueden evitar mediante métodos y estrategias para actuar en forma eficaz y reducir los niveles de riesgo.

Según Zayas et al., se ha propuesto cambiar la palabra «accidente» por «lesión no intencional», para evitar la “inevitabilidad” asociada a la palabra accidente, que llevaría implícito que nada se puede hacer para prevenirlos. Según estos autores, aunque diferentes estudios coinciden en que el perfil psicológico del niño accidentado es el de un niño normal, hay que tener en cuenta que ciertos rasgos de su carácter, como la hiperactividad, aumentan el riesgo de accidentes, o que las lesiones son mucho más frecuentes en los niños que en las niñas a partir del primer año de vida (Zayas et al., 2007).

El medio ambiente es uno de los elementos comúnmente relacionados con los accidentes. Según la OMS, los traumatismos físicos no intencionales, que pueden estar relacionados con los riesgos presentes en el hogar o la comunidad, se encuentran entre las principales causas de mortalidad en menores de cinco años, entre ahogamientos, incendios, caídas, intoxicaciones, incidentes de tránsito y otros traumatismos no intencionales. (OMS, 2002). El entorno debe jugar un papel importante en los programas de prevención de lesiones y en proyectos de desarrollo rurales. (Bashour y Kharouf, 2008).

Las causas más comunes de accidentes en el hogar, según la Childproofing and Household Accidents kidshealth Org. son el fuego y las quemaduras, la asfixia, los ahogamientos en el agua, los ahogamientos por ingerir objetos, las caídas, los envenenamientos, y las armas de fuego. Según

los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) la mayoría de los accidentes ocurren donde existe:- agua - en la cocina, en el baño, en las piscinas o en las bañeras.- calor o llamas - en la cocina o en el parrilla de las barbacoas.-sustancias tóxicas - debajo del fregadero de la cocina, en el cuarto de las medicinas, en el garaje, en el cuarto de jardinería o incluso dentro de un bolso o cualquier otro lugar donde se guarden las medicinas.-posibilidad de caídas - en las escaleras, pisos resbalosos o desde ventanas muy altas (Childproofing and Preventing Household Accidents kidshealth. Org. Rev. Gavin, 2010).

En la prevención de los accidentes infantiles, se ha recomendado la fórmula creada por Gustavsson, que supone que en los accidentes infantiles se produce una ruptura en el equilibrio entre el niño y su entorno. Se representa mediante la ecuación  $A \times P = V \times E$  en la cual, la (A) es el azar de la vida, los riesgos del ambiente en que se mueve el niño; la (P) es la personalidad del niño, su carácter y comportamiento habitual; la (V) es la vigilancia que le prestan los mayores, y la (E) la enseñanza y la educación que recibe. Según esta fórmula, resulta que cada vez que el producto  $A \times P$  sobrepasa al producto  $V \times E$ , tiene lugar el accidente, por lo que es necesario mantener el equilibrio entre los riesgos del medio ambiente, la personalidad y conducta del niño, y persistir en la vigilancia y la educación, sobre todo, cuanto más peligroso sea el medio en que se vive y más turbulento sea el niño, como contrapunto. (Pediatricblog, 2011-2014).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) manifiesta que la prevención es la clave para evitar la alta tasa de morbimortalidad. La Convención de las Naciones Unidas para los Derechos de la Infancia subraya la responsabilidad social de proteger a los niños y promover los servicios y ayuda necesarios para ellos. Esto incluye las lesiones por accidente. (Consumer Eroski, 2013).

Según datos de la Unión Europea, aproximadamente 20 millones de niños y jóvenes son víctimas de accidentes cada año. Más de 15.000 mueren por estas causas, y alrededor de unos 30.000 sufren discapacidad posterior. Los accidentes ocurren más frecuentemente en los domicilios o en la calle,

sobre todo en las zonas de juego. (Consumer Eroski, 2013). Cerca de 52.000 incidentes están relacionados con los juguetes de los niños. (Consumer Eroski, 2014).

Según lo visto hasta ahora, para establecer estrategias de prevención, es necesario que estas se adapten a las características del sujeto susceptible, que en el presente estudio son los niños con edades comprendidas entre 0 y 2-4 años, así como su medio ambiente social, espacial, temporal y familiar.

De esta manera, para considerar en las estrategias de prevención el medio ambiente social, se ha comprobado que las condiciones económicas desfavorables actúan como elemento que predispone a las lesiones accidentales; en cuanto al medio ambiente espacial, los hogares, especialmente la cocina, o la falta de orden, también se ha comprobado que guardan relación con los accidentes; en cuanto al medio ambiente temporal, se ha comprobado que son los fines de semana y periodos vacacionales; en el medio ambiente familiar se sabe que influyen elementos como la vigilancia y el tipo de educación. También es importante tener en cuenta los tipos y causas del accidente, como caídas, golpes, quemaduras, intoxicaciones, etc.

En el siguiente apartado, se tratará el tema de la prevención primaria de los accidentes infantiles, es decir, las medidas de que se pueden llevar a cabo para evitar que sucedan, y las de prevención secundaria, que serían los primeros auxilios o medidas a aplicar en caso de producirse los accidentes.

## **3.2. Medidas de prevención primaria de los accidentes infantiles.**

Para evitar que se produzcan los accidentes infantiles, se han propuesto medidas relacionadas con la edad de los niños, el tipo de accidente, lugar en el que se produce fuera y dentro del hogar, y consecuencias que derivan de los mismos:

### **3.2.1. Medidas generales:**

En el informe D.A.D.O. (detección de accidentes domésticos y de ocio) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, (2007), se proponen 9 medidas generales para evitar los accidentes domésticos infantiles:

- 1.-Hablar con los niños.
- 2.-No dejarles solos.
- 3.-Emplear mecanismos de vigilancia o intercomunicación.
- 4.-Asegurarse de que las puertas y ventanas del hogar permanecen bien cerradas y los niños no tienen fácil acceso a ellas.
- 5.-Corroborar que las conexiones eléctricas cumplen con todos los requisitos de seguridad.Vigilar también las asas de ollas y sartenes, así como los extremos de los manteles.
- 6.-No dejar a los niños en superficies elevadas y/ o con muchos escalones o desniveles.

7.-Los juguetes y objetos que manejen -sobre todo los bebés- deben tener un tamaño mínimo que evite que, en el caso de que se los metan en la boca, se atraganten con ellos.

8.-A medida que el niño crece, cubrir los bordes rectos y las puntas y filos de los muebles en función de sus medidas.

9.-Es muy importante fijar los muebles a la pared, sobre todo, los armarios.

(Informe D.A.D.O., 2007).

### 3.2.2. Medidas de prevención según la edad:

Desde la Asociación Española de Pediatría en Atención Primaria (AEPap), se dan los siguientes consejos preventivos según el grupo de edad:

Tabla 7 Consejos preventivos según el grupo de edad (AEPap).

De 0 a 2 años	<ul style="list-style-type: none"><li>- Seguridad en el automóvil.</li><li>- Temperatura del agua de baño.</li><li>- Prevención de incendios en el hogar (cocina).</li><li>- Elementos peligrosos del hogar (espitas, enchufes, puntas, cortantes, ventanas, ángulos de puertas)</li><li>- Prevención de la aspiración de cuerpo extraño.</li><li>- Almacenamiento de drogas y sustancias tóxicas y cáusticas (a partir de los 9 meses).</li><li>- Teléfono del Instituto de Toxicología.</li></ul>
De 2 a 6 años	<ul style="list-style-type: none"><li>- Seguridad en el automóvil y educación vial.</li><li>- Almacenamiento seguro de fármacos y sustancias tóxicas.</li><li>- Elementos peligrosos del hogar.</li><li>- Prevención de incendios en el hogar.</li><li>- Seguridad en las piscinas.</li><li>- Prevención de la aspiración de cuerpo extraño.</li><li>- Seguridad en bicicleta.</li><li>- Teléfono del Instituto de Toxicología.</li></ul>

De 6 a 14 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguridad en el automóvil y educación vial.</li> <li>- Seguridad en bicicleta, ciclomotor y monopatín.</li> <li>- Consejo antialcohólico en adolescentes.</li> <li>- Prevención de incendios en el hogar.</li> <li>- Seguridad en las piscinas.</li> <li>- Prevención de intoxicaciones.</li> <li>- Prevención de la conducta violenta y el uso de armas en adolescentes.</li> <li>- Teléfono del Instituto de Toxicología.</li> </ul>
-------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(Asociación Española de Pediatría en Atención Primaria AEPap).

### 3.2.3. Medidas según el tipo de accidente.

El Grupo PrevInfad de la Asociación Española de Pediatría en atención primaria (AEPap, 2011), publica las siguientes recomendaciones para evitar los accidentes del bebé que no camina (hasta los 12 meses):

#### **1.-Para que no se asfixie o atragante:**

- Dormir sin almohadas hasta por lo menos los dos años.
- Los barrotes de la cuna han de estar separados menos de 8 cm para que no quepa su cabeza entre ellos.
- Ropa sin cintas ni lazos. No ponerle adornos del tipo de pulseras, cadenas,...
- No forzarle nunca a comer. Que no coma mientras se ríe. No darle alimentos duros como zanahoria cruda, frutos secos, caramelos,...
- No dejar objetos pequeños a su alcance (no deben caber por el tubo del papel higiénico).

#### **2.-Para que no se caiga o se haga menos daño si lo hace:**

- El tacatá es muy peligroso y no aprende antes a andar.
- Poner esquineras en las mesas o muebles.
- No poner sillas o muebles bajo las ventanas. Poner sistemas en las ventanas para que no se puedan abrir del todo.

- Si la casa tiene escaleras poner una valla abajo y otra arriba.
- Mejor no tener alfombras cuando el niño está aprendiendo a andar.

### **3.-Para que no se ahogue:**

- En la bañera hay que vigilarle siempre, aunque tenga poca agua.
- Si la casa tiene piscina, poner una valla que la rodee totalmente.

### **4.-Para que no se intoxique:**

- Guardar las medicinas y los productos de limpieza fuera de su alcance.
- Tener a mano el número del Servicio de Información Toxicológica 91-5620420. Llamar si ha ingerido cualquier tóxico (productos de limpieza, químicos, medicamentos, plantas,...).

### **5.-Para que no se quemee:**

- Cuidar la temperatura del agua del baño.
- En la cocina utilizar los fuegos de atrás. No llevar al niño en brazos al cocinar o llevar líquidos calientes. Si gatea y el horno es bajo no dejarle entrar en la cocina cuando esté encendido.
- Tapar los enchufes en toda la casa cuando ya empieza a andar

### **3.3. Medidas de prevención secundaria de los accidentes infantiles.**

Desde Educaydisfruta, portal de ayuda para padres, se dan las siguientes nociones básicas sobre Primeros Auxilios a los niños basadas en las recomendaciones de la Cruz Roja Española:

**Atragantamientos:** Si tiene menos de un año, colocarle boca abajo apoyado en tus rodillas y con la cabeza ligeramente más baja, darle cinco golpes seguidos en la espalda a la altura de los omóplatos. En el caso de que el niño tenga más de un año y si puede hablar, toser y respirar- hay que animarle a que tosa con fuerza, pero sin darle palmadas ni intentar sacar el objeto. Si no sale, colócate a su lado y dale cinco palmadas fuertes en la espalda, a la altura de los hombros (entre ambos omoplatos); si no surte efecto, alternar las palmadas en la espalda con las compresiones abdominales, si tampoco, darle la vuelta y comprime con fuerza cinco veces seguidas en el centro del tórax. Llamar al 112.

**Caídas:** Si hay inflamación, le dolerá, porque probablemente hay un traumatismo interno. Lo mejor es aplicarle hielo mientras mantiene la zona en reposo. Si se da en la cabeza observar si sangra por el oído, vomita o pierde el conocimiento y pedir ayuda al 112.

**Cortes y heridas.** Si se produce un corte, lavarte las manos con agua y jabón. Lavar la herida con agua y jabón o suero fisiológico. Limpiar siempre de dentro hacia fuera. Aplica un desinfectante yodado con una gasa estéril. Y para terminar, poner otra gasa y sujetar con una venda o esparadrapo. Nunca usar algodón o alcohol, nunca extraer un objeto grande clavado en una herida, porque puede estar haciendo de tapón e impidiendo que sangre.

**Hemorragias.** Sentar al niño en una silla o tumbarlo. Cubrir la herida con una gasa o paño limpio y comprimirlo con fuerza durante diez minutos. Usar un vendaje compresivo y si se empapa, poner otro encima y seguir apretando. Si continúa, llamar al 112. Si sangra por la nariz, pinzarla durante diez minutos. Si la hemorragia es abundante mantener la cabeza del niño echada hacia delante para evitar que se trague su sangre.

**Intoxicaciones.** Ante la ingestión de un producto tóxico (o solo con la sospecha), medicamentos, alcohol, limpiadores,... llamar al Instituto Nacional de Toxicología 91 5620420 o al 112. Tener a mano el envase porque te preguntarán de qué sustancia se trata. No provocar el vómito, ni dar comida ni bebida, salvo que lo indique el personal autorizado.

**Quemaduras.** Si se ha quemado, aparta la fuente de calor (tapar la sartén, desenchufar la plancha,...). Echar agua fría en la herida durante diez o quince minutos, o más si continúa el dolor. Si la zona afectada adquiere mal aspecto llevar al niño al especialista. Si se prende la ropa, envolverle en una prenda o tirarle al suelo para que ruede por él. Enfriarle con agua fría y taponarlo con una sábana limpia. Llamar al 112 y no quitarle la ropa adherida a la piel. Si se quema por un producto corrosivo, retirar la ropa y bañarlo durante quince minutos. En caso de electrocución, desconectar la red. Si no es posible, apartarlo con un palo, una toalla seca (cualquier objeto aislante). Llamar al 112. (EducaYdisfruta. Portal de ayuda para padres).



**CAPÍTULO IV.  
PARTE EMPÍRICA.  
METODOLOGÍA DE LA  
INVESTIGACIÓN**



## **4.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

Se trata de un estudio observacional de carácter transversal, asociado a un seguimiento longitudinal prospectivo.

## **4.2. OBJETIVOS**

El objetivo general de nuestra investigación está relacionado con la identificación y el análisis de los factores que pueden relacionarse con, y predecir la ocurrencia de lesiones no intencionales en la infancia. A este respecto, los objetivos específicos se orientan en una población infantil de niños de dos a cuatro años de edad, y son:

- 2.1. Registrar las características y dimensiones temperamentales de los sujetos participantes.
- 2.2. Explorar los comportamientos infantiles relacionados con una mayor predisposición a sufrir accidentes.
- 2.3. Evaluar los estilos educativos paternos (Sobreprotector, Inhibicionista, Punitivo y Asertivo) y describir el papel de los mismos en el riesgo de sufrir lesiones infantiles no intencionales.
- 2.4. Identificar la frecuencia y la naturaleza de las lesiones que los niños pueden experimentar de forma no intencional.

## **4.3. HIPÓTESIS DE TRABAJO**

Para el desarrollo empírico de estos objetivos, se plantean las siguientes hipótesis:

Hipótesis General: Las características del niño y el estilo educativo de los padres se asocian con variaciones en el riesgo de sufrir lesiones no intencionales, de forma que determinados factores están relacionados con la propensión a sufrir este tipo de accidentes en la infancia.

Esta hipótesis general se desarrolla en las principales hipótesis operativas.

1.- Los rasgos temperamentales relacionados con comportamientos impulsivos y agresivos se asociarán a un riesgo incrementado de sufrir lesiones no intencionadas, tanto de forma transversal como longitudinalmente.

2.- Los rasgos temperamentales relacionados con comportamientos que implican déficit de atención y torpeza se asociarán a un riesgo incrementado de sufrir lesiones no intencionadas, tanto de forma transversal como longitudinalmente.

3.- El estilo educativo paterno de carácter sobreprotector se asociará a un menor riesgo de sufrir lesiones no intencionales, tanto de forma transversal como longitudinalmente

#### **4.4. SUJETOS DE ESTUDIO**

La muestra seleccionada de este estudio estaba formada por 296 niños y niñas entre 2 y 4 años; alumnos del tercer curso del primer ciclo de educación infantil, en centros de atención a la infancia (CAI) o escuelas infantiles pertenecientes a colegios concertados en el entorno de Murcia capital.

## **4.5. ÁMBITO DEL ESTUDIO Y TEMPORALIZACIÓN**

### **4.5.1. Ámbito de estudio.**

El estudio se llevó a cabo en centros de las características mencionadas de Murcia capital, Molina de Segura, Alcantarilla y pedanías de Murcia: Nonduermas, Era Alta, Beniaján, Torreagüera, Cabezo de Torres, Espinardo, Puente Tocinos y Montepinar.

### **4.5.2. Temporalización.**

La recogida de datos se llevó a cabo en dos fases. La primera tuvo lugar en el curso 2012/13, cuando se recogió la información básica y se completaron los cuestionarios iniciales. Esta fase, a su vez, se dividió en dos partes: una primera en la que se recogió información sobre las características del niño y, posteriormente, la recopilación de datos acerca de las lesiones no intencionales sufridas en los últimos seis meses (curso 2012/ 2013). Un año después (curso 2013/ 2014) se llevó a cabo la recogida de datos del seguimiento en relación a los accidentes sufridos en los últimos seis meses.

## **4.6. VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA**

La recogida de información se realizó a través de dos baterías de cuestionarios aplicadas a los padres de los sujetos de estudio, una entregada en la primera fase del estudio y otra durante el seguimiento (**Anexo 3**). Dichas baterías estaban formadas por bloques generales donde se recogía información sobre los aspectos de interés del estudio: datos demográficos y de caracterización, cuestionarios estándar (temperamento, estilos educativos y

conductas relacionadas con los accidentes), y frecuencia y características de los accidentes sufridos.

Las principales variables de las que se recogió información fueron:

#### 4.6.1. VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y DE CARACTERIZACIÓN

- Edad en meses (Al inicio y al seguimiento)
- Sexo
- Centro educativo
- Municipio
- Progenitor que responde al cuestionario

#### 4.6.2. CUESTIONARIOS ESTÁNDAR

Se utilizaron tres cuestionarios publicados y validados en otras muestras para recoger información sobre temperamento infantil, comportamiento relacionado con los accidentes y estilos educativos de los padres.

##### **Temperamento infantil.**

Para evaluar el temperamento infantil se utilizó el ***Cuestionario de Evaluación del Comportamiento en la Infancia-Revisado (TBAQ-R)***. Traducido al castellano por el grupo de investigación GIPSE, de la Universidad de Murcia (España), del original ***Toddler's Behavior Questionnaire-Revised***. 1987 H. Hill Goldsmith. Universidad de Oregon, ***con la autorización de su autora, Mary K. Rothbart*** (Mary Rothbart, 1999, Universidad de Oregon).

Este cuestionario recoge las diferentes reacciones de los niños ante diversas situaciones. El progenitor debe indicar la frecuencia con la que se observaron los comportamientos descritos en cada ítem durante las últimas dos semanas. Se compone de las siguientes escalas:

## ESCALAS:

- Anticipación positiva: Excitación relacionada con la expectativa de una actividad placentera.
- Focalización de la Atención: Tendencia a mantener el foco atencional dirigido sobre la tarea.
- Cambio atencional: Habilidad para transferir el foco de atención de una actividad a otra.
- Malestar: Cantidad de afecto negativo relacionado con las cualidades sensoriales de la estimulación, incluyendo la intensidad, el ritmo o complejidad de luz, movimiento, sonido y textura.
- Placer alta intensidad: Cantidad de placer o disfrute en relación con situaciones que implican estímulos de elevada intensidad, rapidez, complejidad, novedad o incongruencia.
- Control Inhibitorio: Capacidad para planificar y suprimir respuestas de aproximación bajo instrucciones o en situaciones novedosas o que producen incertidumbre.
- Placer baja intensidad: Cantidad de placer o disfrute en situaciones que implican estímulos de baja intensidad, rapidez, complejidad e incongruencia.
- Sensibilidad perceptiva: Capacidad para detectar estímulos de baja o ligera intensidad procedentes del ambiente externo.
- Tristeza: Cantidad de afecto negativo, de humor y energía bajos en relación con la exposición al sufrimiento, la decepción y la pérdida de objeto.
- Tranquilización: Ritmo de recuperación de los niveles máximos de malestar, entusiasmo o excitación en general.
- Nivel de Actividad: Nivel de la actividad motora gruesa incluyendo la frecuencia y cantidad de la locomoción.
- Ira/ Frustración: Cantidad de afecto negativo relacionado con la interrupción de tareas o la obstaculización de objetivos.

- Miedo social: Cantidad de afecto negativo, incluyendo inquietud, preocupación o nerviosismo ante la anticipación de dolor o malestar y/ o situaciones potencialmente amenazantes.

### **Frecuencia de comportamientos infantiles relacionados con accidentes en los últimos seis meses.**

Los comportamientos relacionados con los accidentes fueron evaluados a través del CIRA (*Comportamiento Infantil Relacionado Con Accidentes*). Traducido al castellano y adaptado a la edad con el permiso de Richard Rowe, del cuestionario Children´s Injury Related Behavior (CIRB):

Este cuestionario recoge, mediante un listado para los padres, la frecuencia de determinados comportamientos que su hijo ha podido tener durante los últimos seis meses. Está formado por 31 ítems, con seis opciones de respuesta, según la frecuencia con la que se ha dado el comportamiento. Se compone de dos subescalas

- CIRA R: Frecuencia de comportamientos de riesgo, de tipo impulsivo o agresivo, que los menores han podido tener durante los últimos seis meses.
- CIRA: E: Frecuencia de comportamientos de error, relacionados con carencia atencional o torpeza, que los menores han podido tener durante los últimos 6 meses.

### **Estilo educativo de los padres:**

El estilo educativo fue valorado a través del Perfil De Estilos Educativos PEE-i (PADRES) elaborado por Ángela Magaz Lago y E. Manuel García Pérez. Grupo Albor-Cohs. Protocolo Magallanes. Versión 1.2011.

Este cuestionario consiste en un listado de 48 frases con las que se debe indicar el grado general de acuerdo/ desacuerdo. Estas frases

corresponden a emociones y comportamientos que se pueden clasificar en cuatro categorías de estilo educativo: sobreprotector, inhibicionista, punitivo y asertivo:

#### RESUMEN ESCALAS:

- Educación Sobreprotectora: Los padres piensan que son totalmente responsables de lo que pueda ocurrir a su hijo. Piensan también que la vida proporcionará a sus hijos suficientes inconvenientes cuando sean mayores y que, mientras ellos puedan, procurarán que disfruten todo lo que sea posible. Lo que hacen los padres es evitar que el niño realice actividades que consideran arriesgadas, peligrosas o incluso molestas para él/ ella; tienden a dárselo todo hecho.
- Educación Inhibicionista: Los padres piensan que cuando antes compruebe su hijo/ a, mejor para él/ ella, que si les resuelven sus problemas impides que aprendan. Se sienten enfadados, preocupados o nerviosos cuando el niños/ a les pide ayuda o se muestra dependiente de ellos, y tranquilos cuando el niños muestra iniciativa propia y autonomía personal. Prestan poca atención a la conducta “normalmente adecuada” del niño.
- Educación Punitiva: Los padres piensan que el niño debe aprender a comportarse de manera adecuada, que tiene la obligación de obedecerles, de hacer lo que le dicen, cuando y como se lo dicen, y no hacer lo que se les prohíbe. Se sienten furiosos cuando el niño no actúa de acuerdo con sus instrucciones, y satisfechos cuando las cumplen. Fijan la atención en el comportamiento inadecuado, en las imperfecciones, errores y equivocaciones, castigando cualquier desviación.
- Educación Asertiva: Los padres piensan que el niño/ a necesita aprender a comportarse adecuadamente, adquirir hábitos y destrezas; que tiene unos gustos, deseos y necesidades que no siempre coinciden con los del grupo social al que pertenece, y que aprenderá progresivamente pasando por fases de imperfección. Se sienten tranquilos mientras comprueban los progresos de su hijo, y satisfechos cuando cumplen sus

instrucciones y cuando expresan sus gustos y deseos. Tienen paciencia activa con sus hijos.

#### 4.6.3. Frecuencia y características de los accidentes.

La frecuencia y características de los accidentes infantiles fueron recogidas mediante un inventario elaborado para este estudio, basado en los instrumentos habituales en este ámbito. Consistía en un listado de posibles accidentes, sobre los que había que informar si se había producido alguno en los últimos seis meses y con qué frecuencia (nunca, una vez, dos, tres o más). Se definió como accidente todo suceso fortuito (golpes, cortes, caídas, etc.) que, como resultado, hubiera producido, al menos, alguna marca visible (herida, raspadura, cardenal, chichón, enrojecimiento, etc.) que durara una hora o más. Los resultados de este inventario fueron tratados como una escala, ofreciendo un indicador aproximado de la frecuencia general con la que el sujeto sufría lesiones no intencionales, lo que se denominó accidentabilidad.

Adicionalmente se recogía información sobre la atención recibida y características del accidente mejor recordado por el padre o la madre, de los sufridos en los últimos seis meses.

Este inventario fue administrado al inicio del estudio y, por segunda vez, en el momento del seguimiento, 1 año más tarde.

## 4.7. PROCEDIMIENTO

Inicialmente se llevó a cabo la definición de la muestra para el estudio: niños matriculados en el tercer curso del primer ciclo de educación infantil.

Más tarde, se seleccionaron los centros que podían participar: Centros de Atención a la Infancia (CAIS) y Escuelas Infantiles de Murcia capital, Molina de Segura, Alcantarilla y pedanías murcianas, integradas en colegios concertados, con la finalidad de poder repetir el estudio unos años más tarde, al continuar muchos de los menores en el mismo centro en los cursos posteriores.

A continuación, se elaboraron dos modelos de carta.

- La primera de las cartas, fue para enviar a los directores de los centros seleccionados, explicando los objetivos perseguidos con el estudio y solicitando la participación de su centro (**Anexo 1**).
- La segunda de las cartas, fue para los centros que aceptaron participar, dirigida a los padres de los niños de dos a tres años, explicándoles los objetivos del estudio y adjuntando a la carta un modelo de autorización para que lo firmaran en caso de querer participar (**Anexo 2**).

Antes de enviar la primera carta, se estableció contacto con el centro por teléfono, explicando los objetivos del estudio y solicitando una dirección de correo electrónico para hacerles llegar las cartas a la atención del director.

Posteriormente, se recogieron las autorizaciones firmadas de cada centro para la recogida de datos, mediante los instrumentos seleccionados.

En la primera fase de recogida, se entregó a los tutores de las aulas del tercer curso del primer ciclo de educación infantil, las copias de los instrumentos para obtener datos de las variables que podían estar relacionadas con la mayor predisposición a sufrir lesiones accidentales los menores, para que los hicieran llegar a los padres que habían firmado la autorización.

En esta primera fase, la recogida de datos incluía los siguientes cuestionarios:

1. Datos demográficos y de caracterización
2. CIRA-Comportamiento infantil relacionado con accidentes.
3. TBAQ-R. Cuestionario de Evaluación del Comportamiento en la Infancia-Revisado.
4. PEE-i (Padres). Perfil De Estilos Educativos

Posteriormente, se entregó a los mismos tutores el Inventario de Accidentes Infantiles, para que fuera entregado a los padres que habían devuelto completados los instrumentos anteriores.

Un año más tarde, en la fase de seguimiento y por vía del tutor, se entregó a los padres que habían completado los cuestionarios anteriores, otra copia del Inventario de Accidentes Infantiles, con objeto de recoger de nuevo datos de frecuencia y características de los accidentes sufridos por los menores en los últimos seis meses.

Finalmente, los resultados obtenidos se presentarán a los centros participantes.

#### **4.8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS**

Los datos recogidos fueron mecanizados en una hoja de cálculo compatible y depurados a través de inspección visual y controles cruzados. Los

cuestionarios de sujetos con datos perdidos en la variable clave (edad) fueron eliminados.

Las puntuaciones globales de los cuestionarios (CIRA, PEE y TBQ-R), así como las correspondientes sub-escalas, fueron tratadas como valores de carácter cuantitativo. La fiabilidad de los cuestionarios fue valorada mediante alfa de Cronbach y los ítems que no cumplían los criterios establecidos (Alfa > 0.6) fueron eliminados, excepto en casos concretos en que esto no era posible (Ver resultados).

Las variables de tipo cuantitativo fueron examinadas para valorar la normalidad de su distribución por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov. La relación entre variables cuantitativas (escalas) se llevó a cabo por medio de coeficientes de correlación de Pearson o Spearman, dependiendo de que se cumpliera o no el supuesto de normalidad. De la misma forma, la comparación de valores de variables cuantitativas entre niveles de variables nominales u ordinales se llevó a cabo atendiendo a los supuestos de normalidad y de homogeneidad de varianzas (Test de Levene) y se utilizaron, respectivamente, pruebas paramétricas (ANOVA) o no paramétricas (Mann-Whitney/ Kruskal-Wallis) de comparación de muestras independientes. Adicionalmente, con objeto de determinar los principales factores influyentes en la probabilidad de sufrir lesiones no intencionadas, se llevaron a cabo análisis de regresión lineal univariados, utilizando como variable dependiente la frecuencia de lesiones no intencionadas (accidentalidad) y como para predictores las puntuaciones en las escalas y las variables de caracterización. Por último, las variables que mostraron efecto significativo fueron incluidas en modelos de regresión múltiple sobre la misma variable dependiente.

Todos los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS 19.0.

## **4.9. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN**

La investigación tuvo especial cuidado en el respeto de los derechos de los participantes, solicitando tanto el permiso del centro, como el consentimiento informado de los padres o tutores legales para la participación.

Por otra parte, todos los datos han sido recogidos a través de los tutores de los centros, que son quienes han mantenido contacto con los niños y los padres, y son anónimos para los investigadores.

## **4.10. GRADO DE INNOVACIÓN DEL ESTUDIO**

La mayoría de estudios sobre accidentes infantiles realizados hasta ahora en nuestro país se basan principalmente en datos de carácter epidemiológico obtenidos de los servicios médicos, que aportan información sobre frecuencia, sexo, edad, lugar, etc,.. y que, por lo general, se encuentran incluidos en estudios generales sobre accidentes. Estos estudios, dejan frecuentemente fuera la información procedente de aquellos accidentes que no tienen consecuencias o cuyas consecuencias no son lo suficientemente graves como para llegar al sistema sanitario y cuyo conocimiento puede aportar información para elaborar estrategias de prevención.

En las campañas, programas y propuestas basadas en este modelo, las características evolutivas, las necesidades e intereses del niño y, por lo tanto, las características de las interacciones que establece con las demás personas y con el medio físico no se contemplan.

En este estudio se contemplan las interacciones entre el niño, el medio y sus cuidadores, al examinar el temperamento infantil, el comportamiento infantil y los estilos educativos parentales y relacionarlos con los accidentes infantiles, además, se recogen los datos sobre accidentes infantiles de menor gravedad, que no han llegado al sistema sanitario, a través de los padres.



# **CAPÍTULO V. RESULTADOS**



## 5.1.-DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA:

De los 296 sujetos inicialmente seleccionados, 5 han sido eliminados del estudio por distintos motivos: tener menos de 18 meses al inicio del estudio, no tener información sobre la edad, o, en un caso, porque los padres respondieron en un solo cuestionario en relación a sus dos hijos mellizos. Por tanto, la muestra final la componen un total de 291 sujetos de los cuales 155 (53.3%) son niños y 134 (46.0%) son niñas (en 2 casos – 0.7% - no existe información sobre el sexo), con una edad media de 30,04 meses (DE: 5.17; Rango: 18-48) al inicio del estudio en 2013. El curso siguiente se volvieron a recoger datos sobre 106 de esos sujetos (36.4% de la muestra inicial), de los cuales 58 (54.71%) eran niños y 48 (45.28%) eran niñas. La edad media en esta segunda recogida de datos se incrementaba hasta 43,6 meses (DE: 4,3; Rango: 34-51).

En la Tabla 8 se recoge la distribución porcentual de las características básicas de la muestra en relación al tipo de centro, sexo y sujeto informante en la fase inicial y de seguimiento.

TABLA 8: VARIABLES DEMOGRÁFICAS/ FRECUENCIAS

		N	%
<u>MUESTRA INICIAL</u>		291	100
<u>TIPO DE CENTRO</u>	CAIS	112	38.5
	EIS colegios	179	61.5
<u>SEXO</u>	Niños	155	53.3
	Niñas	134	46.0
	Ns/Nc	2	0.7
<u>INFORMANTE</u>	Madre	216	74,2
	Padre	41	14.1
	Madre y padre	23	7,9
	Ns/Nc	11	3.8

TABLA 8 (Cont)

MUESTRA DE SEGUIMIENTO		106	36,9
<u>TIPO DE CENTRO</u>	EIS colegios	106	100.0
<u>SEXO</u>	Niños	58	54,7
	Niñas	48	45,3

## 5.2.-FIABILIDAD DE LAS ESCALAS

Para el análisis de la fiabilidad de las escalas de los cuestionarios se utilizó el estadístico de fiabilidad  $\alpha$  de Cronbach. Como criterio, se ha considerado que un  $\alpha \geq 0,6$  indicaba un grado aceptable de fiabilidad.

Los resultados de los análisis de fiabilidad de las 13 escalas del TBAQ-R se pueden ver en la Tabla 9.

TABLA 9: FIABILIDAD DE LAS ESCALAS DEL CUESTIONARIO TBAQ-R

ESCALA	INICIAL		FINAL	
	Nº ÍTEMS	$\alpha$ DE CRONBACH	Nº ÍTEMS	$\alpha$ DE CRONBACH
Anticipación Positiva	11	0,757	11	0,757
Focalización Atencional	13	0,425	10	0,639
Cambio Atencional	8	0,645	8	0,647
Malestar	9	0,556	9	0,556
Placer Alta Intensidad	12	0,557	10	0,638
Control Inhibitorio	14	0,837	14	0,837
Placer Baja Intensidad	10	0,771	10	0,771
Sensibilidad Perceptiva	13	0,817	13	0,817
Tristeza	13	0,725	13	0,725
Tranquilización	14	0,796	14	0,796
Nivel de Actividad	7	0,661	7	0,661
Ira	9	0,716	9	0,716
Miedo Social	11	0,630	11	0,630

De acuerdo con el criterio utilizado, se eliminaron 3 ítems de la escala de *Focalización Atencional* y 2 de la escala de *Placer Alta Intensidad* que no correlacionaban adecuadamente con la escala, de forma que los  $\alpha$  superaran el nivel deseado. En la escala *Malestar* no se eliminaron ítems, a pesar de no superar el criterio, porque no mejoraba significativamente al eliminarlos.

TABLA 10. FIABILIDAD DE LAS ESCALAS DEL CUESTIONARIO CIRA

ESCALAS	N ° DE ÍTEMS	ALFA DE CRONBACH
CIRA_R	14	0,817
CIRA_E	15	0,779
CIRA	29	0,860

En la Tabla 10 se pueden observar los resultados de los análisis de la fiabilidad de las 2 sub-escalas del CIRA, así como los de la puntuación global. El estadístico de fiabilidad Alfa de Cronbach supera el 0,75, por lo que se consideró que las escalas eran suficientemente fiables.

TABLA 11: FIABILIDAD DE LAS ESCALAS DEL CUESTIONARIO PEE

ESCALAS	N ° ÍTEM	ALFA DE CRONBACH
PEE-S	12	0,581
PEE-A	12	0,513
PEE-P	12	0,563
PEE-I	12	0,384

Respecto a las escalas del cuestionario PEE, como se puede ver en la Tabla 11, el estadístico de fiabilidad en las escalas es bajo en todos los casos. Sin embargo, la eliminación de ítems no conseguía incrementar la fiabilidad global de la escala. Esto es especialmente evidente en la escala de perfil de estilo educativo (PEE) inhibicionista, donde el alfa resultó especialmente bajo.

Esto parece ser debido a las propias características de la variable medida que producen una escasa variabilidad en las respuestas, particularmente en la escala PEE-I, donde casi todos los sujetos ofrecían respuestas en el mismo sentido.

En conjunto, por tanto, las escalas del TBAQ-R y del CIRA fueron consideradas suficientemente fiables. En el caso del PEE, sin embargo, las características del cuestionario implican considerar dichas variables con precaución, puesto que los ítems que componen las diferentes sub-escalas parecen no comportarse de forma uniforme.

### **5.3.-CORRELACIONES ENTRE LAS ESCALAS DE LOS CUESTIONARIOS.**

Para cuantificar la asociación entre las escalas estudiadas en los cuestionarios, se analizaron las correlaciones entre las mismas. En la Tabla 11 se observan los resultados de estos análisis, en los que son visibles las más significativas marcadas en negrita. En general, el nivel de correlaciones entre las escalas es elevado, mostrando una consistencia interna importante del cuestionario.

Entre las principales correlaciones encontradas, cabe destacar los siguientes aspectos:

- 1.- La mayoría son de tipo positivo, indicando que la orientación de las escalas tiene el mismo sentido;
- 2.- La escala que presenta mayor número de correlaciones con otras escalas es la de *Ira*, que se relaciona con todas excepto *Sensibilidad Perceptiva* y *Miedo Social*.
3. *Ira* es también la escala que presenta con mayor frecuencia correlaciones negativas con otras escalas, seguida de *Control Inhibitorio*;
- 4.- Por el contrario, *Miedo Social* y *Sensibilidad Perceptiva*, parecen ser las escalas menos interrelacionadas con el resto del cuestionario.

TABLA 12. MATRIZ DE CORRELACIONES DE LAS ESCALAS DEL CUESTIONARIO TBAQ-R

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>1. Anticipación positiva</b>	-											
<b>2. Focalización atencional</b>	0,067											
<b>3. Cambio atencional</b>	-0,155	<b>0,331**</b>										
<b>4. Malestar</b>	0,394	0,124	-0,056									
<b>5. Placer alta intensidad</b>	0,365	0,076	-0,001	-0,184								
<b>6. Control inhibitorio</b>	<b>-0,241**</b>	<b>0,381**</b>	<b>0,605**</b>	0,027	-0,080							
<b>7. Placer baja intensidad</b>	0,062	<b>0,471**</b>	<b>0,422**</b>	0,118	0,113	<b>0,506**</b>						
<b>8. Sensibilidad perceptiva</b>	0,149	0,170	<b>0,350**</b>	0,130	0,255*	0,212*	<b>0,412**</b>	0,158				
<b>9. Tristeza</b>	<b>0,582**</b>	-0,108	-0,232*	<b>0,400**</b>	0,223*	<b>-0,318**</b>	-0,008	0,158				
<b>10. Tranquilización</b>	<b>-0,285**</b>	-0,003	<b>0,398**</b>	-0,208*	0,036	<b>0,326**</b>	<b>0,222**</b>	0,101	<b>-0,247 **</b>			
<b>11. Nivel de actividad</b>	<b>0,353**</b>	-0,207*	<b>-0,228**</b>	0,172	<b>0,457**</b>	<b>-0,470**</b>	-0,130	0,057	<b>0,379 **</b>	-0,140		
<b>12. Ira</b>	<b>0,503**</b>	<b>-0,230**</b>	<b>-0,417**</b>	<b>0,301**</b>	<b>0,255**</b>	<b>-0,641**</b>	<b>-0,228**</b>	0,026	<b>0,144 **</b>	<b>-0,377**</b>	<b>0,523 **</b>	
<b>13.miedo social</b>	0,008	-0,195	-0,111	-0,245*	-0,320	-0,099	-0,14	-0,021	0,245 *	-0,168	-0,045	0,093

\*P<0,5 \*\*P<0,001

Por su parte, las escalas del cuestionario CIRA presentan importantes correlaciones positivas, como cabía esperar (Tabla 13). La correlación entre CIRA-R y CIRA-E es elevada, es decir, según aumentan los comportamientos de riesgo, también aumentan los comportamientos de error relacionados con accidentes infantiles, pero hay también un importante componente de variación individual. Esto es un indicador de que, a pesar de la fuerte relación entre ambas, cada una de ellas se orienta hacia un tipo de comportamiento específico.

TABLA 13. MATRIZ DE CORRELACIONES DE LAS ESCALAS DEL CUESTIONARIO CIRA

	<b>CIRA_R</b>	<b>CIRA_E</b>	<b>CIRA</b>
<b>CIRA_R</b>			
<b>CIRA_E</b>	0,516**		
<b>CIRA</b>	0,886**	0,855**	

\*P<0,5

\*\*P<0,001

TABLA 14. MATRIZ DE CORRELACIONES DE LAS ESCALAS DEL CUESTIONARIO PEE

	<b>PEE-S</b>	<b>PEE-A</b>	<b>PEE-P</b>	<b>PEE-I</b>
<b>PEE-S</b>				
<b>PEE-A</b>	-0,198 **			
<b>PEE-P</b>	0,222 **	0,106		
<b>PEE-I</b>	-0,057	0,368 **	0,06	

\*P<0,5

\*\*P<0,001

Por último, en la Tabla 14 se han destacado en negrita las correlaciones más significativas, que son positivas entre el perfil de estilo educativo *asertivo* y el *inhibicionista*, y el perfil de estilo *sobreprotector* y el *punitivo*. El perfil *sobreprotector* correlaciona negativamente con el *asertivo*.

Según estos resultados, los padres con perfil de estilo educativo *asertivo*, tienden a ser también *inhibicionistas* en su estilo educativo. Los

padres con perfil de estilo educativo *sobreprotector*, tienden a ser *punitivos* en su estilo educativo y a no ser *asertivos*.

## 5.4.- CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

### 5.4.1. Temperamento infantil

El temperamento infantil se caracterizó a través de las puntuaciones obtenidas en las distintas escalas del cuestionario TBAQ-R. Los estadísticos descriptivos de los resultados de dicho cuestionario se muestran en la Tabla 15.

TABLA 15. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LAS ESCALAS DEL CUESTIONARIO TBAQ-R

ESCALA	N	MÍNIMA	MÁXIMA	MEDIA	DESV. TÍPICA
Anticipación positiva	142	2,09	6,55	4,38	0,86
Focalización atencional	166	1,70	6,20	4,41	0,79
Cambio atencional	216	2,63	6,88	4,92	0,77
Malestar	109	1,44	5,22	3,35	0,84
Placer alta intensidad	141	3,36	6,82	5,29	0,67
Control inhibitorio	181	1,79	6,21	4,21	0,86
Placer baja intensidad	192	3,30	6,90	5,85	0,68
Sensibilidad perceptiva	114	1,77	7,00	5,14	0,92
Tristeza	134	2,38	5,69	4,24	0,71
Tranquilización	181	2,79	6,79	5,07	0,75
Nivel de actividad	199	1,57	6,71	4,41	0,98
Ira	174	2,22	6,44	4,02	0,98
Miedo social	98	2,00	5,55	3,73	0,80

Como se puede observar las escalas en las que los sujetos obtenían mayor puntuación fueron las de *placer*, tanto de *alta* como de *baja intensidad*,

junto con la *sensibilidad perceptiva* y la *tranquilización*. Por el contrario, las puntuaciones más bajas se obtuvieron en las escalas de *malestar* y *miedo*.

Todas las escalas, salvo la de *Placer de baja intensidad*, mostraban una distribución de tipo normal (Kolmogorov-Smirnov  $>.05$ ) con desviaciones dentro de rangos similares. En conjunto, las puntuaciones obtenidas no difieren de muestras normativas similares y se pueden considerar típicas de grupos infantiles de este rango de edad.

Al analizar los resultados por sexo no encontramos diferencias significativas en las puntuaciones de las escalas del TBAQ-R salvo 3 excepciones: *Placer baja intensidad*, *actividad* y *miedo*. En el primer caso los varones tuvieron puntuaciones más altas ( $M_v: 5.4, DE: .7; M_m: 5.2, DE: .7; U_{M-W}: 3742; p = .034$ ), así como en *actividad* ( $M_v: 4.6, DE: .9; M_m: 4.3, DE: .8; F_{(1, 195)}: 5.39; p = .021$ ). Por el contrario, en *miedo*, fueron las niñas las que obtuvieron mayor puntuación ( $M_v: 3.5, DE: .8; M_m: 3.9, DE: 1.0; F_{(1, 94)}: 5.31; p = .023$ ).

En cuanto a la edad, se encontraron algunas correlaciones significativas, aunque de magnitud moderada. Las siguientes escalas mostraron una correlación positiva con la edad al inicio del estudio: *focalización* ( $r = .184; p <.05$ ), y *sensibilidad perceptiva* ( $r = .201; p <.05$ ). Por otra parte, las escalas de *cambio* ( $r = -.135; p <.05$ ) y *tranquilización* ( $r = -.290; p <.001$ ) mostraron correlaciones negativas, disminuyendo la puntuación en los niños mayores.

El sexo del informante no produjo diferencias significativas en la mayoría de las escalas de temperamento infantil. Únicamente aparecieron en la escala de *anticipación* donde los casos en que habían respondido ambos progenitores al unísono tuvieron una puntuación mayor ( $M_{PYM}: 5.1, DE: .8; M_P: 4.1, DE: .7; M_M: 4.4, DE: .9; F_{(2, 137)}: 4.27; p = .023$ ). Tampoco aparecieron diferencias significativas por centro una vez eliminado el efecto de la edad.

#### 5.4.2. Comportamiento Relacionado con los Accidentes

El comportamiento relacionado con los accidentes fue medido a través de las escalas del cuestionario CIRA. Las puntuaciones promedio obtenidas en dichas escalas se muestran en la Tabla 16.

TABLA 16. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LAS ESCALAS DEL CUESTIONARIO CIRA

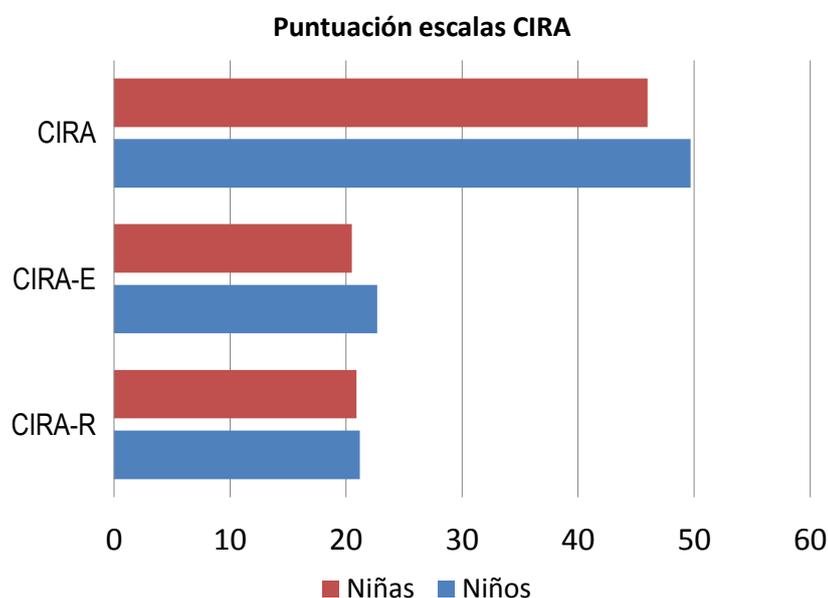
	<b>N</b>	<b>MÍNIMO</b>	<b>MÁXIMO</b>	<b>MEDIA</b>	<b>DESV. TÍPICA</b>
<b>CIRA_R</b>	280	6	52	26,32	8,44
<b>CIRA_E</b>	275	3	42	21,69	7,50
<b>CIRA</b>	275	14	94	49,01	13,84

Las puntuaciones fueron semejantes para CIRA-R y para CIRA-E; es decir, que la frecuencia para los comportamientos de riesgo y los comportamientos de error fue similar. La media fue más alta para la puntuación global en CIRA al tratarse de la suma de los dos anteriores.

Las puntuaciones obtenidas en las escalas CIRA-R, sobre comportamientos de riesgo, no variaron significativamente en función del sexo del sujeto. Tanto niños como niñas mostraron unas puntuaciones muy similares. Sin embargo, la puntuación en la escalas CIRA-E fue significativamente mayor en niños ( $M_v$ : 22.7, DE: 7.8;  $M_m$ : 20.5, DE: 6.9  $F_{(1, 272)}$ : 5.9;  $p = .016$ ). Este hecho daba lugar también a diferencias significativas en la escala global de comportamientos relacionados con accidentes  $M_v$ : 49.7, DE: 14.1;  $M_m$ : 46.0, DE: 13.4;  $F_{(1, 272)}$ : 4.87;  $p = .028$ ) (Figura 1).

Por su parte, la edad en meses no tuvo ninguna relación significativa con el comportamiento relacionado con los accidentes. Tampoco se encontró ninguna diferencia significativa relacionada con el progenitor informante ni con el tipo de centro de pertenencia del sujeto.

FIGURA 1. Puntuación de las escalas CIRA, según sexo



#### 5.4.3. Estilo Educativo Paterno

Los estilos educativos se evaluaron mediante el cuestionario PEE-I. Las puntuaciones medias fueron semejantes para PEE-S y PEE-P. Fueron más altas para PEE-A y más bajas para PEE-I, lo que significa que la frecuencia de los estilos educativos *sobreprotector* y *punitivo* era semejante, siendo más alta para el perfil de estilo educativo *asertivo* y más baja para el *inhibicionista*.

TABLA 17. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LAS ESCALAS DEL CUESTIONARIO PEE

	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESV. TÍPICA
<b>PEE-S</b>	270	1	12	5,892	2,104
<b>PEE-A</b>	255	5	12	9,121	1,731
<b>PEE-P</b>	275	0	10	4,585	2,141
<b>PEE-I</b>	274	0	10	2,792	1,645

El sexo del sujeto no tuvo ninguna influencia sobre el estilo educativo de los padres y la edad sólo mostró una correlación positiva significativa con la escala de estilo *inhibicionista*, aunque de baja magnitud ( $r = .154$ ;  $p < .05$ ).

En cuanto al tipo de informante, sí que hubo diferencias reseñables, pero sólo respecto a la escala de estilo *sobreprotector*. En este caso, la respuesta del padre tuvo una puntuación significativamente menor que cuando lo hacía la madre o cuando lo hacían ambos a un tiempo mayor ( $M_{PyM}$ : 6.8, DE: 1.9;  $M_P$ : 5.1, DE: 1.7;  $M_M$ : 6.0, DE: 2.1;  $F_{(2, 264)}$ : 5.29;  $p = .006$ ).

## **5.5.- RELACIONES ENTRE CONDUCTA RELACIONADA CON LOS ACCIDENTES, TEMPERAMENTO Y ESTILO EDUCATIVO.**

Con objeto de determinar hasta qué punto las distintas medidas están asociadas entre sí y, en particular, hasta qué punto el temperamento o el estilo educativo paterno se asocian con una mayor probabilidad de desarrollar conductas relacionadas con los accidentes, se analizaron las correlaciones existentes entre las puntuaciones obtenidas en las distintas escalas.

### **5.5.1. Temperamento y conductas relacionadas con los accidentes**

Las puntuaciones obtenidas en las escalas del cuestionario CIRA presentaban correlaciones significativas con las distintas escalas de temperamento infantil. Algunas de ellas resultaban particularmente importantes, tanto por su magnitud, como por el hecho de que se asociaban diferencialmente con las escalas de comportamientos de riesgo (CIRA-R) y de error (CIRA-E).

En la Tabla 18 se resumen estas correlaciones, junto con su grado de significación estadística, para cada una de las escalas.

TABLA 18. CORRELACIONES ENTRE LOS CUESTIONARIOS TBAQ-R-CIRA

	CIRA_R	CIRA_E	CIRA
Anticipación positiva	0,351 **	0,198 *	0,307 **
Focalización atencional	-0,272**	-0,356**	-0,361**
Cambio atencional	-0,294 **	-0,484 **	-0,456 **
Malestar	-0,104	0,091	0,119
Placer alta intensidad	0,392 **	0,022	0,245 **
Control inhibitorio	-0,441 **	-0,425 **	-0,520 **
Placer baja intensidad	-0,142	-0,378 **	-0,305 **
Sensibilidad perceptiva	0,013	-0,235 *	-0,129
Tristeza	0,344 **	0,303 **	0,364 **
Tranquilización	-0,171 *	-0,142	-0,185 *
Nivel de actividad	0,629 **	0,322 **	0,554 **
Ira	0,515 **	0,388 **	0,527 **
Miedo social	0,010	0,032	0,025

\*P<0,5

\*\*P<0,001

Como se puede observar existe un buen número de asociaciones y, de hecho, son pocas las escalas de temperamento que no se asocian con la probabilidad de desarrollar comportamientos relacionados con los accidentes.

Además, se puede observar también que las relaciones entre temperamento y las dos escalas del CIRA presentan ciertas particularidades, entre las que cabe desatacar las siguientes:

Los comportamientos infantiles de riesgo se asocian a una mayor puntuación en las escalas de *anticipación positiva*, *placer alta intensidad*, *tristeza*, *nivel de actividad* e *ira*. A su vez, este tipo de comportamientos se asocia negativamente con *focalización atencional*, *cambio atencional* y *control inhibitorio*.

Por su parte, los comportamientos relacionados con errores/ torpeza se asocian a mayor puntuación en las escalas de *tristeza*, *nivel de actividad* e *ira* y, de forma negativa, con las escalas de *focalización atencional*, *cambio atencional*, *control inhibitorio*, y *placer baja intensidad*.

Algunas de las escalas del TBAQ-R se relacionan indistintamente y en magnitudes similares con ambos tipos de comportamiento, *como control inhibitorio y tristeza*. Sin embargo, otras, presentan relaciones específicas o más acentuadas con uno de los dos tipos de conducta medidos. Así, los comportamientos de riesgo se asocian en mayor magnitud a *anticipación positiva, nivel de actividad e ira*, y particularmente a *placer alta intensidad*; en todos los casos de forma positiva.

Por otro lado, los comportamientos de error, presentan asociaciones mayores con *focalización atencional, cambio atencional, control inhibitorio, sensibilidad perceptiva* y, particularmente, *placer baja intensidad*, en todos los casos de forma negativa.

Es decir, la mayor probabilidad de llevar a cabo conductas relacionadas con asumir riesgos se relaciona con incrementos notables en algunas de las escalas, mientras que la de desarrollar conductas de error se relaciona con descensos en las puntuaciones. Es decir, en el primer caso, la asociación es con mostrar el rasgo en mayor medida mientras que en el segundo es lo contrario.

Otros rasgos de temperamento que parecen comportarse de forma diferencial entre tipos de conducta son el *placer alta y baja intensidad*. Mientras que el primero se asocia a conductas de riesgo, el segundo lo hace con comportamientos de error; y en sentido contrario. Por último, la *sensibilidad perceptiva* se relaciona únicamente con comportamientos de error.

#### 5.5.2. Estilo educativo paterno y conductas relacionadas con los accidentes

Con objeto de analizar las posibles relaciones entre el estilo educativo paterno y las conductas relacionadas con los accidentes, se valoraron también las correlaciones entre las escalas de los cuestionarios CIRA y PEE. Los resultados encontrados se pueden observar en la Tabla 19. Claramente, las asociaciones no tienen relevancia alguna. Únicamente aparece una correlación significativa en sentido negativo entre estilo *asertivo* y conductas de riesgo,

pero es de muy escasa magnitud y difícilmente puede implicar una relación importante entre las variables.

TABLA 19. CORRELACIONES ENTRE LOS CUESTIONARIOS CIRA-PEE

	PEE-S	PEE-A	PEE-P	PEE-I
CIRA_R	0,094	-0,0155*	0,066	0,05
CIRA_E	-0,011	-0,083	-0,011	0,079
CIRA	0,062	-0,117	0,035	0,087

\*P<0,5

\*\*P<0,001

### 5.5.3. Estilo educativo paterno y temperamento infantil

Por último, analizamos también las posibles relaciones entre estilo educativo paterno y temperamento para caracterizar mejor la muestra y las variables recogidas. Las correlaciones encontradas se muestran en la Tabla 20.

TABLA 20. CORRELACIONES ENTRE LOS CUESTIONARIOS TBAQ-R-PEE

	PEE-S	PEE-A	PEE-P	PEE-I
Anticipación positiva	0,254 **	-0,042	0,079	-0,046
Focalización atencional	0,000	-0,045	-0,017	-0,069
Cambio atencional	-0,057	-0,031	0,019	-0,176 *
Malestar	-0,097	-0,038	-0,043	-0,065
Placer alta intensidad	0,127	-0,026	0,101	0,017
Control	-0,204 **	0,063	-0,034	-0,144
Placer baja intensidad	0,015	0,037	0,061	-0,103
Sensibilidad	-0,201 *	0,215 *	0,009	0,103
Tristeza	0,200 *	-0,125	0,107	0,170
Tranquilización	-0,094	0,046	-0,038	0,002
Actividad	0,228 **	-0,075	0,095	0,101
Ira	0,207 **	-0,063	0,163	0,022
Miedo social	-0,042	-0,143	-0,204 *	0,116

\*P<0,5

\*\*P<0,001

Como se observa en la tabla, apenas hay relaciones significativas, especialmente en las escalas A, P e I. En estos casos, solamente encontramos correlaciones significativas, aunque bajas, entre estilo *asertivo* y *sensibilidad perceptiva*, estilo *punitivo* y *miedo social* y estilo *inhibitorio* y *cambio atencional*.

Por su parte, la escala de estilo *sobreprotector* sí presentaba asociaciones con mayor número de rasgos temperamentales, aunque la más alta de ellas, apenas alcanza 0,25. Entre ellas *anticipación positiva*, *actividad*, *tristeza* e *ira*, de forma positiva, y en sentido negativo, con *control inhibitorio* y *sensibilidad perceptiva*.

## **5.6.- ACCIDENTES INFANTILES**

### **5.6.1. Descripción de los accidentes**

En las Tablas 21 y 22 se puede observar la distribución de los accidentes sufridos por los sujetos durante los últimos 6 meses, al inicio del estudio y en el seguimiento. Lo que más ha predominado durante el año 2013, al inicio del estudio, fueron los golpes y/ o choques, seguidos de caídas al mismo nivel y otras caídas. En el seguimiento, durante el año 2014, también han predominado los golpes y/ o choques, seguidos de las caídas.

Tomando como una escala el cuestionario de accidentes, la media de accidentalidad en el inicio del estudio fue de 9,16 (DE: 4.5). Este nivel de accidentalidad medio fue de 8.18 (DE: 4.5), en la fase de seguimiento.

En cuanto a la correlación entre los accidentes sufridos en 2013 y los sufridos en 2014, resaltar que es significativa,  $r = 0.495$  ( $p < .05$ ). Según estos resultados, haber sufrido accidentes en alguna ocasión, resultaría ser un predictor para sufrirlos en el futuro.

TABLA 21. ACCIDENTES SUFRIDOS EN 2013

	<b>N</b>	<b>0</b>	<b>%</b>	<b>1</b>	<b>%</b>	<b>2</b>	<b>%</b>	<b>3</b>	<b>%</b>	<b>NS/NC</b>	<b>%</b>
Golpes/ choques	207	13	6,28	20	9,66	37	17,87	137	66,16		
Asfixia/ ahogo	207	178	85,99	19	9,17	8	3,86	2	0,96		
Atropello	207	206	99,51			1	0,48				
Efecto térmico	207	183	88,40	24	11,59						
Cuerpo extraño	207	187	90,33	15	7,24	1	0,48	4	1,93		
Cortes/ pinchazos	207	138	66,66	46	22,22	15	7,24	8	3,86		
Productos químicos/ tóxicos	207	207	100,00								
Efecto electricidad	207	205	99,03	1	0,48					1	0,48
Caída de objeto móvil	207	85	41,06	45	21,73	29	14	48	23,18		
Caída al mismo nivel	207	21	10,14	34	16,42	47	22,70	105	0,50		
Caer de altura menor	207	100	48,30	59	28,50	18	8,69	30	14,49		
Caer de altura mayor	207	188	90,82	13	6,28	2	0,96	3	1,44	1	0,48
Otras caídas	207	52	25,12	40	19,32	31	14,97	84	40,57		
Otros	207	188	90,82	11	5,31	6	2,89	2	0,96		

TABLA 22. ACCIDENTES SUFRIDOS EN 2014

	<b>N</b>	<b>0</b>	<b>%</b>	<b>1</b>	<b>%</b>	<b>2</b>	<b>%</b>	<b>3</b>	<b>%</b>	<b>NS/NC</b>	<b>%</b>
Golpes/ choques	106	13	6,31	15	14,15	18	16,98	60	56,60		
Asfixia/ ahogo	106	93	45,14	12	11,32			1	0,94		
Atropello	106	103	50,00	3	2,83						
Efecto térmico	106	95	46,11	10	9,43	1	0,94				
Cuerpo extraño	106	102	96,22	3	2,83	1	0,94				
Cortes/ pinchazos	106	85	80,18	14	13,20	6	5,66	1	0,94		
Productos químicos/ tóxicos	106	106	100								
Efecto electricidad	106	106	100								
Caída de objeto móvil	106	42	39,62	26	24,52	15	14,15	23	21,69		
Caída al mismo nivel	106	20	18,86	16	15,9	19	17,92	51	48,11		
Caer de altura menor	106	71	66,98	19	17,92	3	2,83	13	12,26		
Caer de altura mayor	106	96	90,56	3	2,86	4	3,77	3	2,83		
Otras caídas	106	40	37,73	16	15,09	19	17,92	31	29,24		
Otros	106									106	100,00

Por otra parte, ni el sexo del niño, ni la edad del progenitor informante se relacionaban de forma significativa con la accidentalidad real de los sujetos.

### 5.6.2. Accidentabilidad y temperamento

El grado de accidentabilidad; es decir, la probabilidad de sufrir lesiones reales no intencionadas fue analizado en su relación con las escalas de los distintos cuestionario utilizados, al objeto de determinar la posible capacidad predictiva de los rasgo medidos.

TABLA 23. CORRELACIONES TBAQ-R-CAI

	<b>ACCID13</b>	<b>ACCID14</b>
Anticipación positiva	0,196	-0,034
Focalización atencional	-0,060	0,028
Cambio atencional	-0,208 *	-0,218
Malestar	-0,076	0,044
Placer alta intensidad	-0,039	-0,160
Control inhibitorio	-0,185 *	-0,238 *
Placer baja intensidad	-0,043	0,086
Sensibilidad perceptiva	-0,078	0,022
Tristeza	-0,262 *	0,110
Tranquilidad	-0,138	-0,059
Nivel de actividad	-0,144	0,158
Ira	0,302 **	0,094
Miedo social	-0,041	-0,002

\*P<0,5

\*\*P<0,001

Algunas de las escalas del TBAQ-R se asociaban a la accidentabilidad a través de correlaciones significativas. En particular, aquellos sujetos que

puntuaban alto en *Ira* o bajo en *Cambio atencional*, *Control inhibitorio* o *Tristeza*, presentaban un índice mayor de accidentabilidad. El *Control inhibitorio*, parece tener especial interés puesto que correlaciona también significativamente con la accidentabilidad un año después.

Como cabía esperar, todos los rasgos asociados con accidentabilidad, lo habían estado anteriormente con las conductas precursoras. Cabe destacar, sin embargo, que algunas escalas que presentaban una asociación elevada con conductas asociadas a los accidentes perdieron significación al relacionarlas con accidentes reales (*Actividad*, *Placer* o *Focalización atencional*).

### 5.6.3. Accidentabilidad y conductas relacionadas con los accidentes

Las tres escalas del cuestionario CIRA, tanto la general, como las sub-escalas de comportamiento de riesgo y comportamiento de error, correlacionan significativamente, y de forma positiva, tanto con accidentabilidad en 2013, como con accidentabilidad en 2014 (Tabla 24).

TABLA 24. CORRELACIONES CIRA- CAI

	<b>CIRA_R</b>	<b>CIRA_E</b>	<b>CIRA</b>
<b>ACCID13</b>	0,288 **	0,229 **	0,289 **
<b>ACCID14</b>	0,223 *	0,306 **	0,295 **

\*P<0,5

\*\*P<0,001

Según estos resultados, al aumentar tanto los comportamientos de riesgo como los comportamientos de error infantiles, aumentaría la accidentalidad, como cabía esperar. Estos resultados tienen especial relevancia por cuanto las correlaciones se mantienen en magnitudes similares, o incluso aumentan en el caso del la escala CIRA-E, en la fase de seguimiento.

Por tanto, las puntuaciones en CIRA, parecen capaces de predecir la accidentalidad de los sujetos en el futuro.

Estas relaciones se muestran en los siguientes gráficos de puntos (Figuras 2 y 3), donde se observa la relación entre la escala global del CIRA y el grado de accidentabilidad.

Figura 2: Correlación entre puntuación global en cuestionario CIRA y accidentalidad al inicio del estudio (2013)

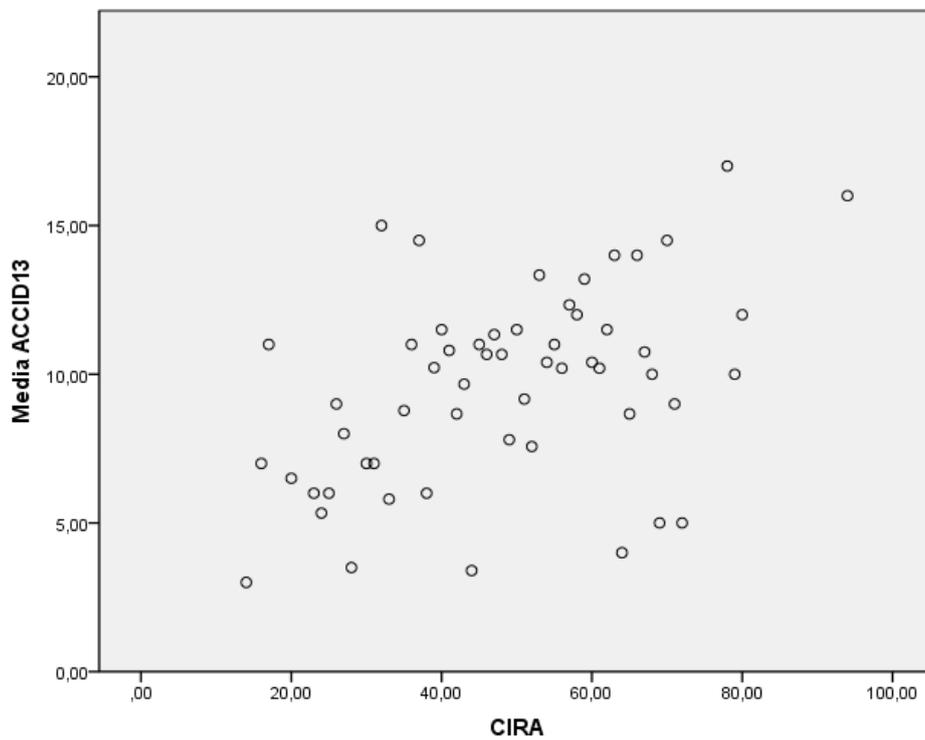
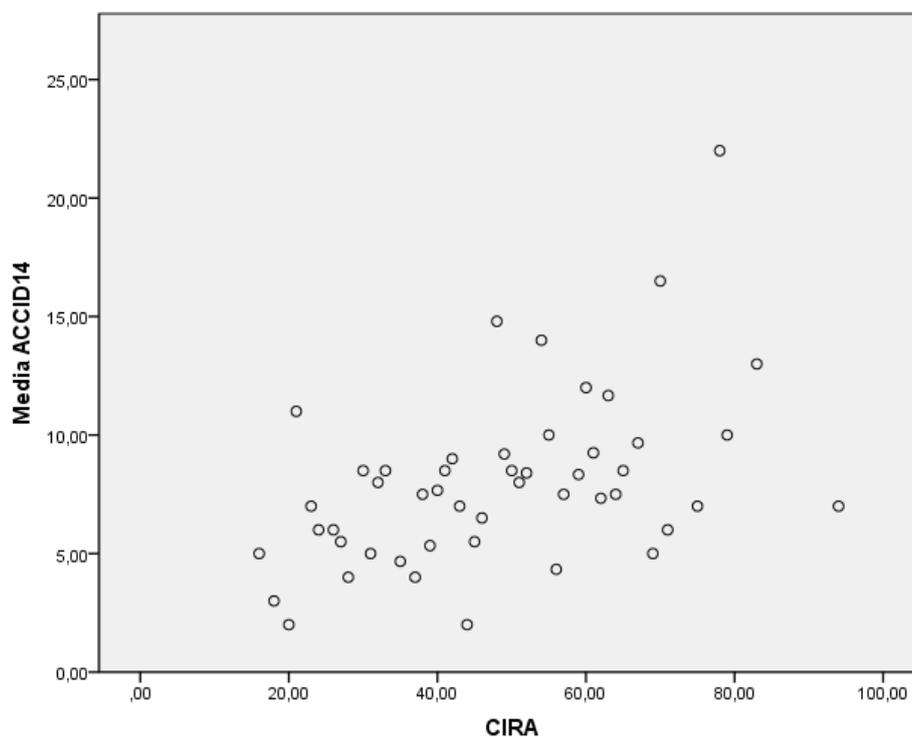


Figura 3: Correlación entre puntuación global en cuestionario CIRA y accidentabilidad en la fase de seguimiento del estudio (2014)



#### 5.6.4. Accidentabilidad y estilo educativo

Por último analizamos también la relación entre estilo educativo paterno y accidentabilidad. En este caso, la única correlación significativa tiene lugar entre el perfil de estilo educativo *punitivo* y la accidentabilidad al inicio del estudio.

Según estos resultados, al aumentar el estilo educativo *punitivo*, aumentaría el riesgo de sufrir lesiones no intencionales.

TABLA 25. CORRELACIONES PEE-CAI

	PEE-S	PEE-A	PEE-P	PEE-I
<b>ACCID13</b>	0,124	0,116	0,194 **	0,079
<b>ACCID14</b>	-0,024	0,046	0,099	0,023

\*P<0,5

\*\*P<0,001

### 5.6.5. Factores predictores de accidentabilidad

Con objeto de profundizar aún más en las relaciones entre temperamento, conductas relacionadas con los accidentes, estilo educativo y la probabilidad de sufrir lesiones no intencionadas, se llevaron a cabo análisis de regresión lineal utilizando la puntuación acumulada de los inventarios de accidentabilidad como variables dependientes y las variables que habían mostrado algún grado de asociación previamente con accidentabilidad como predictores. Aunque no habían mostrado relación clara previamente, el sexo, la edad y el progenitor informante fueron incluidos entre los modelos univariados por su carácter básico. Los resultados se muestran en las Tablas 26 y 27.

Tabla 26. Regresión lineal para accidentabilidad al inicio del estudio (2013) como variable dependiente. Coeficientes de regresión e Intervalo de Confianza (IC) al 95% para predictores individuales.

	<b>B</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p</b>
<b>Informante</b>	1.287	-0.685, 3.259	0.200
<b>Sexo</b>	0.764	-0.501, 2.029	0.305
<b>Edad a inicio</b>	0.039	-0.084, 0.163	0.531
<b>CIRA-R</b>	0.155	0.080-0.230	0.000
<b>CIRA-E</b>	0.141	0.056-0.226	0.000
<b>CIRA</b>	0.095	0.050, 0.139	0.000
<b>Cambio</b>	-1.273	-2.248, -0.297	0.011
<b>Control inhibitorio</b>	-0.977	-1.917, -0.038	0.042
<b>Tristeza</b>	1.520	0.332, 2.708	0.013
<b>Ira</b>	1.335	0.549, 2.121	0.001
<b>PEE_P</b>	0.375	0.082, 0.668	0.012

Tabla 27. Regresión lineal para accidentalidad en el seguimiento (2014) del estudio como variable dependiente. Coeficientes de regresión e Intervalo de Confianza (IC) al 95% para predictores individuales.

	B	IC 95%	p
Informante	0.411	-0.357,5.180	0.087
Sexo	1.068	-0.681,2.817	0.229
Edad a inicio	-0.014	-0.221,0.193	0.894
CIRA-R	0.110	0.016,0.210	0.004
CIRA-E	0.160	0.060,0,260	0,002
CIRA	0.086	0.031,0.141	0.002
Cambio atencional	-1.260	-2.543,0.022	0.054
Control inhibitorio	-1.233	-2.443,-0.023	0.023
Tristeza	0.724	-1.224,2.673	0.458
Ira	0.488	-0.854,1.829	0.470
PEE_P	0.180	-0.231,0.591	0.387

De los análisis realizados se desprende que, de nuevo, el sexo, la edad o el progenitor informante no presentan relación con la accidentalidad del sujeto en esta muestra. Sin embargo, las otras variables seleccionadas sí que mostraron relación con la accidentalidad en los análisis univariados, tanto transversal como longitudinalmente. De esta forma, las puntuaciones en las escalas del cuestionario CIRA y las escalas de cambio, control, tristeza e ira del TBAQ-R, así como el estilo educativo punitivo se relacionaron con el grado de accidentalidad transversalmente, al inicio del estudio.

Más relevante aún, en el análisis univariado longitudinal, las escalas del CIRA y la de control inhibitorio del TBAQ-R, eran las que resultaban predictores de la accidentalidad un año más tarde.

El análisis multivariado incluyendo las variables anteriores dejó como única variable predictora la puntuación en el cuestionario CIRA, tanto en el análisis transversal como en el longitudinal. Todas las demás variables perdieron significación al ser incluidas conjuntamente en el modelo.

Estos resultados se plasman gráficamente en las Figuras 4 a 7 donde pueden observarse las estimaciones realizadas de los coeficientes de regresión en los dos momentos clave del estudio.

Figura 4. Coeficientes de regresión (IC 95%) de las variables sociodemográficas. Accidentabilidad al inicio del estudio y al seguimiento.

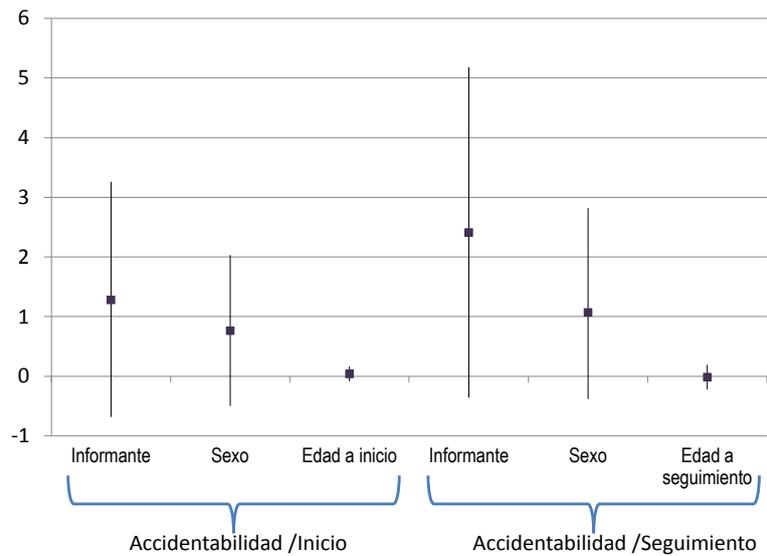


Figura 5: Coeficientes de regresión (IC 95%) de las escalas CIRA. Accidentabilidad al inicio del estudio y al seguimiento.

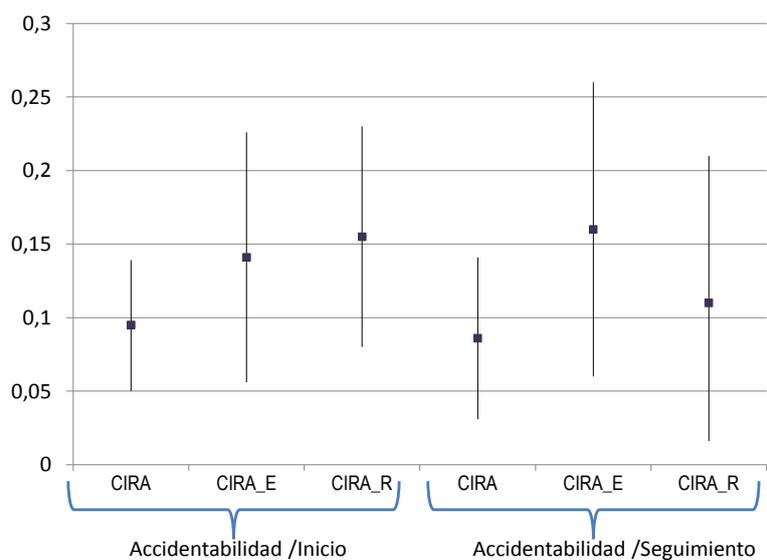


Figura 6: Coeficiente de regresión (IC 95%) de las escalas seleccionadas del TBAQ-R. Accidentabilidad al inicio del estudio y al seguimiento.

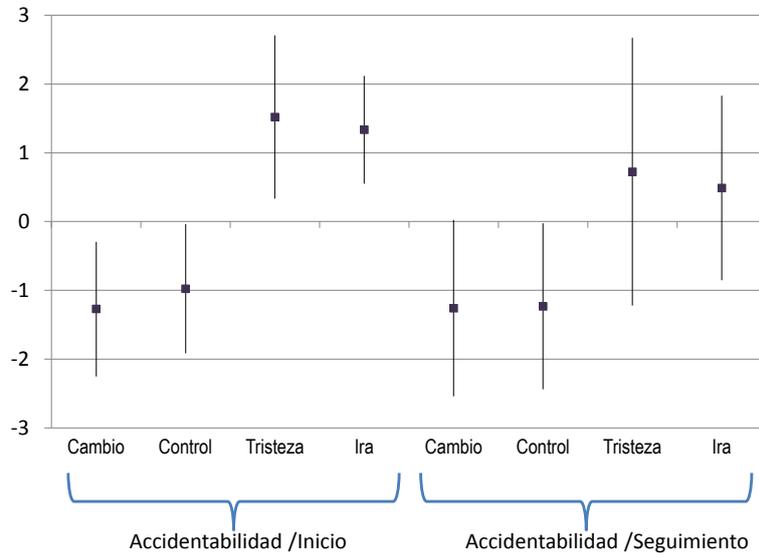
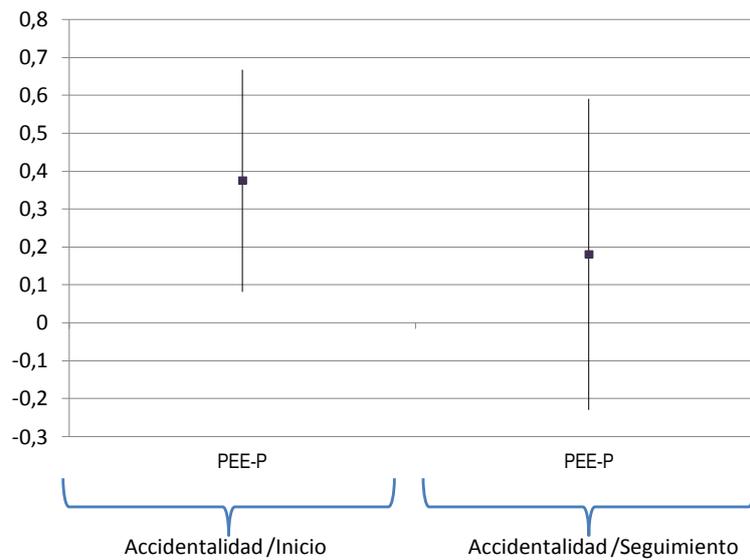


Figura 7: Coeficientes de regresión (IC 95%) de la escala de estilo educativo punitivo. Accidentabilidad al inicio del estudio y al seguimiento.



Por último, el análisis multivariado no arrojó información añadida de utilidad. Las escalas del TBAQ-R perdieron significación al ser introducidas conjuntamente con un modelo para el temperamento. Un último modelo adicional incluyendo todas las variables anteriores dejó como única variable predictora la puntuación en el cuestionario CIRA, tanto en el análisis transversal como en el longitudinal. Todas las demás variables perdieron significación al ser incluidas conjuntamente en el modelo.



**CAPÍTULO VI.**  
**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**



## 6.1. DISCUSIÓN

Durante las últimas décadas se ha dado un creciente interés en el estudio sobre accidentes infantiles. A partir del primer año de edad y durante los primeros años de vida, los accidentes son un problema importante de salud, que se encuentra entre las primeras causas de muerte en todos los países.

Hemos realizado un estudio observacional de carácter transversal, asociado a un seguimiento longitudinal prospectivo con una muestra de estudio compuesta por 291 menores entre 2 y 4 años de edad. Los sujetos eran alumnos de centros de atención a la infancia y escuelas infantiles integradas en colegios concertados.

La recogida de información se llevó a cabo a través de cuatro cuestionarios administrados a los padres de los sujetos de estudio, en varias fases: Recogida de información inicial (curso 2012/13) sobre temperamento, estilos educativos y comportamientos relacionados con los accidentes; seguidamente, administración de un inventario de accidentes infantiles, en el que se recogía la frecuencia y características de los accidentes sufridos; y, por último, un seguimiento al año siguiente (curso 2013/14), en relación a los accidentes sufridos.

Para responder a la hipótesis primera, según la cual los rasgos temperamentales relacionados con comportamientos impulsivos y agresivos se asociarán a un riesgo incrementado de sufrir lesiones no intencionadas, tanto de forma transversal como longitudinalmente, administramos a los padres en la primera fase de la recogida de datos, el Cuestionario de Evaluación del Comportamiento en la Infancia-Revisado (TBAQ-R), que recoge las diferentes reacciones de los niños ante diversas situaciones, a través de 13 escalas que miden cada una de ellas una dimensión del temperamento infantil.

Cruzamos los datos obtenidos en el cuestionario TBAQ-R con los datos obtenidos sobre conductas relacionadas con los accidentes, de acuerdo a las escalas del cuestionario CIRA. Adicionalmente, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal de las variables más relevantes sobre accidentalidad, en el inventario de accidentes infantiles (CAI), inventario elaborado para este estudio, que consiste en un listado de posibles accidentes, sobre los que los padres informaron si se había producido alguno en los últimos seis meses y con qué frecuencia (nunca, una vez, dos, tres o más), considerando como accidente todo suceso fortuito (golpes, cortes, caídas, etc.) que, como resultado, hubiera producido, al menos, alguna marca visible (herida, raspadura, cardenal, chichón, enrojecimiento, etc.) que durara una hora o más.

De acuerdo con los resultados del análisis, los principales rasgos temperamentales que se han asociado a comportamientos de riesgo relacionados con los accidentes son, por orden de magnitud de la correlación, *Nivel de Actividad, Ira, Control Inhibitorio, Placer Alta Intensidad, Anticipación Positiva y Tristeza*. Es decir, como predecía la hipótesis, los principales rasgos de temperamento que se relacionan con comportamientos de riesgo de sufrir lesiones no intencionadas tienen importantes componentes de impulsividad/agresividad. Estas relaciones confirmarían la primera hipótesis planteada.

Por otra parte, otros rasgos, como la *Tristeza* o la *Anticipación Positiva* que, en un principio no tienen ese componente de impulsividad mencionado, también se relacionaron positivamente con este tipo de comportamientos.

Adicionalmente, los resultados de comparar los datos obtenidos en el TBAQ-R y la accidentalidad, mostraron que las asociaciones más significativas tuvieron lugar entre la escala *Ira/ Frustración*, el *Control inhibitorio* y la *Tristeza*, lo que refuerza nuestra conclusión anterior.

De acuerdo con estos resultados, podemos decir que al aumentar los sentimientos negativos de ira o frustración, aumentaba también la accidentalidad.

Además, el *Cambio atencional* correlacionó negativamente con los accidentes sufridos en 2013. Es decir, al aumentar la habilidad para transferir el

foco atencional de una actividad a otra, disminuyeron los accidentes. Este resultado está parcialmente relacionado con la hipótesis segunda, que asocia el aumento de accidentes con las carencias atencionales.

La correlación fue también negativa entre *Control inhibitorio* y accidentalidad, tanto en 2013 como en 2014. Según estos resultados, al disminuir la capacidad para planificar y suprimir respuestas de aproximación, bajo instrucciones o en situaciones novedosas o que producen incertidumbre, aumentaron los accidentes infantiles, tanto en 2013 como en 2014, como esperábamos al cruzar estas escalas.

Estos datos coinciden en líneas generales con los de otros estudios, que han encontrado también una asociación positiva entre accidentes infantiles y rasgos temperamentales relacionados con *comportamientos impulsivos y agresivos*:

Los niños con problemas de comportamiento, como aquellos que son más *activos, agresivos, inatentos, temperamentamente difíciles*, o con *bajo control inhibitorio* incrementan el riesgo de sufrir lesiones (Matheny, 1987b; Schwebel y Plumert, 1999; Schwebel, Speltz, Jones y Bordina, 2002).

El comportamiento agresivo, alto nivel de actividad, presencia de desórdenes del comportamiento, baja adaptabilidad, inatención, impulsividad, extraversión, hábitos de sueño, búsqueda de sensaciones, o estado del desarrollo, han sido mencionados como factores que pueden afectar la probabilidad de lesiones no intencionales (Bradbury, K., Janicke, D. M., Riley, A. W., y Finney, J. W.; Jaques y Finney, 1994; Brehaut, Miller, Raina y McGrail, 2007; Jaques y Finney, 1994; Morrongiello, Corbett, McCourt y Johnston, 2006a; Phillips y Mathey, 1995; Rowe, Maughan y Goodman, 2004).

Tanto la alta impulsividad como el bajo control inhibitorio temperamental contribuyen al riesgo de lesiones involuntarias en los niños (Schwebel, 2003).

La toma de riesgo de los niños depende de muchos factores. Según Morrongiello B.A. y Matheis, S., (2004), ante una situación que favorece la toma de riesgo, los niños distorsionan el peligro y la severidad de la lesión.

Según Cook, S. Peterson, L., Di Lillo, D., (1999), en un modelo para predecir los comportamientos de riesgo de los niños, éstos respondían con miedo o con excitación en situaciones de juego de riesgo, según la cantidad de riesgo de la tarea.

El estudio del desarrollo del control inhibitorio como capacidad ejecutiva, está estrechamente relacionado con el estudio de las diferencias individuales en el desarrollo del temperamento (Reed, Pien y Rothbart, 1984).

Es importante poner de relieve que nos encontramos ante un periodo evolutivo del niño en el que sus tendencias temperamentales pueden contribuir a la vulnerabilidad a experimentar lesiones accidentales no intencionadas. En este periodo de la infancia se encuentra en pleno desarrollo de las habilidades de la locomoción, reaccionando ante el entorno con una gran curiosidad y continua exploración de los objetos y de los contextos con los que interactúa, al tiempo que manifiesta importantes limitaciones en el control de sus conductas que indudablemente suponen un continuo desafío y cuyos riesgos no siempre resultan fáciles de superar. Efectivamente, como indica otro estudio, el riesgo de lesiones se incrementa durante los primeros años, con un pico de ocurrencia entre los dos y los cuatro años de edad (Matheny, 1987b).

Por otro lado, también se han relacionado con los accidentes infantiles, junto al mayor nivel de actividad, a la personalidad con predisposición a la toma de riesgo. Así, el *alto nivel de actividad* y la personalidad de *toma de riesgo* con deseo de ejecutar un comportamiento atrevido entre los niños, es un factor de riesgo para la propensión de accidentes y la incidencia de lesiones (Rosen y Peterson, 1990, Potts, Martínez y Dedmon, 1995; Miller y Byrnes, 1997; Plumert y Schwebel, 1997).

Para concluir esta hipótesis, consideramos importante exponer algunas de las asociaciones significativas encontradas entre las dimensiones temperamentales y el que forman parte de las escalas del TBAQ-R:

Así, se asoció positivamente el *Control Inhibitorio* con la *Focalización Atencional*, según aumentaba el *Control Inhibitorio*, aumentaba también la capacidad para mantener el foco atencional dirigido sobre la tarea.

Consideramos importante esta asociación por tratarse de dimensiones que, de manera aislada, se han relacionado con los accidentes infantiles, como son las correlaciones negativas entre el *Control Inhibitorio* y los accidentes y el *Cambio Atencional* y los accidentes.

Para responder a la hipótesis segunda, según la cual, los rasgos relacionados con comportamientos que implican déficit de atención o torpeza y toma de riesgos se asociarán a un riesgo incrementado de sufrir lesiones no intencionadas, tanto de forma transversal como longitudinalmente, seguimos el mismo procedimiento mencionado en el caso anterior, administramos a los padres el CIRA (Comportamiento infantil relacionado con accidentes) que mide, a través de las respuestas de los padres, los comportamientos de riesgo y error relacionados con los accidentes, y cruzamos los datos con los datos del Cuestionario de accidentes infantiles (CAI).

Los resultados de cruzar el cuestionario CIRA con la accidentalidad muestran una importante correlación positiva de la accidentalidad con ambas escalas, CIRA-R, comportamientos de riesgo infantiles y CIRA-E, comportamientos de error infantiles, tanto en 2013 como en 2014. Al aumentar los comportamientos de riesgo infantiles, aumentaban también los accidentes sufridos por los niños, e igualmente sucedía al aumentar los comportamientos de error de éstos, también aumentaba el número de accidentes sufridos, en las dos recogidas de datos sobre accidentes, por lo que los niños que muestran más comportamientos de riesgo o de error relacionados con accidentes, como parece lógico, también son más propensos a sufrirlos, lo que confirmaría nuestra segunda hipótesis, que asocia los accidentes con comportamientos de déficit de atención o torpeza.

Estos datos coinciden con los de otros estudios que han encontrado que la toma de riesgos intervino en la relación entre temperamento y la lesión (Garzon, et al., 2008) y que comportamientos de riesgo y error se asociaban a accidentes infantiles (Rowe y Maughan, 2009).

Con respecto a la asociación entre las escalas de Riesgo y de Error del cuestionario CIRA, consideramos importante mencionar que correlacionaron significativamente de forma positiva, es decir, según aumentaban los comportamientos de riesgo relacionados con accidentes, aumentaban también los comportamientos de error relacionados con accidentes en los niños, por lo que los niños que son propensos a manifestar comportamientos de riesgo, también lo son a manifestar comportamientos de error relacionados con accidentes. Es decir, se confirma nuestro supuesto de que no son comportamientos mutuamente excluyentes.

Por último, resaltar que el análisis multivariado dejó como única variable predictora la puntuación en el cuestionario CIRA, tanto en el análisis transversal como en el longitudinal. Todas las demás variables perdieron significación al ser incluidas conjuntamente en el modelo.

En resumen, las dos primeras hipótesis trataban de relacionar distintos rasgos del temperamento infantil con la probabilidad de sufrir lesiones no intencionadas originadas desde dos tipos de conducta diferentes, pero no mutuamente excluyentes: comportamientos de riesgo y comportamientos de déficit atencional/ torpeza. La explicación que subyace a ambas es que los rasgos temperamentales incrementan la probabilidad de llevar a cabo este tipo de conductas; y son éstas las que, a su vez, incrementan la accidentalidad.

Para responder a la hipótesis tercera, según la cual el estilo educativo paterno de carácter sobreprotector se asociará a un menor riesgo de sufrir lesiones no intencionales, tanto de forma transversal como longitudinalmente, administramos a los padres el cuestionario Perfil de Estilos Educativos PEE, que consiste en un listado de 48 frases que corresponden a emociones y comportamientos que se pueden clasificar en cuatro categorías de estilo educativo: *Sobreprotector*, *Inhibicionista*, *Punitivo* y *Asertivo*.

El análisis del tipo de comportamientos asociado a los estilos educativos, solamente arrojó una correlación significativa, aunque de escasa magnitud, entre estilo *Asertivo* y comportamientos de riesgo. Posteriormente, cruzamos los datos obtenidos en el PEE con los datos obtenidos en el inventario de

accidentalidad. Los resultados mostraron que la correlación más significativa encontrada tuvo lugar entre el Perfil de estilo educativo Punitivo y los accidentes sufridos en 2013. Es decir, el estilo educativo Punitivo de los padres, parecía incrementar la probabilidad de accidentes infantiles. Por último, y más importante en relación a nuestra hipótesis, no encontramos relación alguna entre el estilo educativo Sobreprotector y comportamientos o accidentalidad, estilo que, al estar asociado a la supervisión paterna, debería haber estado también asociado a la disminución de accidentes.

En conjunto, por tanto, la hipótesis 3 debe ser rechazada. Tampoco se pueden plantear otras explicaciones a posteriori a la vista de la escasa magnitud y la inconsistencia de las asociaciones entre las variables relacionadas con los accidentes y las escalas de estilo educativo. Es decir, debemos concluir que el estilo educativo de los padres no se relaciona directamente con el riesgo de sufrir lesiones no intencionadas y tampoco con la probabilidad de llevar a cabo conductas precursoras de las mismas. No obstante, también es posible que las escalas utilizadas no sean apropiadas para esta tarea, habida cuenta de los problemas de fiabilidad encontrados en las mismas. También cabe la posibilidad de que no sean los estilos educativos en sí, sino comportamientos paternos concretos los que se relacionen específicamente con la prevención de los accidentes infantiles y que, por ese motivo, no queden reflejados específicamente en las escalas utilizadas.

Con objeto de recabar información adicional, cruzamos también los datos entre las escalas del PEE y las escalas del TBAQ-R. Entre las correlaciones más significativas encontramos, por un lado, que la del Perfil de estilo educativo Sobreprotector correlacionó con la escala de *Control Inhibitorio* de manera negativa, es decir, al aumentar el estilo Sobreprotector en los padres, disminuía el Control Inhibitorio de los niños. Por otro lado, el estilo educativo Sobreprotector correlacionó positivamente con el Nivel de Actividad, al aumentar el estilo Sobreprotector en los padres, aumentaba el Nivel de Actividad en los niños. Según estos resultados encontrados, el estilo educativo Sobreprotector se habría asociado a bajo Control Inhibitorio y a alto nivel de Actividad, ambas dimensiones temperamentales relacionadas con el aumento de accidentes, pero no con un efecto suficiente para ser detectado.

Estos resultados coinciden con otros estudios que han encontrado que, al aumentar la supervisión maternal, disminuye el control inhibitorio de los niños (Cole, Koulouglioti, Harriet, Kitzman, 2007) o que, para los niños buscadores de sensaciones, la supervisión cercana no fue adecuada para prevenir lesiones (Morrongiello et al., 2013).

Contrariamente, los resultados de otro estudio revelaron la importancia de la supervisión parental como un moderador entre las percepciones maternas del riesgo de lesión y el riesgo de lesiones infantiles (Dal Santo, J.A., Goodman, R.M., Geik, D; Jackson, K, 2004).

Podríamos ampliar la conclusión inicial de esta tercera hipótesis con que, si bien la supervisión paterna, asociada a otros factores, puede contribuir a la disminución de accidentes infantiles, si esa supervisión pasa a ser sobreprotección, no actuaría del mismo modo, e incluso podría actuar del modo contrario. Es importante la supervisión, pero también lo es dejar a los niños que jueguen y actúen libremente, en un entorno seguro, para que puedan desarrollarse adecuadamente.

#### 6.1.1. Otros resultados: sexo, edad y frecuencia de accidentes:

Finalmente, respecto al análisis de las variables demográficas, sorprendentemente hemos encontrado que los resultados por sexo no mostraron diferencias significativas en TBAQ-R, excepto tres excepciones: Placer baja intensidad, actividad y miedo, en las dos primeras puntuaron más alto los varones, y en la tercera puntuaron más alto las niñas.

Tampoco se relacionó el sexo de los sujetos con el Perfil de Estilo Educativo de los padres, aunque sí la edad de los sujetos, con el estilo inhibicionista, en baja magnitud.

Más importante, ni el sexo del sujeto, ni su edad, ni el tipo informante se relacionaron con la accidentalidad. Las dos últimas variables tampoco se

relacionaron con los comportamientos asociados a los accidentes. La única diferencia significativa que encontramos consistió en una mayor probabilidad de llevar a cabo comportamientos de déficit atencional/torpeza por parte de los niños. No existían diferencias significativas tampoco, entre niños y niñas, en relación a la probabilidad de llevar a cabo comportamientos de riesgo. Esto puede ser explicable desde el momento evolutivo en que se encuentran a estas edades y que probablemente aparezcan estas diferencia más tarde; coincide con los resultados de otro estudio que no encontró diferencias significativas entre los niños y las niñas de 6 a 36 meses en el riesgo de sufrir lesiones (Schwebel y Bezausek, 2004), contrariamente a otros estudios que encontraron que los niños eran más propensos a sufrir lesiones que las niñas (Bijur et al., 1988; Camejoy Boza, 2005; Ordoñana, et al., 2008; Mutto et al., 2011).

Por último, hubo diferencias significativas en cuanto al tipo de informante sólo en la escala Estilo Educativo Sobreprotector, que la respuesta del padre fue menor que la de la madre o la de ambos juntos.

En cuanto al tipo de accidentes sufrido, predominaban los golpes y/ o choques, seguidos de caídas al mismo nivel y otras caídas, tanto en la muestra inicial en 2013 como en la muestra de seguimiento en 2014, coincidiendo con los resultados de otros estudios, que señalaban los golpes y las caídas como los tipos de accidentes más frecuentes (Jiménez Morago, 2000; Informe Faros 2008; Programa D.A.D.O., 2011, Da Cuña, 2012, Asociación Española de Pediatría en Atención Primaria-AEPap con Fundación Mapfre, 2014).

En cuanto a la correlación entre los accidentes sufridos en 2013 y los sufridos en 2014, resaltar que es significativa. Según estos resultados, haber sufrido accidentes en alguna ocasión, sería un predictor para sufrirlos en el futuro, coincidiendo con los resultados de otro estudio que encontró que haber sufrido lesiones antes de los 5 años, actuaba como predictor de volver a sufrirlas entre los 5 y los 10 años (Bijur et al 1988).

## 6.2. CONCLUSIONES

Si bien en casi todos los países desarrollados se han realizado numerosos estudios sobre accidentes infantiles, como hemos comprobado en la revisión teórica, contemplando tanto las variables puramente epidemiológicas como las características personales del niño y sus cuidadores, en nuestro país, a pesar de ser un país desarrollado, los estudios sobre accidentes infantiles son escasos y suelen estar incluidos en otros estudios más generales.

Además, aunque no se debería estudiar los accidentes en las edades tempranas de un modo independiente, muchos estudios muestran solo los factores epidemiológicos más relevantes, como los tipos de accidente, o las edades y los lugares en los que se producen, obviando las interrelaciones entre el niño, el medio y sus cuidadores.

El presente estudio está en línea con la tendencia de estudios realizados sobre accidentes infantiles en otros países que hemos revisado, al haber considerado otras variables que las puramente epidemiológicas, como son el temperamento infantil, los comportamientos infantiles de riesgo y error y los estilos educativos de los padres, en niños de 2-4 años.

Los resultados han identificado que tanto los factores temperamentales como los comportamientos de riesgo y de error, se han asociado con los accidentes que han sufrido los niños y por tanto, pueden predecir su ocurrencia.

Concretamente, dentro de las dimensiones temperamentales, la mayor tasa de accidentalidad infantil se ha asociado al aumento de Ira/Frustración y a la disminución de Tristeza, Cambio Atencional y Control Inhibitorio, lo que confirmaría nuestra primera hipótesis. Tanto el aumento de Ira/ Frustración, como la disminución de Tristeza, Cambio Atencional o Control Inhibitorio podrían llegar a predecir la aparición de accidentes infantiles.

Tanto los comportamientos de riesgo como los comportamientos de error se han asociado también con más accidentes sufridos por los niños, lo que confirmaría también nuestra segunda hipótesis. Los comportamientos de riesgo y error también se han asociado entre sí. Los comportamientos de riesgo y error, por tanto, también podrían llegar a actuar como predictores de la accidentalidad infantil.

Por último, el estilo educativo sobreprotector, no se ha asociado con un menor índice de accidentalidad, aunque sí se ha asociado con menor Control Inhibitorio y mayor Actividad por parte de los niños, que a su vez se ha asociado a mayor tasa de accidentalidad, rechazándose nuestra tercera hipótesis.

Estos resultados se podrían incluir en próximas campañas de prevención, junto a las características epidemiológicas infantiles, ya que las características psicosociales son también importantes para este fin, como hemos visto.

Una posible limitación de este estudio puede ser que la muestra de seguimiento sólo sea un año mayor que la muestra inicial, por lo que no se detectaron diferencias más significativas entre ellas. Para futuros estudios, por tanto, se puede considerar una muestra de edades superiores, o la misma muestra que ha participado en la segunda fase en este estudio, unos años más adelante.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Allport, G.W. (1937): Review of Personality: a psychological interpretation. By Hollingworth, H. L. *Psychological Bulletin*, 35(2), 103-107.

American Academy of Pediatrics, The Injury Prevention Program (TIPP): A Guide to Safety Counseling in Office Practice. Elk Grove Village, Ill American Academy of Pediatrics (1994).

Arbós Galdón, J., Rovira Vila, M., Llobera Cánaves, J. y Bonet Mulet, M. (1995). Accidentes infantiles en atención primaria. *Rev. San Hig*, 69(1), 97-103.

Asociación Española de Pediatría en Atención Primaria (AEPap). *Prevención de accidentes infantiles*. Bras Marquillas, J. Rescatado de <http://www.aepap.org/previnfad/previnfad-inicio.htm>

Baker, S. P., O'Neil, B., y Karpf, R. S. (1984). Review by: Alexander C. Wagenaar , Daniel W. Webster . *Journal of Public Health Policy* 6(2), 272-274.

Barton, B.K., y Schwebel, D.C., (2007). The Roles of Age, Gener, Inhibitory Control, and Parental Supervision in Children's Pedestrian Safety. *Journal Pediatric Psychology*, 32(5), 517-526.

Bashour H, y Kharouf M. (2008). Community-based study of unintentional injuries among preschool children in Damascus. *East Mediterr Health J.*, 2, 398-405.

Bates, J.E. (1989). Concepts and measures of temperament, in G.A. Kohnstamm, Bates, J.E. y Rothbarth, M.K. (1989): *Temperament in childhood*,.3-26. Chichester, UK: Wiley

- Baumrind, D. (1971). Current patterns of paternal authority. *Developmental Psychology*, 4, 1-103.
- Baumrind, D. (1989). Rearing competent children. W. In Damon (Ed.) *Child development today and tomorrow*, 349-378.
- Baumrind, D (1991). Parenting styles and adolescent development In J. Brooks-Gunn R. Lerner and A.C. Petersen (Eds.). *The encyclopedia of adolescence*, 746-758.
- Bijttebier, P., Vertommen, H. y Florentie, K. (2003). Risk-Taking behavior as a mediator of the relationship between children's temperament and injury liability. *Psychology and Health* 18 (5), 645-653.
- Bijur, P.E., Holding, J., y Haslum, M. (1988). Behavioral predictors of injury in school-age children. *American Journal of Diseases of Children*, 142, 1307- 1312.
- Block, J. H. (1983). Differential premises arising from differential socialization of the sexes: Some conjectures. *Child Development*, 54, 1335-1354
- Borse, N., y Sleet, D. A. (2009). CDC Childhood Injury Report: Patterns of Unintentional Injuries Among 0-to 19-Year Olds in the United States, 2000–2006. *Family & community health*, 32(2), 189.
- Bradbury, K., Janicke, D. M., Riley, A. W., y Finney, J. W. (1999). Predictors of unintentional injuries to school age children seen in primary care. *Journal of Pediatric Psychology*, 24(5), 423–433.
- Brashaw, A. Lewis, B. y Feldman, W. (1992). Non fatal childhood injuries: a survey at the Children's Hospital of Eastern Ontario. *Canadian Medical Association Journal Children's Hospital of Eastern Ontario*, Ottawa. 146(3),361-5.
- Bravo Mata M. (2001). *Accidentes: los males de la infancia y adolescencia*. Jano. Recuperado de <http://www.external/doyma.es/pdf>

- Brehaut, J.C., Miller, A., Raina, P., y McGrail, K.M. (2003). Childhood behavioral disorders and injuries among children and youth: A population-based study. *Pediatrics*, 111, 262–269.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Brussoni, M., Olsen, L.L., Pike, I. y Sleet, D.A. (2012). Int. J Environ. Risky Play and Children's Safety: Balancing Priorities for Optimal Child Development. *Environ. Res. Public Health* 9,(9), 3134-3148.
- Buss, A. y Plomin, R. (1984). *Temperament: Early developing personality traits*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Buss, A. (1989). Personality as traits. *American Psychologist*, 44, 1378-1388.
- Camejo Lluch R., y Boza Ibarra A.M. (2005). Factores asociados influyentes en la aparición de accidentes en el hogar. *Ilustrados*. Rescatado de <http://www.ilustrados.com/tema/6059/Factores-asociados-influyentes-aparicion-accidentes-hogar.html>
- Carranza, J. y Gonzalez, C. (2003). *Temperamento en la infancia. Aspectos conceptuales básicos*. Ariel Psicología.
- Cataldo, M.F., Finney, J.W., Richman, G.S., Riley, A.W., Hook, R.J., Brophy, C.J., et al. (1992). Behavior of injured and uninjured children and their parents in a simulated hazardous setting. *Journal of Pediatric Psychology*, 17(1), 73-80.
- Cattell, R.B. (1935): Friends and enemies: a psychological study of character and temperament. *Character and Personality*, 3, 54-63.
- Cole, R.E., Koulouglioti, C., Kitzman, H.J., Arcoleo, K.J., y Anson, E, (2005). Supervisión, temperament and childhood injuries. *Medical Center*. 716, 275-0508.

Consumer Eroski, (2010). Parques infantiles. Estudiados 739 aparatos de juegos de 132 áreas de recreo de uso público ubicadas en 18 ciudades españolas. Edita: EROSKI S. Coop. con el patrocinio de Fundación Eroski. • Marzo 2010 - N° 140. Rescatado de [http://revista.consumer.es/web/es/20100401/actualidad/tema\\_de\\_portada/75503.php](http://revista.consumer.es/web/es/20100401/actualidad/tema_de_portada/75503.php)

Consumer Eroski, (2013). Niños pequeños: cómo prevenir accidentes. Autora: Montse Arboix. Rescatado de <http://www.consumer.es/web/es/bebe/ninos/mas-de-4-anos/2012/05/14/209143.php>

Consumer Eroski, (2014). La seguridad de los niños europeos. Autora: Montse Arbóix. Rescatado de <http://www.consumer.es/web/es/salud/prevencion/2014/05/21/219919.php>

Cussi, Y. (2010). Proyecto de investigación. Características de los accidentes domésticos. Estudio a realizarse en el hospital de niños Jesús de Praga durante el año 2010. Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería. Programa de Educación a distancia. Cátedra taller de trabajo final. Rescatado de: [http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/cussi\\_yolanda.pdf](http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/cussi_yolanda.pdf)

Cruz, S., Torres, M. y Maganto, C. (2003). Importancia del estilo cognitivo y el temperamento en el ámbito escolar. *Acción Psicológica*. 2(1), 29-39.

Chess, S. y Thomas, A. (1989). Temperament and its functional significance, in S.I. Greenspan and G.H. Pollock (eds.), *The course of life*, 2, 163-227.

Childproofing and Preventing Household Accidents kikshealth (2010). *Kikshealth*. Recuperado de. [www.kidshealth.org](http://www.kidshealth.org). Revisado por: Gavin, M.L.

- Da Cuña Vicente, R. (2012). *Accidentes en niños asistidos por el Servicio de emergencias sanitarias de Castilla y León. Epidemiología y análisis cronobiológico de 10.933 casos*. Tesis doctoral. Valladolid.
- Damashek, A.L., Williams, N.A., Sher, K.J., Peterson, L., Lewis, T. y Schweinle, W. (2005). Risk for Minor Childhood Injury: An Investigation of Maternal and Child Factors. *J Pediatr Psychol.* 30( 6),469-80.
- Dandona R, Kumar G.A., Ameratunga S, y Dandona L. (2011). Road use pattern and risk factors for non-fatal road traffic injuries among children in urban India. *Injury* 42(1),97-103
- Dean, I. Manheimer, G. y Mellinger, D. (1967). Personality characteristics of the child accident repeater. *Child Development*, 38(2), 491-513.
- Decálogo AEPap de la Prevención de accidentes. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, Fundación Mapfre, Previnfad, Famiped, *Familia y Salud*, (2014).
- Delicado Useros, M.V.; y Alfaro Espín, A. (1990). Accidentes infantiles. Alcances del problema y consideraciones epidemiológicas. *Revista de Enfermería* ; 1 , 7-26
- DiScala, C., Lescohier, I., Barthel, M., y Guhoua, L. (1998). Injuries to children with attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 102, 1415–1421.
- Dudani, A., Macpherson, A., y Tamim, H.J. (2010). Childhood behavior problems and unintentional injury: a longitudinal, population-based study; *J Dev Behav Pediatr.* 31(4):276-85.
- Educa y disfruta. Portal de ayuda para padres. S.O.S. *Accidentes Domésticos Infantiles*. Rescatado de <http://www.educaydisfruta.com/magazine/emergencias/accidentes-domesticos-infantiles/>

- Esparza Olcina, M.J. y Grupo PrevInfad/PAPPS. Prevención de lesiones infantiles por accidente doméstico. Recomendaciones. (2011). Rescatado de [www.aepap.org/previnfad/accidentes\\_domesticos.htm](http://www.aepap.org/previnfad/accidentes_domesticos.htm).
- Estrada Ballesteros, C., Esteban Escobar, C., García Rubio, P, y Lorente Castro, B. Guía para la prevención de accidentes en centros escolares. Editorial: Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Comunidad de Madrid, 2008. Rescatado de [http://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos\\_ficha.aspx?id=2123](http://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=2123).
- European Child Safety Alliance. Child Safety Report Card 2012. Rescatado de: [http://www.childsafetyeurope.org/publications/info/childsafety\\_report-cards-europe-summary-2012.pdf](http://www.childsafetyeurope.org/publications/info/childsafety_report-cards-europe-summary-2012.pdf)
- Eysenck, H.J. (1990). Genetic and environmental contributions to individual differences: the three major dimensions of personality. *Journal of Personality*, 58, 245-261.
- Falcón Aliaga, M., y Miranda Martínez, M.A. (2013). *Seguridad en centros infantiles de 0 a 3 años*. Editorial Aenor. Madrid. 2013.
- Familia y Salud. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Rescatado de: <http://www.familiaysalud.es/>
- Faros. Observatorio de Salud de la infancia y la adolescencia. Lesiones no intencionadas en la infancia y adolescencia. Rompiendo el tópico de la mala suerte. Suelves, J.M. , Esplugues de Llobregat. Rescatado de [http://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/285.1-Informe\\_Faros\\_2\\_Cast.pdf](http://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/285.1-Informe_Faros_2_Cast.pdf)
- Farmer, J.E. y Peterson, L. 1995. Pediatric traumatic brain injury. Promoting successful school reentry. *Psychology Review*. 24(2), 230-243.
- Fierro Urturi, A., Vázquez Fernández, M.E., Muñoz Moreno, M.F., Alfaro González, M., Rodríguez Molinero, L., y García Gutiérrez, P. (2013). Grupo para la Salud de la AEPap. Lesiones no intencionales. Factores

de riesgo en seguridad vial y actividades acuáticas en adolescentes de 13 a 18 años. *Rev. Pediatr Aten Primaria*, 15(60),315-28.

Fundación Mapfre. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. (2010). Estudio sobre accidentes infantiles atendidos en los centros de salud. Rescatado de: [http://www.fundacionmapfre.org/fundacion/es\\_es/prevencion-salud-medio-ambiente/publicaciones-y-estudios/estudios/prevencion/accidentes-infantiles.jsp](http://www.fundacionmapfre.org/fundacion/es_es/prevencion-salud-medio-ambiente/publicaciones-y-estudios/estudios/prevencion/accidentes-infantiles.jsp)

Fundación Mapfre (2014). Accidentes en la población infantil española. Grupo de trabajo: Del Castillo Aguas, G. (AEPap), Esparza Olcina, M.J. (PrevInfad), Martínez Rubio, A. (PrevInfad), Domínguez Auricoechea, B. (AEPap y FAPap). Rescatado de [https://www.aepap.org/sites/default/files/grupo\\_0.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/grupo_0.pdf)

Gagné, M., y Hamel D. (2009). Deprivation and unintentional injury hospitalization in Quebec children. *Chronic Dis Can.*29(2),56-69.

García-Coll, C.T., Kagan, J. y Reznick, J.s.(1984). Behavioral inhibition in young children. *Child Development*, 55, 1005-1019.

Gärling, A., y Gärling, T. (1993) Mothers' supervision and perception of young children's risk of unintentional injury in the home. *Journal of Pediatric Psychology*. 18(1):105-14.

Gärling, A.. y Gärling, T. (1995). Mother´s anticipation and prevention of young children´s risk of unintentional injury to young children in the home. *Journal of Pediatric Psychology*, 20,23-36.

Garzon, D.L. (2005). Contributing factors to preschool unintentional injury. *J.Pediatr. Nurs.* (6) 441-7.

Garzon, D.L., Huang, H., y Todd, R.D. (2008). Do attention deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder influence preschool unintentional injury risk? *Arch Psychiatr Nurs*; Oct; 22 (5): 288-96.

- Gelfman, M.G., Ledesma, J., Hauier, F., Volonte, P., Orbe, G., y Fiorentino, J. (2005). Trauma por caída de altura en pediatría. *Arch Argent Pediatr*;103 (5):414-9.
- Göte, N. (1987). Temperamento infantil, accidentes infantiles y hospitalización, *Clinical Pediatrics*, 26, (8), 398-404.
- Guía Infantil.com. Cómo evitar los accidentes con niños y bebés. Consejos para la prevención de accidentes. Rescatado de [www.GuiaInfantil.com/accidentes/evitar.htm](http://www.GuiaInfantil.com/accidentes/evitar.htm).
- Guía Infantil.com. Prevención de accidentes en el hogar. Cómo prevenir los accidentes domésticos. Rescatado de [www.GuiaInfantil.com/accidentes/hogar.htm](http://www.GuiaInfantil.com/accidentes/hogar.htm).
- Guía Infantil.com. Una casa segura para los niños. Más de la mitad de los accidentes ocurren en el hogar. Rescatado de [www.GuiaInfantil.com/65/una-casa-segura-para-los-niños.html](http://www.GuiaInfantil.com/65/una-casa-segura-para-los-niños.html).
- Gutiérrez García, J.J., Navarro Alonso, J.A., Bueno Gutiérrez, M.T., Fernández Sáez, ML., García Piqueras, S., López Rojo, C., et al., *Guía Metodológica para la Promoción de la Seguridad y la Prevención de Accidentes en el Medio Escolar*, (1998). Dirección y Coordinación: Gutiérrez García, J.J., Navarro Alonso, J.A. Rescatado de [www.murciasalud.es/recursos/ficheros/2164-parte1.pdf](http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/2164-parte1.pdf).
- Hernández López, C., y Aquilino Pérez, L.L. (2007) Conocimiento de Prevención de accidentes en niños de 1 a 5 años.: Policlínico Yaguajay. Año 2004. *Rev Cubana Enfermer* [online]. 23, (2). Rescatado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192007000200006&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000200006&lng=es&nrm=iso).
- Hillier, L.M.,y Morrongiello, B.A. (1998). Age and gender differences in school age children's appraisals of injury risk. *Journal of Pediatric Psychology*, 23,229-238.

- Hinde, R.A. (1989). Temperament as an intervening variable, en Kohnstamm, GA, Bates, J.E., and Rothbart, M.K. (eds.), *Temperament in childhood*, 27-33.
- Hu, G., y Baker, S.P. (2009). Trends in unintentional injury deaths U.S., 1999-2005: Age, gender and racial/ethnic differences. *Am J. Prev.Med.* 37: 188-194.
- Ingram, F. y Emond, A., (2009). Parent´s perceptions of home injury risk and attitudes to supervisión of pre-school children: a qualitative study in economically deprived communities. Centre for Child and Adolescent Health, University of Bristol, Bristol, U.K. *Primary Health Care Research & Development* 10, 98-108.
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de morbilidad hospitalaria. Rescatado de: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p414&file=inebase&L=0>
- Irizarry Rojo, G.M., Piqueras Hidalgo, J.L., Reid Garmendia, R.C., Arias Hernández, G., y Clemente Fernández, R. (2005). Epidemiología de los accidentes en niños que acuden al Hospital Pediátrico “Mártires de las Tunas”. Rescatado de [www.ilustrados.com/tema/9130/Epidemiologia-accidentes-ninos-acuden-Hospital-Pediatrico.html](http://www.ilustrados.com/tema/9130/Epidemiologia-accidentes-ninos-acuden-Hospital-Pediatrico.html)
- Jagnoor, J., Bassani, D.G., Keay, L., Ivers, R.Q. Thakur, J.S., Gururaj, G., y Jha, P. (2011): Million death study collaborators: unintentional injury deaths among children younger than 5 years of age in India: a nationally representative study. *Inj Prev*, 17(3):151–155.
- Jaquess, D.L. y Finney, J.W. (1994). Previous injuries and behavior problems predict children´s injuries. *Journal of Pediatric Psychology*, 19, 79-89.
- Jiménez Morago, J. *Prevención de riesgos domésticos y accidentes infantiles*. Curso Hispano-Luso de Prevención de las Deficiencias. Huelva, 2000.

- Jordan, JR, (1998). Accidentes. Educación para la salud. Minsap. Rescatado de: <http://scielo.sld.cu/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S0864-0319200700020000600012&lng=pt&pid=S0864-03192007000200006>.
- Kagan, J. (1989). *Unstable ideas: Temperament, cognition, and self*. Cambridge, M.A, Harvard University Press.
- Kagan, J., Reznick, J.S., Clarke, C., Snidman, N. y García Coll, C.G. (1984); Behavioral inhibition to the unfamiliar. *Child Development*, 55, 2212-2225.
- Kagan, J., Reznick, J.S., Snidman, N., Gibbons, J. y Johnson, M.O. (1988). Childhood derivatives of inhibition and lack to inhibition to the unfamiliar. *Child Development*, 59, 1580-1589.
- Koulouglioti, C., Cole, R., y Kitzman, H.. (2008). Inadequate sleep and unintentional injuries in young children. *Public Health Nurs.* 25(2):106-14.
- Laursen, B., y Nielsen, J.W., (2008). Influence of sociodemographic factors on the risk of unintentional childhood home injuries. *Eur J Public Health.* (4):366-70.
- Lasenby-Lessard, J., Morrongiello, B.A. y Barrie, D. (2013). The impact of Accumulated Experience on Children's Appraisals of Risk and Taking Decisions: Implication for Youth Injury Prevention. *Health Psychology*, (32), 4, 370-378.
- Lerner, J.V. y Lerner, R.M (1994). Explorations of the goodness of fit model in early adolescence, en W.B. Carey and S.C. McDevitt (eds.) Prevention and early intervention: Individual differences as risk factors for the mental health of children. A Festschrift for Stella Chess and Alexander Thomas 161-169.

- Maccoby, E. y Martin, J.A. (1983). Socialization in the context of the family: parent-child interaction. In P. H. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology*, 4, 1-101.
- Manacux, M., y Romer, C.. Accidents in childhood and adolescence. The Role of reseach. Geneva: World Health Organization, WHO, (2001).
- Manheimer, D.I., Mellinger, G.D.,y Dewey, J. (1966). *Methodology of the study of the epidemiology of childhood accidents*. Multilithed, Berkeley: California State Department of Public Health.
- Marset Campos, P. (coordinador). (2008) *Médicos murcianos de la escuela histológica española*. Editum scientia. Universidad de Murcia.
- Martínez, M.A., Miranda, M., y Falcón Aliaga, M. *Seguridad en centros infantiles de 0 a 3 años*, (2013). Ed. Aenor.
- Matheny, A.P., (1987a). Developmental Research of Twin's Temperament. *Acta geneticae medicae et gemellologiae: twin research*. 36, 135-143.
- Matheny, A. P. (1987b). Psychological characteristics of childhood accidents. *Journal of Social Issues*, 43, 45–60
- Matheny, A.P., (1988). Accidental injuries. In D. K. Routh (E.d.), *Handbook of pediatric psychology*, 108-134.
- Matheny, A.P. (1989). Temperament and cognition: Relations between Temperament and Mental Test Scores, in Kohnstamm, J. Bates and M.K. Rothbart, (Eds.), *Temperament in childhood*, 263-282.
- Matheny, A.P. Jr (1991). Play assessment of infant temperament. En Schaefer, Ch.,E., Girlin K., y Saugrund, A. (Eds.), *Play diagnosis and assessment*, 39-64.
- Mervielde, I., y De Fruyt, F. (1999). Construction of the Hierarchical Personality Inventory for Children (HiPIC). In I. Mervielde, I. Deary, F. De Fruyt, y F. Ostendorf (Eds.), *Personality psychology in Europe*.

Proceedings of the Eight European Conference on personality psychology, 107–127.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud (2003). Rescatado de [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/ENSE2003\\_S N.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/ENSE2003_S N.pdf)

Ministerio de Sanidad y Consumo. Campaña de prevención de accidentes infantiles (2007). Rescatado de <http://www.msc.es/campannas/campanas07/seguridadInfantil2.htm>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud (2011-2012). Rescatado de: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/ encuesta2011.htm>

Minda Almagor, A.C., (2011). Factores infuyentes asociados en la aparición de accidentes domésticos en niñas y niños menores de 5 años, atendidos en el servicio de emergencia del hospital San Vicente de Paúl, de la ciudad de Ibarra en el periodo noviembre 2010 a julio 2011. Universidad técnica del norte. Facultad Ciencias de la Salud. Carrera de Enfermería.

Miller, D.C., y Byrnes, J.P. The role of contextual factors and personal factors in children's risk taking. *Developmental Psychology* 33: 814-823.

Morrongiello, B.A., Corbett, M., Lasenby, J., Johnston, N., y McCourt, M. (2006). Factors influencing young children's risk of unintentional injury: Parenting style and strategies for teaching about home safety. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 27(6), 560-570.

Morrongiello, B.A., Corbett, M., McCourt, M. y Johnston, N., (2006b). Understanding Unintentional Injury-Risk in Young Children I. The Nature and Scope of Caregiver Supervision of Children at Home. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(6), 529-539.

- Morrongiello, B.A., y Dawbes, T. (1998). Toddlers' and mothers' behaviors in an injury-risk situation: Implications for sex differences in childhood injuries. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 19, 625–639.
- Morrongiello, B.A., Klemencic, N., y Corbett, M. (2008). Interactions between child behavior patterns and parent supervision: implications for children's risk of unintentional injury. *Child Development*. 79, (3), 627-38.
- Morrongiello, B.A. y Lasenby-Lessard, J. (2007). Psychological determinants of risk taking by children: an integrative model and implications for interventions *Inj Prev*.13(1): 20–25.
- Morrongiello, B.A. y Matheis, S., (2007). Understanding children's injury-risk behaviors: The independent contributions of cognitions and emotions. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 926-937.
- Morrongiello, B.A., Midgett, C., y Stanton, K., (2000). Gender Biases in Children's Appraisals of Injury Risk and Other Children's Risk-Taking Behaviors. *Journal of Experimental Child Psychology* 77, 317-336.
- Morrongiello, B.A., Midgett, C., y Shields, R. (2001). Don't run with scissors: Young children's Know-lwdge of home safety rules. *Journal of Pediatric Psychology*, 26, 105-115.
- Morrongiello, B.A., Ondejko, L., y Littlejohn, A. (2004). Understanding Toddler's In-Home Injuries: I. Context, Correlates, and Determinants. *Journal of Pediatric Pschology*, 29(6), 415-431.
- Morrongiello, B.A., Sandomierski, M., y Valla, J., (2010). Early identification of children at risk of unintentional injury: a sensation seeking scale for children 2-5 years of age. *Accident Analisis and Prevention*.; 42(4): 1332-1337.
- Morrongiello, B.A. y Sedore, L. (2005). The influence of child attributes and social-situational context on school-age children's risk taking behaviors

that can lead to injury. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 26, 347-361.

Morrongiello, B.A., Walpole, B., y McArthur, B.A. (2009). Brief report: Young children's risk of unintentional injury: a comparison of mothers' and fathers' supervision beliefs and reported practices. *Journal of Pediatric Psychology* ;34 (10):1063-8.

Morrongiello, B.A., Widdifield, R., Munroe, K., y Zdzieborski, D. (2014). Parents teaching young children home safety rules: Implications for childhood injury risk. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 35, 254-261.

Morrongiello, B.A., Zdzieborski, D., y Normand, J., (2010). Understanding gender differences in children's risk taking and injury: a comparison on mothers' and fathers' reactions to sons and daughters misbehaving in ways that lead to injury. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 31, 322-329.

Morrongiello, B.A., Zdzieborki, D., Sandomierski, M., y Munroe, K. (2013). Results of a randomized controlled trial assessing the efficacy of the supervising practices. *Accident Analysis and Prevention* 50, 587-595.

Mutto, M., Lawoko, S., Nansamba, C., Ovuga, E., y Svanstrom, L., (2011). Unintentional childhood odds, and outcomes in Kampala City: an analysis of surveillance data from the National Pediatric Emergency Unit. injury patterns, *J Inj Violence Res.* 3(1):13-8.

Mytton, J., Towner, E., Brussoni, M., Gray, S. (2009). Unintentional injuries in school-aged children and adolescents: lessons from a systematic review of cohort studies. *Inj Prev*; 15:111-124.

NCSDR, Centro Nacional de Desórdenes del Sueño. Son propensos a accidentes los menores que duermen poco. Cimac Washington 29-01-2013. Rescatado de <http://www.cimacnoticias.com.mx/node/27885>

- National Safety Council, 2001. *Injury facts: 2001 edition*. Chicago. Recuperado de [www.nsc.org](http://www.nsc.org).
- Nyman, G. (1987). Infant temperament, childhoods accidents, and hospitalization . *Clinical Pediatrics*, 26, 398-404.
- O'Neal, E.E., y Plumert, J.M., (2014). Mother-Child Conversations About Safety: Implications form Socializing Safety Values in Children. *Journal Pediatric Psychology* 39(4).
- Ordoñana, J.R., Caspi, A., y Moffit, T.E. (2008). Unintentional injuries in a twin study of preschool children: Environmental, not genetic, risk factors. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(2), 185-194.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2002), en European child safety Alliance. (2004). Prioridades para La Seguridad Infantil en la Unión Europea, plan de Acción. Editado en Ámsterdam. Rescatado de [www.msssi.gob.es/en/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/seguridadInfantilUE.pdf](http://www.msssi.gob.es/en/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/seguridadInfantilUE.pdf).
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2003). Informe sobre la salud en el Mundo 2003: Forjemos el futuro, en Portal Salud de la Comunidad de Madrid. Autores principales Beaglehole, R. ,Alec Irwin, A. y Prentice, T.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2005). Accidents and injuries. Children's environmental health. Rescatado de: <http://www.who.int/ceh/risks/cehinjuries2/en/index.html>
- Pearce, A., Li, L., Abbas, J., Ferguson, B., Graham, H., y Law, C. (2010). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64, 161-6.
- Pediatricblog ¿Qué se intenta decir cuando a un niño se le etiqueta de ser un “pupas”? Castells, P. y Sancho, J.M. 2011/2014. Rescatado de [www.pediatricblog.es](http://www.pediatricblog.es)

- Peterson, L. y Mori, L. (1985). Prevention of child injury: An overview of targets, methods and tactics for psychologist. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(5), 586-95.
- Plumert, J.M., y Schwebel, D.C. (1997). Social and temperamental influences on children's overestimation of their physical abilities. *Journal of Experimental Child Psychology*, 67, 317-337.
- Plumert, J.M., Kearney, J.K. y Cerner, J.F, (2007). Children road crossing: A window into perceptual motor development. *Current directions in Psychological Science*, 16, 255-258.
- Potts, R., Doppler, M., y Hernandez, M. (1994). Effects of television content on physical risk-taking in children. *Journal of Experimental Child Psychology*, 58, 321-331.
- Potts, R., Martinez, I. G., y Dedmon, A. (1995). Childhood injury and risk-taking: Self-report and informant measures. *Journal of Pediatric Psychology*, 20, 5-12.
- Potts, R., Martinez, I.G., Dedmon, A., Schwarz, L., DiLillo, D., and Swisher, L. (1997). Brief Report: Cross-Validation of the Injury Behavior Checklist in a School-Age Sample. *Journal of Pediatric Psychology*. 22(4), 533-540.
- Pozo Serrano, I., Martínez del Campo, P., Guijarro Martínez, T. (2002). Figura del cuidador en los accidentes infantiles. Enfermeras de Atención Primaria. Gerencia de Atención Primaria. Murcia. Comunicación presentada en las IV Jornadas de Enfermería de Atención Primaria en la Región de Murcia. Junio de 2002. Recuperado de [www.digitum.um.es](http://www.digitum.um.es)
- Precauciones a prueba de niños para prevenir accidentes caseros. (Childproofing and Preventing Household Accidents) Childproof Revisado por Gavin, M.L., (2010) Rescatado de <http://familydoctor.org/familydoctor/en/kids/home-safety/childproofing-and-preventing-household-accidents.html>.

PrevInfad Grupo de trabajo AEPap / PAPPS semFYC. Prevención de accidentes infantiles por accidente doméstico. Recomendaciones

Previnfad. Esparza Olcina, M.J., (2011). Rescatado de [www.aepap.org/previnfad/accidentes\\_domésticos](http://www.aepap.org/previnfad/accidentes_domésticos).

Programa de prevención de lesiones: Red de Detección de accidentes domésticos y de ocio (D.A.D.O). Resultados: 2007. Instituto Nacional de Consumo, Madrid, 2008. Rescatado de <http://www.msssi.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/InformeResumenDado2007.pdf>

Programa de prevención de lesiones: Red de Detección de accidentes domésticos y de ocio (D.A.D.O.). Resultados: 2011. Instituto Nacional del Consumo. Ministerio Sanidad, Política Social e igualdad. Gobierno de España. Rescatado de [http://consumo-inc.gob.es/publicac/textos/informe\\_DADO-2011-2012.pdf](http://consumo-inc.gob.es/publicac/textos/informe_DADO-2011-2012.pdf).

RAE. Real Academia Española. Rescatado de <http://lema.rae.es/drae/srv/search?id=3EETCGquGDXX2nI8gwdT>

Ramírez, M.A., (2005). Padres y desarrollo de los hijos: Prácticas de crianza. *Estudios Pedagógicos XXXI, (2): 167-177.*

Recomendaciones PrevInfad / PAPPS sobre actividades preventivas y de promoción de la salud en la infancia y la adolescencia. Rescatado de: <http://www.aepap.org/previnfad/prevrecom.htm>

Reed, M.A., Pien, D.P. y Rothbart, M.K. (1984), Inhibitory self-control in preschool children. *Merrill-Palmer Quarterly, 30,131-147.*

Reimers, A, y Laflamme, L., (2005). Neighbourhood social and socio-economic composition and injury risks. *Acta Paediatrica 94(10):1488-94.*

- Rivara, F. P., Calonge, N., y Thompson, R. S. (1989). Population-based study of unintentional injury incidence and impact during childhood. *American Journal of Public Health, 79*, 990–994
- Rivara, F.P. (1995). Developmental and Behavioral Issues in Childhood Injury Prevention. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 16*
- Romero, P.P. (2007). Accidentes en la infancia: Su prevención, tarea prioritaria en este milenio. *Revista chilena de pediatría. 78*, 57-73.
- Rosen, B.N., y Peterson, L. (1990). Gender differences in children's outdoor play injuries: A review and an integration. *Clinical Psychology Review, 10*, 187-205.
- Rossier, J., Quartier, V., Enescu, R., y Iselin, A. (2007). Validation of the French Version of the Hierarchical Personality Inventory for Children (HiPIC). *European Journal of Psychological Assessment, 23(2)*, 125-132.
- Rothbart, M. K. (1989). Temperament and development. In G. Kohnstamm, J. Bates, y M. K. Rothbart (Eds.), *Temperament in childhood 187-248*. Chichester, UK: Wiley.
- Rothbart, M.K y Ahadi, S.A. (1994) Temperament and the development of personality, *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 55-66.
- Rothbart, M.K. y Derryberry, D. (1981). Development of individual differences in temperament, en M.e. Lamb and A.L. Bown (eds.), *Advances in Developmental Psychology, 1*, 37-86.
- Rothbart, M.K. y Posner, M.I. (1985). Temperament and the development of self-regulation, en L.C. Hatlage and C.F. Telzrow(eds.). *The neuropsychology of individual differences: A developmental perspective. 93-123*. Springer

- Rowe, R., y Maughan, B. (2009) The role of risk-taking and errors in children's liability to unintentional injury. *Accident Analysis and Prevention* 41, 670-675.
- Rutter, M. (1989). Temperament: conceptual issues and clinical implications. En: Kohnstamm GA, Bates JE, Rothbart MK, eds. *Temperament in Childhood*. Chichester, UK: Wiley
- Sánchez, M.C., y Malmierca, F. (2004). Prevención de accidentes infantiles. *An Pediatr Contin.* 2:307-12.
- Sandseter, E.B.H. (2009). Characteristics of risky play. *Journal of Adventure Education and Outdoor Learning*, 9 (1), 3-21.
- Schwebel, D.C., y Plumert, J.M. (1999). Longitudinal and concurrent relations among temperament, ability estimation, and injury proneness. *Child Development*, 70(3), 700–712.
- Schwebel, D.C., Speltz, M.L., Jones, K., y Bardina, P. (2002). Unintentional injury in preschool boys with and without early onset of disruptive disorder. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(8), 727–737.
- Schwebel, D.C. y Bounds, M.L. (2003) The role of parents and temperament on children's estimation of physical ability. *Journal of Pediatric Psychology*, 28, 505-516.
- Schwebel, D.C., Brezaussek, C.M., Ramey, S.L., y Ramey, C.T. (2003). Interactions Between Child Behavior Patterns and Parenting: Implications for Children's Unintentional Injury Risk. *Journal of Pediatric Psychology*. 29, 93-104.
- Schwebel, D.C. (2004). The role of impulsivity in Children's Estimation of Physical Ability: Implications for Children's Unintentional Injury Risk. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74(4), 584-588.
- Schwebel, D.C., y Barton, B. (2005). Contributions of multiple risk factors to child injury. *Journal of Pediatric Psychology*, 30, 553-561.

- Schwebel, D.C., y Gaines, J. (2007). Pediatric unintentional injury: behavioral risk factors and implications for prevention. *J Dev Behav Pediatr.* 28(3):245-54.
- Shannon, A., Brashaw, B., Lewis, J., y Feldman, W. (1992). Nonfatal childhood injuries: A survey at the Children's Hospital of eastern Ontario. *Canadian Medical Association Journal*, 146, 361–365.
- Shi, H., Yang, X., Huang, C., Zhou, Z., Zhou, Q., y Chu, M. (2011). Status and risk factors of unintentional injuries among Chinese undergraduates: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 11:531
- Simpson, J.C., Turnbull, B.L., Ardagh, M., y Richardson, S. (2009). Child home injury prevention: understanding the context of unintentional injuries to preschool children. *Int J Inj Contr Saf Promot.*; 16(3):159-67.
- Smithson, J., Garside, R., y Pearson, M. (2011). Barriers to, and facilitators of, the prevention of unintentional injury in children in the home: a systematic review and synthesis of qualitative research. *Injury Prevention*, 17(2), 119-126.
- Soori, H., y Bhopal, R.S., (2002). Paternal permission for children's independent outdoor activities. Implications for injury prevention. *European Journal of Public Health*; 12: 104-109.
- Strelau, J. (1987) The concept of temperament in personality research. *European Journal of Personality*, 1, 107-117.
- Strelau, J. (1998) *Temperament. A psychological perspective*. New York, Plenum Press.
- UNICEF, Comité Español, *Informe anual de 2006*. Rescatado de [www.unicef.es/files/Infand2006pdf](http://www.unicef.es/files/Infand2006pdf).
- Vollrath, M. y Landolt, M.A.. (2005). Personality Predicts Quality of Life in Pediatric Patients with Unintentional Injuries: A 1-Year Follow-up Study.

University of Oslo and University Children's Hospital, *Journal of Pediatric Psychology* 30 (6): 481-491.

Vollrath, M., Landolt, M.A. y Ribí, K. (2003). Personality of children with accident-related injuries. *European Journal of Personality*. 17, 299–307.

Wachs, T.D., y Kohnstamm, G.A. (2001). The bi-directional nature of temperament-context links, en T.D. Wachs and G.A. Kohnstamm (eds.), *Temperament in context*, 43-60, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.

Wazana, A. (1997). Are there injury-prone children? A critical review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 602–610.

Whitley, E., Batty, G. D., Gale, C. R., Deary, I.J., Tynelius, P., y Rasmussen, F. (2010). Intelligence in Early Adulthood and Subsequent Risk of Assault: Cohort Study of 1,120,998 Swedish Men. *Psychosomatic Medicine*, 72(4), 390-396.

World Health Organization 2001. *Violence and injury prevention*, (2001). Rescatado de: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/main.%20cfm?%20p=00000166/htm](http://www.who.int/violence_injury_prevention/main.%20cfm?%20p=00000166/htm)

World Health Organization, (2008). *European Report of Child Injury Prevention*. Rescatado de: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/child/injury/world\\_report/European\\_report.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/European_report.pdf)

World Health Organization, (2013). *Global status report on road safety 2013: supporting a decade of action Geneva*. Rescatado de: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/road\\_safety\\_status/2013/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2013/en/).

Zia, N., Khan, U.R., Razzak, J.A., Puvanachandra, P., y Hyder, A.A. (2012). Understanding unintentional childhood home injuries: pilot surveillance data from Karachi. Pakistan. *BMC Res Notes*, 5:37.

Zayas Mujica, R., Cabrera Cárdenas, U., y Simón Cayón, D. (2007). ¿Accidentes infantiles o lesiones no intencionales? *Revista Cubana de Pediatría* (on line), 79(1). Rescatado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312007000100009&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312007000100009&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1561-3119

# **ANEXOS**



## Anexo 1. Carta a los directores de los centros.



UNIVERSIDAD DE  
MURCIA

Facultad de  
Psicología

Murcia, 9 de Diciembre de 2012

Sr/a Director/a

Los accidentes infantiles son una importante causa de lesiones de diversa gravedad en nuestro medio y, por tanto, constituyen un motivo de preocupación para los sistemas educativo y sanitario de la Región. Muchos de estos accidentes son evitables y su prevención es una prioridad entre las políticas de salud dirigidas a la población infanto-juvenil.

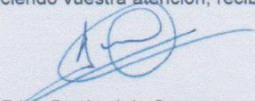
En esta línea preventiva, el Grupo de Investigación en Psicología Evolutiva de la Universidad de Murcia (GIPSE), ha diseñado un estudio sobre **prevención de accidentes infantiles** con el objeto de analizar la influencia del medio, así como las pautas de comportamiento, tanto de los niños como de su entorno familiar y escolar, que se relacionan con los accidentes y facilitan su prevención, en estas edades.

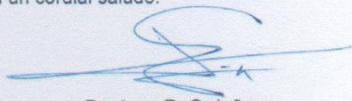
Nos dirigimos a usted para informarle de que su centro educativo ha sido seleccionado inicialmente para participar en esta investigación, que se iniciará en el tercer curso de primer ciclo de Educación Infantil.

La Consejería de Educación, Formación y Empleo, ha tenido conocimiento de esta iniciativa y respalda y apoya su desarrollo en los centros educativos de la Región.

Agradecemos de antemano la colaboración de la comunidad educativa del centro para llevar adelante este proyecto que, sin duda, contribuirá a mejorar la salud de los escolares de la Región.

Agradeciendo vuestra atención, recibid un cordial saludo.

  
Fdo.: Dr. José A. Carranza  
Dpto. de Psicología  
Evolutiva y de la Educación

  
Dr. Juan R. Ordoñana  
Dpto. de Psicobiología

Campus Universitario de Espinardo - 30100 Murcia  
T. + 34 868 884 097 - F. +34 868 884 111 - E-mail: facpsi@um.es - www.um.es/facpsi

## Anexo 2. Carta a los padres



UNIVERSIDAD DE  
MURCIA

Facultad de  
Psicología

Murcia, 9 de Diciembre de 2012

Queridos padres:

El Grupo de Investigación en Psicología Evolutiva de la Universidad de Murcia (GIPSE) viene estudiando desde hace ya algunos años el desarrollo de niños de diferentes edades. Gran cantidad de familias de diversos puntos de la región murciana, así como centros educativos y de salud, participan en las investigaciones que realizamos.

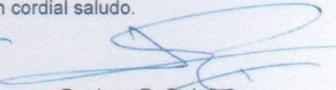
Con esta carta queremos invitaros a uniros a las familias que ya están colaborando con nosotros. Con el apoyo de la Consejería de Educación y de los Servicios Municipales de Salud de Murcia, estamos diseñando un estudio sobre **prevención de accidentes infantiles** con el objeto de analizar la influencia del medio, así como las pautas de comportamiento, tanto de los niños como de su entorno familiar, que se relacionan con los accidentes y facilitan su prevención, en estas edades. Este proyecto se inicia con una primera fase de recogida de datos y elaboración de mapa de riesgos para, posteriormente, elaborar una estrategia de intervención adaptada a las circunstancias y características de los niños de estas edades.

Para el desarrollo de nuestra investigación necesitamos la colaboración de padres de niños y niñas de 2 a 3 años, del tercer curso de primer ciclo de Educación Infantil. **Vuestra participación consistirá en completar los cuestionarios que los tutores os harán llegar a través de vuestros hijos.** Por supuesto que podréis consultarnos cualquier duda que os surja a partir de la elaboración de dichos cuestionarios, y contar con nuestra experiencia de muchos años estudiando el desarrollo infantil para asesoraros en cualquier cuestión de la vida cotidiana de vuestros hijos.

Nuestros teléfonos de contacto son: Dr. José Antonio Carranza: ; y Amparo Valero Gómez, .

Agradeciendo vuestra atención, recibid un cordial saludo.

  
Fdo.: Dr. José A. Carranza  
Dpto. de Psicología  
Evolutiva y de la Educación

  
Dr. Juan R. Ordoñana  
Dpto. de Psicobiología

.....:cortar por la línea de puntos:.....

Yo, padre/madre del niño/a.....estoy de acuerdo en participar en este programa.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Campus Universitario de Espinardo - 30100 Murcia  
T. +34 868 884 097 - F. +34 868 884 111 - E-mail: facpsi@um.es - www.um.es/facpsi

## Anexo 3. Cuestionario Accidentes Infantiles (CAI).



UNIVERSIDAD DE  
MURCIA

Facultad de  
Psicología

### CUESTIONARIO DE ACCIDENTES INFANTILES

NOMBRE:  
SEXO:  
FECHA DE NACIMIENTO:

#### INSTRUCCIONES

Todos los niños y niñas, en algún momento, han recibido golpes, han tenido caídas, etc... El objetivo de esta iniciativa es poder analizar cuál es el origen y qué factores (del niño/a o de su entorno) inciden en la frecuencia de accidentes infantiles. Para ello necesitamos recoger información sobre cómo y cuándo se producen.

Con las siguientes preguntas queremos pedirle un pequeño esfuerzo. Esperamos que sean los menos posibles, pero nos gustaría que tratara de recordar qué accidentes o lesiones ha tenido su hijo o hija durante los últimos 6 meses.

Entendemos por accidente todo *suceso fortuito (golpes, cortes, caídas,...) que, como resultado, haya producido, al menos, alguna marca visible (herida, raspadura, cardenal, chichón, enrojecimiento, etc.) que durara una hora o más.*

A continuación hay una serie de situaciones comunes y nos gustaría que nos dijera si su hijo/a ha sufrido alguna lesión del tipo mencionado y cuántas veces, **durante los últimos 6 meses.**

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

	NUNCA	UNA VEZ	DOS VECES	TRES O MÁS VECES
Golpes, choques	0	1	2	3
Asfixia, ahogo, atragantamiento	0	1	2	3
Atropello	0	1	2	3
Efectos térmicos (quemaduras por líquidos calientes, vapor, fuego, llamas)	0	1	2	3
Cuerpo extraño en orificio natural (ojos, nariz, boca, oídos)	0	1	2	3
Intoxicación	0	1	2	3
Cortes o pinchazos	0	1	2	3
Efecto de productos químicos/ tóxicos	0	1	2	3
Efectos de la electricidad	0	1	2	3
Caídas de objeto en movimiento (bicicleta, patinete...)	0	1	2	3
Caída en el mismo nivel por tropiezo	0	1	2	3
Caer/ saltar de altura menor (inferior a 1 metro)	0	1	2	3
Caer/saltar de altura mayor (superior 1 metro)	0	1	2	3
Otras caídas (tropiezos alfombra,...)	0	1	2	3
Otros accidentes (Especificar)	0	1	2	3

Ahora nos gustaría que describiera, si es posible, cómo fue el accidente que mejor recuerda de los que ha mencionado

Descripción del accidente (¿Qué sucedió?)

---

---

Consecuencia del accidente

- A  Contusión/ magulladura  
B  Heridas abiertas  
C  Conmoción cerebral  
D  Fractura  
E  Luxación, dislocación, esguince, torcedura  
F  Abrasiones, quemaduras  
G  Otros

Lugar del accidente

- I  Colegio  
II  Casa  
III  Calle  
IV  Carretera  
V  Instalaciones deportivas  
VI  Zona de ocio  
VII  Otros

Tratamiento del accidente

- 1  Asistencia por no sanitario  
2  Asistencia no urgente en Centro de Salud  
3  Asistencia en urgencias de Centro de Salud  
4  Asistencia en urgencias de hospital

Observaciones

---

---

---

---

---

---

---

---

**Anexo 4. Cuestionario de comportamiento Infantil relacionado con accidentes (CIRA).**

(No incluido en formato digital. Derechos protegidos)

**Anexo 5. Cuestionario de evaluación del comportamiento en la infancia – revisado (TBAQ-R).**

(No incluido en formato digital. Derechos protegidos)

**Anexo 6. Cuestionario de estilos educativos parentales (PEE-i).**

(No incluido en formato digital. Derechos protegidos)

## Anexo 7. TABLAS TBAQ-R

### TABLAS GRUPO A: DESCRIPCIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRAS

Tabla A1. Distribución de la muestra por tipo de centro.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid E.I.	112	38,5	38,5	38,5
Colegio	179	61,5	61,5	100,0
Total	291	100,0	100,0	

Tabla A2. Distribución de la muestra por relación del informante con el sujeto.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Madre	216	74,2	77,1	77,1
Padre	41	14,1	14,6	91,8
Ambos	23	7,9	8,2	100,0
Total	280	96,2	100,0	
Missing System	11	3,8		
Total	291	100,0		

Tabla A3: Distribución de la muestra por edad (meses) al inicio del estudio.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 18,00	2	,7	,7	,7
19,00	2	,7	,7	1,4
20,00	1	,3	,3	1,7
21,00	3	1,0	1,0	2,7
22,00	13	4,5	4,5	7,2
23,00	12	4,1	4,1	11,3
24,00	17	5,8	5,8	17,2
25,00	14	4,8	4,8	22,0
26,00	9	3,1	3,1	25,1
27,00	15	5,2	5,2	30,2
28,00	22	7,6	7,6	37,8

Tabla A3 (Cont.)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
29,00	26	8,9	8,9	46,7
30,00	16	5,5	5,5	52,2
31,00	21	7,2	7,2	59,5
32,00	31	10,7	10,7	70,1
33,00	29	10,0	10,0	80,1
34,00	5	1,7	1,7	81,8
35,00	6	2,1	2,1	83,8
36,00	13	4,5	4,5	88,3
37,00	8	2,7	2,7	91,1
38,00	8	2,7	2,7	93,8
39,00	7	2,4	2,4	96,2
40,00	7	2,4	2,4	98,6
43,00	3	1,0	1,0	99,7
48,00	1	,3	,3	100,0
Total	291	100,0	100,0	

Tabla A4. Distribución de la muestra por sexo.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Varón	155	53,3	53,6	53,6
	Mujer	134	46,0	46,4	100,0
	Total	289	99,3	100,0	
Missing	-9	2	,7		
Total		291	100,0		

Tabla A.5. Distribución de la muestra por edad (meses) en el seguimiento.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	34,00	2	,7	2,9	2,9
	35,00	1	,3	1,4	4,3
	37,00	2	,7	2,9	7,1
	38,00	11	3,8	15,7	22,9
	39,00	3	1,0	4,3	27,1
	40,00	5	1,7	7,1	34,3
	41,00	3	1,0	4,3	38,6

Tabla A5 (Cont.)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
42,00	5	1,7	7,1	45,7
43,00	8	2,7	11,4	57,1
44,00	3	1,0	4,3	61,4
45,00	7	2,4	10,0	71,4
46,00	4	1,4	5,7	77,1
47,00	4	1,4	5,7	82,9
48,00	8	2,7	11,4	94,3
49,00	2	,7	2,9	97,1
50,00	2	,7	2,9	100,0
Total	70	24,1	100,0	
Missing System	221	75,9		
Total	291	100,0		

Tabla A.6. Edad (meses) al inicio y al seguimiento.

**Estadísticos descriptivos**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Edad2013	291	18,00	48,00	30,0481	5,17065
Edad2014	70	34,00	50,00	42,7143	4,13238
Valid N (listwise)	70				

Tabla A.7. Respuesta a los ítems del cuestionario TBAQ-R.

**Estadísticos descriptivos**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
TBQR 1	244	1	7	4,79	1,760
TBQR 2	236	1	7	2,53	1,771
TBQR 3	245	1	7	4,78	1,720
TBQR 4	235	2	7	4,95	1,510
TBQR5R	246	1,00	7,00	2,1992	1,34504
TBQR 6	245	1	7	4,52	1,354
TBQR 7	243	1	7	5,01	1,751
TBQR 8	239	1	7	4,33	1,494
TBQR9R	237	1,00	7,00	3,4051	1,88787
TBQR 10	239	1	7	4,58	1,749
TBQR 11	240	1	7	4,53	1,923
TBQR12R	230	1,00	7,00	4,9174	1,61790
TBQR 13	223	1	7	3,62	1,858
TBQR 14	180	1	7	2,98	1,678

Tabla A7 (Cont.)

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
TBQR15R	233	1,00	7,00	4,6781	1,60664
TBQR 16	217	1	7	4,48	2,097
TBQR 17	238	1	7	5,05	1,646
TBQR 18	240	1	7	4,83	1,803
TBQR 19	243	1	7	6,44	1,004
TBQR 20	244	1	7	4,19	1,514
TBQR 21	244	1	7	5,19	1,526
TBQR 22	241	1	7	5,33	1,570
TBQR 23	238	1	7	5,17	1,668
TBQR 24	244	1	7	4,55	1,508
TBQR 25	202	1	7	3,72	2,189
TBQR 26	242	1	7	3,44	1,611
TBQR 27	237	1	7	5,59	1,443
TBQR 28	184	1	7	2,40	1,740
TBQR 29	233	1	5	1,88	,873
TBQR 30	231	1	7	4,60	1,628
TBQR 31	234	1	7	3,17	1,780
TBQR 32	207	1	7	4,12	2,111
TBQR 33	217	1	7	4,36	1,927
TBQR34R	239	1,00	7,00	3,2134	1,82434
TBQR 35	239	1	7	4,37	1,775
TBQR 36	240	1	7	3,76	1,999
TBQR37R	235	1,00	7,00	4,9021	1,61820
TBQR 38	237	1	7	3,63	1,780
TBQR 39	185	1	7	1,95	1,472
TBQR 40	233	1	7	3,55	1,759
TBQR 41	224	1	7	3,13	1,779
TBQR 42	216	1	7	2,16	1,746
TBQR 43	237	1	7	3,14	1,764
TBQR 44	241	1	7	5,39	1,263
TBQR 45	219	1	7	5,24	1,559
TBQR 46	235	1	7	4,15	1,891
TBQR 47	231	1	7	5,72	1,624
TBQR 48	185	1	7	4,54	2,108
TBQR 49	243	1	7	5,98	1,333
TBQR 50	239	1	7	5,05	1,535
TBQR 51	234	1	7	5,02	1,491
TBQR52R	242	1,00	7,00	3,2025	1,49838
TBQR 53	194	1	7	5,44	1,697
TBQR54R	237	1,00	7,00	5,3544	1,58412

Tabla A7 (Cont.)

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
TBQR55R	244	1,00	7,00	3,7664	1,63260
TBQR56R	236	1,00	7,00	5,4576	1,34414
TBQR 57	232	1	7	6,03	1,456
TBQR 58	238	2	7	6,16	1,134
TBQR59R	236	1,00	7,00	4,6907	1,49669
TBQR 60	236	1	7	5,74	1,367
TBQR 61	243	2	7	6,28	1,038
TBQR 62	242	1	7	5,76	1,101
TBQR63R	241	1,00	7,00	3,7967	1,60343
TBQR 64	208	1	7	4,54	2,059
TBQR65R	223	1,00	7,00	3,8700	1,72322
TBQR 66	218	1	7	4,38	2,193
TBQR 67	240	1	7	4,42	1,779
TBQR 68	241	1	7	5,01	1,605
TBQR69R	238	1,00	7,00	4,0714	1,72079
TBQR 70	223	1	7	3,41	1,840
TBQR 71	154	1	7	4,42	1,895
TBQR 72	190	1	7	4,07	2,052
TBQR73R	194	1,00	7,00	3,2010	1,74124
TBQR 74	190	1	7	2,87	1,631
TBQR 75	233	1	7	6,07	1,403
TBQR 76	217	1	7	4,49	1,910
TBQR 77	242	1	7	3,05	1,769
TBQR 78	244	1	7	3,24	1,702
TBQR 79	245	1	7	6,62	,804
TBQR 80	240	1	7	4,65	1,678
TBQR 81	240	1	7	4,00	1,742
TBQR 82	231	1	7	4,37	1,803
TBQR 83	244	1	7	3,66	1,500
TBQR 84	237	1	7	4,86	1,700
TBQR 85	241	1	7	3,51	1,833
TBQR 86	222	1	7	4,38	2,045
TBQR87R	184	1,00	7,00	3,4022	1,91662
TBQR 88	202	1	7	3,07	1,849
TBQR 89	239	1	7	5,15	1,362
TBQR90R	222	1,00	7,00	4,3559	1,83590
TBQR 91	218	1	7	4,33	2,253
TBQR 92	242	1	7	4,50	1,734
TBQR93R	229	1,00	7,00	4,1878	1,94093
TBQR 94	203	1	7	3,50	1,951

Tabla A7 (Cont.)

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
TBQR 95	245	1	7	4,07	1,821
TBQR96R	239	1,00	7,00	3,6987	1,43824
TBQR 97	244	1	7	4,49	1,619
TBQR 98	244	1	7	5,19	1,545
TBQR99R	244	1,00	6,00	3,0943	1,43563
TBQR 100	243	1	7	4,37	1,533
TBQR 101	222	1	7	3,90	1,572
TBQR102R	200	1,00	7,00	4,5250	1,53006
TBQR 103	243	1	7	4,56	1,879
TBQR 104	215	1	7	5,28	1,753
TBQR 105	211	2	7	5,72	1,180
TBQR 106	243	1	7	6,07	1,351
TBQR107R	230	1,00	7,00	3,1957	1,57795
TBQR 108	239	1	7	5,19	1,235
TBQR 109	235	1	7	4,13	1,723
TBQR 110	237	1	7	5,59	1,126
TBQR 111	226	1	7	5,24	1,611
TBQR 112	243	1	7	4,17	1,538
TBQR 113	242	1	7	4,58	1,579
TBQR114R	237	1,00	7,00	3,6878	1,51111
TBQR 115	226	1	7	3,93	1,874
TBQR 116	215	1	7	4,83	1,621
TBQR 117	231	1	7	3,68	1,719
TBQR 118	242	1	7	6,17	1,019
TBQR 119	241	1	7	4,48	1,511
TBQR 120	208	1	7	4,42	1,681
TBQR121R	207	1,00	7,00	4,4783	1,86648
TBQR122R	203	1,00	7,00	3,5616	1,64404
TBQR 123	234	1	7	4,97	1,718
TBQR 124	244	2	7	5,96	1,168
TBQR125R	219	1,00	7,00	4,7991	1,33609
TBQR126R	240	1,00	7,00	4,3583	1,36787
TBQR127R	242	1,00	7,00	5,9711	1,21675
TBQR 128	242	1	7	5,27	1,624
TBQR 129	246	1	7	6,11	1,200
TBQR 130	246	1	7	4,18	1,736
TBQR131R	231	1,00	7,00	4,1515	1,64409
TBQR132R	240	1,00	7,00	5,8792	,96268
TBQR 133	238	1	7	4,14	1,665

Tabla A7 (Cont.)

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
TBQR 134	246	1	7	6,29	1,127
TBQR135R	206	1,00	7,00	5,4903	1,24838
TBQR 136	242	2	7	6,32	,957
TBQR 137	226	1	7	5,78	1,421
TBQR 138	242	1	7	5,21	1,417
TBQR139R	236	1,00	7,00	3,1229	2,01001
TBQR 140	243	1	7	5,60	1,596
TBQR 141	243	1	7	5,02	1,803
TBQR 142	244	2	7	6,01	1,191
TBQR143R	245	1,00	7,00	5,0367	1,31926
TBQR 144	246	3	7	6,61	,665
Valid N (listwise)	57				

## TABLAS DEL GRUPO B. TBAQ-R (ANÁLISIS DE FIABILIDAD Y DESCRIPTIVOS)

### ESCALA: ANTICIPACION POSITIVA

#### Resumen del procesamiento de casos

		N	%
Cases	Valid	142	57,5
	Excluded <sup>a</sup>	105	42,5
	Total	247	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

#### Estadísticos de fiabilidad

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,757	,737	11

#### Item estadísticos

	Mean	Std. Deviation	N
TBQR 7	5,0493	1,66451	142
TBQR 33	4,4085	1,84566	142
TBQR 38	3,6197	1,74117	142
TBQR 40	3,6408	1,63881	142
TBQR 41	3,1972	1,66839	142
TBQR 44	5,3944	1,28249	142
TBQR 82	4,4859	1,74931	142
TBQR 111	5,2465	1,58085	142
TBQR 119	4,5282	1,48130	142
TBQR107R	3,2042	1,53696	142
TBQR135R	5,4296	1,28493	142

#### Resumen de ítem estadísticos

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum
Item Means	4,382	3,197	5,430	2,232	1,698
Item Variances	2,554	1,645	3,406	1,762	2,071
Inter-Item Correlations	,203	-,275	,677	,953	-2,462

#### Resumen de ítem estadísticos

	Variance	N of Items
Item Means	,727	11
Item Variances	,314	11
Inter-Item Correlations	,049	11

#### Total de ítem estadísticos

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
TBQR 7	43,1549	73,508	,484	,309	,728
TBQR 33	43,7958	67,497	,633	,566	,705
TBQR 38	44,5845	74,429	,420	,369	,737
TBQR 40	44,5634	69,581	,652	,520	,705
TBQR 41	45,0070	74,461	,446	,318	,733
TBQR 44	42,8099	81,559	,297	,176	,751
TBQR 82	43,7183	71,041	,542	,425	,720
TBQR 111	42,9577	72,197	,573	,512	,717
TBQR 119	43,6761	75,369	,487	,389	,729
TBQR107R	45,0000	84,539	,113	,162	,773
TBQR135R	42,7746	94,743	-,252	,123	,801

#### Escala de estadísticos

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
48,2042	90,093	9,49172	11

## ESCALA: FOCALIZACION ATENCIONAL

### Resumen del procesamiento de casos

		N	%
Cases	Valid	160	64,8
	Excluded <sup>a</sup>	87	35,2
	Total	247	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### Estadísticos de Fiabilidad

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,425	,411	13

### Item estadísticos

	Mean	Std. Deviation	N
TBQR 10	4,8250	1,63126	160
TBQR 11	4,6063	1,82608	160
TBQR 35	4,3875	1,64063	160
TBQR 36	3,8375	1,91284	160
TBQR 92	4,5688	1,66964	160
TBQR 140	5,5250	1,54574	160
TBQR9R	3,2125	1,78529	160
TBQR34R	3,1000	1,73096	160
TBQR52R	3,1438	1,41797	160
TBQR96R	3,8188	1,45313	160
TBQR102R	4,5250	1,50031	160
TBQR125R	4,9000	1,22449	160
TBQR139R	2,8000	1,79377	160

### Resumen ítem estadísticos

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum
Item Means	4,096	2,800	5,525	2,725	1,973
Item Variances	2,677	1,499	3,659	2,160	2,440
Inter-Item Correlations	,051	-,550	,714	1,263	-1,298

### Resumen ítem estadísticos

	Variance	N of Items
Item Means	,706	13
Item Variances	,373	13
Inter-Item Correlations	,052	13

### Item-estadísticos totales

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
TBQR 10	48,4250	51,453	,133	,607	,410
TBQR 11	48,6437	43,992	,408	,462	,311
TBQR 35	48,8625	47,075	,331	,722	,347
TBQR 36	49,4125	41,011	,512	,631	,263
TBQR 92	48,6812	47,552	,299	,223	,357
TBQR 140	47,7250	50,251	,209	,307	,387
TBQR9R	50,0375	54,766	-,028	,463	,461
TBQR34R	50,1500	59,021	-,180	,513	,503
TBQR52R	50,1062	61,291	-,274	,153	,507
TBQR96R	49,4312	47,467	,382	,333	,340
TBQR102R	48,7250	51,282	,172	,130	,399
TBQR125R	48,3500	53,562	,120	,298	,413
TBQR139R	50,4500	55,494	-,056	,286	,470

### Escala estadísticos

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
53,2500	57,220	7,56440	13

## ESCALA: CAMBIO ATENCIONAL

### Resumen del procesamiento de casos

		N	%
Cases	Valid	216	87,4
	Excluded <sup>a</sup>	31	12,6
	Total	247	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### Estadísticos de fiabilidad

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,645	,647	8

### Item estadísticos

	Mean	Std. Deviation	N
TBQR 6	4,5231	1,33274	216
TBQR 17	4,9907	1,64243	216
TBQR 21	5,1389	1,54894	216
TBQR 30	4,5741	1,62082	216
TBQR 61	6,2593	1,01496	216
TBQR 62	5,7361	1,09536	216
TBQR 97	4,4491	1,61597	216
TBQR55R	3,7593	1,59575	216

### Resumen de ítem estadísticos

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum
Item Means	4,929	3,759	6,259	2,500	1,665
Item Variances	2,111	1,030	2,698	1,667	2,619
Inter-Item Correlations	,186	-,066	,395	,460	-6,010

### Resumen de ítem estadísticos

	Variance	N of Items
Item Means	,623	8
Item Variances	,463	8
Inter-Item Correlations	,010	8

### Total de ítem estadísticos

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
TBQR 6	34,9074	31,191	,391	,215	,601
TBQR 17	34,4398	30,136	,331	,138	,617
TBQR 21	34,2917	28,645	,467	,253	,577
TBQR 30	34,8565	30,951	,289	,098	,629
TBQR 61	33,1713	35,957	,149	,100	,652
TBQR 62	33,6944	32,381	,418	,246	,601
TBQR 97	34,9815	30,009	,349	,235	,612
TBQR55R	35,6713	30,389	,333	,134	,616

### Escala de estadísticos

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
39,4306	38,795	6,22858	8

## ESCALA: MALESTAR

### Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Cases	Valid	109	44,1
	Excluded <sup>a</sup>	138	55,9
	Total	247	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### Estadísticos de fiabilidad

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,566	,582	9

### Item estadísticos

	Mean	Std. Deviation	N
TBQR 16	4,62	1,976	109
TBQR 28	2,34	1,582	109
TBQR 39	2,04	1,459	109
TBQR 42	2,29	1,781	109
TBQR 66	4,50	2,044	109
TBQR 70	3,51	1,735	109
TBQR 88	3,15	1,752	109
TBQR 94	3,63	1,937	109
TBQR 115	4,14	1,818	109

### Resumen de ítem estadísticos

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum
Item Means	3,358	2,037	4,624	2,587	2,270
Item Variances	3,225	2,128	4,178	2,050	1,963
Inter-Item Correlations	,134	-,110	,694	,803	-6,321

### Resumen de ítem estadísticos

	Variance	N of Items
Item Means	,946	9
Item Variances	,431	9
Inter-Item Correlations	,036	9

### Total de ítem estadísticos

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
TBQR 16	25,60	49,280	,189	,118	,560
TBQR 28	27,88	49,495	,288	,473	,530
TBQR 39	28,18	48,059	,407	,500	,503
TBQR 42	27,93	45,883	,388	,475	,499
TBQR 66	25,72	49,127	,178	,211	,565
TBQR 70	26,71	46,209	,390	,530	,499
TBQR 88	27,07	52,458	,114	,041	,577
TBQR 94	26,59	47,800	,256	,108	,539
TBQR 115	26,08	49,613	,215	,510	,550

### Escala de estadísticos

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
30,22	58,414	7,643	9

## ESCALA: PLACER ALTA INTENSIDAD

### Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Cases	Valid	139	56,3
	Excluded <sup>a</sup>	108	43,7
	Total	247	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### Estadísticos de fiabilidad

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,557	,585	12

### Item estadísticos

	Mean	Std. Deviation	N
TBQR 47	5,5540	1,64701	139
TBQR 48	4,6619	1,97651	139
TBQR 57	6,0144	1,42943	139
TBQR 79	6,5683	,77132	139
TBQR 116	4,8345	1,57239	139
TBQR 117	3,7554	1,67610	139
TBQR 123	5,0576	1,57779	139
TBQR 133	4,0576	1,68010	139
TBQR 142	5,9496	1,23549	139
TBQR127R	5,9281	1,17732	139
TBQR131R	4,1942	1,60108	139
TBQR132R	5,7770	1,01470	139

### Resumen de ítem estadísticos

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum
Item Means	5,196	3,755	6,568	2,813	1,749
Item Variances	2,196	,595	3,907	3,312	6,566
Inter-Item Correlations	,105	-,298	,628	,926	-2,108

### Resumen de ítem estadísticos

	Variance	N of Items
Item Means	,812	12
Item Variances	,846	12
Inter-Item Correlations	,024	12

### Item-total estadísticos

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
TBQR 47	56,7986	48,887	,098	,210	,568
TBQR 48	57,6906	45,230	,177	,110	,554
TBQR 57	56,3381	45,457	,330	,235	,512
TBQR 79	55,7842	50,185	,281	,137	,535
TBQR 116	57,5180	46,440	,231	,189	,534
TBQR 117	58,5971	44,547	,290	,455	,519
TBQR 123	57,2950	41,847	,466	,376	,473
TBQR 133	58,2950	42,847	,372	,497	,496
TBQR 142	56,4029	46,228	,363	,318	,509
TBQR127R	56,4245	47,768	,289	,222	,525
TBQR131R	58,1583	55,149	-,162	,138	,625
TBQR132R	56,5755	50,304	,175	,137	,546

### Escala de estadísticos

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
62,3525	53,853	7,33847	12

## ESCALA: CONTROL INHIBITORIO

### Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Cases	Valid	181	73,3
	Excluded <sup>a</sup>	66	26,7
	Total	247	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### Estadísticos de fiabilidad

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,837	,839	14

### Item estadísticos

	Mean	Std. Deviation	N
TBQR 8	4,3204	1,44032	181
TBQR 20	4,1602	1,52453	181
TBQR 24	4,4972	1,49304	181
TBQR 27	5,6243	1,37124	181
TBQR 80	4,6851	1,65840	181
TBQR 81	4,0110	1,71266	181
TBQR 83	3,7072	1,50089	181
TBQR 112	4,2265	1,44090	181
TBQR 113	4,5912	1,55590	181
TBQR65R	3,8840	1,66427	181
TBQR69R	4,0552	1,71180	181
TBQR99R	3,0773	1,39626	181
TBQR114R	3,7238	1,52058	181
TBQR126R	4,3923	1,36045	181

### Resumen ítem estadísticos

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum
Item Means	4,211	3,077	5,624	2,547	1,828
Item Variances	2,340	1,851	2,933	1,082	1,585
Inter-Item Correlations	,271	-,047	,778	,825	-16,413

### Resumen ítem estadísticos

	Variance	N of Items
Item Means	,342	14
Item Variances	,140	14
Inter-Item Correlations	,023	14

### Total ítem estadísticos

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
TBQR 8	54,6354	125,855	,593	,485	,819
TBQR 20	54,7956	125,186	,574	,622	,820
TBQR 24	54,4586	125,783	,570	,530	,820
TBQR 27	53,3315	137,912	,227	,141	,841
TBQR 80	54,2707	127,876	,439	,656	,829
TBQR 81	54,9448	128,319	,408	,630	,832
TBQR 83	55,2486	126,177	,553	,386	,821
TBQR 112	54,7293	126,365	,576	,450	,820
TBQR 113	54,3646	132,944	,327	,307	,836
TBQR65R	55,0718	128,923	,407	,313	,831
TBQR69R	54,9006	123,312	,548	,472	,821
TBQR99R	55,8785	131,941	,411	,389	,830
TBQR114R	55,2320	131,424	,383	,313	,832
TBQR126R	54,5635	125,781	,638	,504	,817

### Escala de estadísticos

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
58,9558	147,087	12,12794	14

## ESCALA: PLACER BAJA INTENSIDAD

### Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Cases	Valid	192	77,7
	Excluded <sup>a</sup>	55	22,3
	Total	247	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### Estadísticos de fiabilidad

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,771	,781	10

### Item estadísticos

	Mean	Std. Deviation	N
TBQR 19	6,4219	1,03557	192
TBQR 89	5,1927	1,31816	192
TBQR 105	5,6875	1,21347	192
TBQR 124	5,9427	1,09346	192
TBQR 128	5,3073	1,58341	192
TBQR 129	6,1094	1,19050	192
TBQR 134	6,2813	1,12285	192
TBQR 136	6,3229	,99206	192
TBQR 144	6,5885	,71078	192
TBQR59R	4,7031	1,50406	192

### Resumen Item estadísticos

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum
Item Means	5,856	4,703	6,589	1,885	1,401
Item Variances	1,441	,505	2,507	2,002	4,963
Inter-Item Correlations	,263	,026	,490	,464	18,869

### Resumen Item estadísticos

	Variance	N of Items
Item Means	,381	10
Item Variances	,357	10
Inter-Item Correlations	,012	10

### Total Item estadísticos

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
TBQR 19	52,1354	41,584	,334	,200	,764
TBQR 89	53,3646	36,893	,530	,355	,738
TBQR 105	52,8698	38,512	,474	,272	,747
TBQR 124	52,6146	39,097	,499	,295	,745
TBQR 128	53,2500	35,026	,511	,381	,743
TBQR 129	52,4479	36,814	,615	,447	,728
TBQR 134	52,2760	39,552	,446	,302	,751
TBQR 136	52,2344	40,725	,427	,312	,754
TBQR 144	51,9687	43,130	,373	,258	,762
TBQR59R	53,8542	40,021	,254	,116	,783

### Escala de estadísticos

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
58,5573	47,117	6,86419	10

## ESCALA: SENSIBILIDAD PERCEPTIVA

### Resumen del procesamiento de casos

		N	%
Cases	Valid	114	46,2
	Excluded <sup>a</sup>	133	53,8
	Total	247	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### Estadísticos de fiabilidad

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,817	,826	13

### Item estadísticos

	Mean	Std. Deviation	N
TBQR 1	5,09	1,577	114
TBQR 32	4,03	2,006	114
TBQR 53	5,53	1,518	114
TBQR 58	6,17	1,096	114
TBQR 64	4,49	1,887	114
TBQR 75	6,00	1,433	114
TBQR 86	4,39	1,944	114
TBQR 91	4,16	2,213	114
TBQR 104	5,00	1,834	114
TBQR 106	5,96	1,423	114
TBQR 118	6,05	1,120	114
TBQR 120	4,27	1,587	114
TBQR 137	5,80	1,358	114

### Resumen ítem estadísticos

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum
Item Means	5,148	4,026	6,167	2,140	1,532
Item Variances	2,716	1,202	4,895	3,693	4,072
Inter-Item Correlations	,267	,099	,514	,415	5,214

### Resumen ítem estadísticos

	Variance	N of Items
Item Means	,654	13
Item Variances	1,258	13
Inter-Item Correlations	,009	13

### Total ítem estadísticos

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
TBQR 1	61,83	128,069	,367	,238	,811
TBQR 32	62,89	119,104	,469	,279	,804
TBQR 53	61,39	123,409	,532	,403	,799
TBQR 58	60,75	131,621	,431	,280	,808
TBQR 64	62,43	118,938	,514	,384	,800
TBQR 75	60,92	127,418	,439	,281	,806
TBQR 86	62,54	116,499	,557	,425	,796
TBQR 91	62,76	116,005	,478	,409	,805
TBQR 104	61,92	126,534	,334	,205	,815
TBQR 106	60,96	123,485	,574	,463	,797
TBQR 118	60,87	131,761	,414	,312	,809
TBQR 120	62,65	126,814	,401	,253	,809
TBQR 137	61,12	125,985	,520	,396	,801

### Escala de estadísticos

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
66,92	143,666	11,986	13

## ESCALA: TRISTEZA

### Resumen del procesamiento de casos

		N	%
Cases	Valid	134	54,3
	Excluded <sup>a</sup>	113	45,7
	Total	247	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### Estadísticos de fiabilidad

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,725	,714	13

### Item estadísticos

	Mean	Std. Deviation	N
TBQR 3	4,94	1,621	134
TBQR 14	3,19	1,646	134
TBQR 18	4,97	1,677	134
TBQR 22	5,36	1,448	134
TBQR 26	3,74	1,599	134
TBQR 29	2,01	,841	134
TBQR 49	6,03	1,156	134
TBQR 68	4,97	1,589	134
TBQR 74	3,03	1,594	134
TBQR 78	3,40	1,556	134
TBQR 100	4,42	1,488	134
TBQR 101	3,95	1,558	134
TBQR 138	5,21	1,315	134

### Resumen ítem estadísticos

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum
Item Means	4,247	2,015	6,030	4,015	2,993
Item Variances	2,208	,707	2,811	2,105	3,979
Inter-Item Correlations	,161	-,186	,485	,672	-2,606

### Resumen ítem estadísticos

	Variance	N of Items
Item Means	1,296	13
Item Variances	,372	13
Inter-Item Correlations	,019	13

### Total ítem estadísticos

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
TBQR 3	50,27	71,221	,473	,343	,692
TBQR 14	52,02	78,097	,206	,190	,728
TBQR 18	50,24	71,627	,436	,285	,697
TBQR 22	49,85	78,609	,237	,247	,722
TBQR 26	51,47	76,492	,277	,204	,718
TBQR 29	53,19	83,240	,186	,167	,724
TBQR 49	49,18	84,043	,067	,113	,736
TBQR 68	50,24	70,709	,507	,367	,687
TBQR 74	52,18	74,780	,344	,272	,709
TBQR 78	51,81	74,469	,369	,277	,706
TBQR 100	50,79	70,964	,543	,400	,684
TBQR 101	51,26	70,991	,510	,498	,687
TBQR 138	50,00	78,241	,293	,301	,715

### Escala de estadísticos

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
55,21	86,798	9,317	13

## ESCALA: TRANQUILIZACION

### Resumen del procesamiento de casos

		N	%
Cases	Valid	181	73,3
	Excluded <sup>a</sup>	66	26,7
	Total	247	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### Estadísticos de fiabilidad

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,796	,807	14

### Item estadísticos

	Mean	Std. Deviation	N
TBQR 4	4,9061	1,46326	181
TBQR 50	5,0387	1,48460	181
TBQR 51	5,0939	1,33209	181
TBQR 60	5,7182	1,24416	181
TBQR 98	5,1271	1,49458	181
TBQR 103	4,4862	1,84574	181
TBQR 108	5,1934	1,17434	181
TBQR 110	5,5249	1,09326	181
TBQR12R	4,9669	1,51621	181
TBQR15R	4,6243	1,58544	181
TBQR37R	4,7680	1,61633	181
TBQR54R	5,2597	1,54703	181
TBQR56R	5,3867	1,36408	181
TBQR143R	5,0166	1,21324	181

### Resumen ítem estadísticos

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum
Item Means	5,079	4,486	5,718	1,232	1,275
Item Variances	2,074	1,195	3,407	2,212	2,850
Inter-Item Correlations	,229	-,123	,674	,797	-5,489

### Resumen ítem estadísticos

	Variance	N of Items
Item Means	,112	14
Item Variances	,345	14
Inter-Item Correlations	,028	14

### Total ítem estadísticos

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
TBQR 4	66,2044	100,164	,302	,253	,792
TBQR 50	66,0718	94,045	,517	,667	,774
TBQR 51	66,0166	100,005	,351	,239	,788
TBQR 60	65,3923	98,262	,459	,397	,780
TBQR 98	65,9834	100,039	,297	,164	,793
TBQR 103	66,6243	94,058	,382	,333	,788
TBQR 108	65,9171	95,143	,638	,587	,768
TBQR 110	65,5856	99,833	,463	,509	,781
TBQR12R	66,1436	105,613	,104	,179	,809
TBQR15R	66,4862	91,196	,576	,563	,768
TBQR37R	66,3425	95,960	,397	,457	,785
TBQR54R	65,8508	95,617	,434	,416	,782
TBQR56R	65,7238	95,912	,500	,455	,776
TBQR143R	66,0939	96,908	,534	,430	,775

### Escala de estadísticos

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
71,1105	111,143	10,54245	14

## ESCALA: NIVEL DE ACTIVIDAD

### Resumen del procesamiento de casos

		N	%
Cases	Valid	199	80,6
	Excluded <sup>a</sup>	48	19,4
	Total	247	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### Estadísticos de fiabilidad

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,661	,658	7

### Item estadísticos

	Mean	Std. Deviation	N
TBQR 23	5,16	1,668	199
TBQR 45	5,22	1,580	199
TBQR 84	4,85	1,629	199
TBQR 85	3,43	1,821	199
TBQR 95	4,02	1,803	199
TBQR 109	4,11	1,717	199
TBQR 130	4,12	1,737	199

### Resumen de ítem estadísticos

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum
Item Means	4,416	3,432	5,221	1,789	1,521
Item Variances	2,924	2,496	3,317	,821	1,329
Inter-Item Correlations	,215	,029	,570	,541	19,740

### Resumen de ítem estadísticos

	Variance	N of Items
Item Means	,449	7
Item Variances	,091	7
Inter-Item Correlations	,017	7

### Total de ítem estadísticos

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
TBQR 23	25,75	38,308	,295	,105	,646
TBQR 45	25,69	40,709	,198	,057	,670
TBQR 84	26,07	36,617	,402	,234	,616
TBQR 85	27,48	34,261	,451	,297	,599
TBQR 95	26,89	35,762	,379	,333	,622
TBQR 109	26,80	32,471	,602	,466	,553
TBQR 130	26,79	38,286	,274	,126	,653

### Escala de estadísticos

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
30,91	47,190	6,869	7

## ESCALA: IRA

### Resumen del procesamiento de casos

		N	%
Cases	Valid	174	70,4
	Excluded <sup>a</sup>	73	29,6
	Total	247	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### Estadísticos de fiabilidad

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,716	,716	9

### Item estadísticos

	Mean	Std. Deviation	N
TBQR 31	3,2414	1,74346	174
TBQR 43	3,2471	1,76080	174
TBQR 46	4,1609	1,89842	174
TBQR 67	4,5287	1,73265	174
TBQR 76	4,5517	1,86702	174
TBQR 77	3,2011	1,78944	174
TBQR 141	5,0460	1,77268	174
TBQR63R	3,8678	1,52808	174
TBQR90R	4,3448	1,84878	174

### Resumen de ítem estadísticos

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum
Item Means	4,021	3,201	5,046	1,845	1,576
Item Variances	3,148	2,335	3,604	1,269	1,543
Inter-Item Correlations	,219	-,118	,483	,601	-4,103

### Resumen de ítem estadísticos

	Variance	N of Items
Item Means	,452	9
Item Variances	,137	9
Inter-Item Correlations	,024	9

### Total ítem estadísticos

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
TBQR 31	32,9483	63,968	,393	,252	,691
TBQR 43	32,9425	62,864	,430	,332	,684
TBQR 46	32,0287	59,219	,518	,325	,666
TBQR 67	31,6609	61,162	,509	,308	,670
TBQR 76	31,6379	58,036	,578	,361	,654
TBQR 77	32,9885	59,734	,543	,369	,662
TBQR 141	31,1437	68,841	,203	,132	,725
TBQR63R	32,3218	66,809	,353	,172	,698
TBQR90R	31,8448	73,404	,036	,131	,755

### Escala de estadísticos

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
36,1897	77,958	8,82939	9

## ESCALA: MIEDO SOCIAL

### Resumen del procesamiento de casos

		N	%
Cases	Valid	98	39,7
	Excluded <sup>a</sup>	149	60,3
	Total	247	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### Estadísticos de fiabilidad

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,630	,633	11

### Item estadísticos

	Mean	Std. Deviation	N
TBQR 2	2,6224	1,74400	98
TBQR 13	4,0408	1,81016	98
TBQR 25	3,8265	2,08097	98
TBQR 71	4,6633	1,79888	98
TBQR 72	4,4286	1,91036	98
TBQR5R	2,2143	1,22895	98
TBQR73R	3,4388	1,60583	98
TBQR87R	3,5408	1,68173	98
TBQR93R	4,2959	1,87336	98
TBQR121R	4,4796	1,82892	98
TBQR122R	3,4796	1,58751	98

### Resumen ítem estadísticos

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum
Item Means	3,730	2,214	4,663	2,449	2,106
Item Variances	3,075	1,510	4,330	2,820	2,867
Inter-Item Correlations	,136	-,252	,524	,776	-2,082

### Resumen ítem estadísticos

	Variance	N of Items
Item Means	,605	11
Item Variances	,530	11
Inter-Item Correlations	,028	11

### Total ítem estadísticos

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
TBQR 2	38,4082	62,120	,507	,473	,560
TBQR 13	36,9898	67,825	,268	,156	,611
TBQR 25	37,2041	67,154	,223	,277	,623
TBQR 71	36,3673	71,678	,137	,197	,637
TBQR 72	36,6020	64,819	,346	,254	,594
TBQR5R	38,8163	76,172	,066	,169	,640
TBQR73R	37,5918	65,976	,404	,471	,585
TBQR87R	37,4898	70,603	,201	,320	,623
TBQR93R	36,7347	72,568	,095	,207	,647
TBQR121R	36,5510	65,776	,336	,339	,596
TBQR122R	37,5510	61,054	,626	,553	,541

### Escala de estadísticos

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
41,0306	79,102	8,89394	11

*TABLAS DE ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LAS ESCALAS DEL TBAQ-R*

**Estadísticos descriptivos**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic
ANTICIP	142	2,09	6,55	4,3822	,86288	,745
FOCALI	166	1,70	6,20	4,4187	,79655	,634
CAMBIO	216	2,63	6,88	4,9288	,77857	,606
MALESTAR	109	1,44	5,22	3,3578	,84921	,721
PLACER_A	141	3,36	6,82	5,2901	,67446	,455
CONTROL	181	1,79	6,21	4,2111	,86628	,750
PLACER_B	192	3,30	6,90	5,8557	,68642	,471
SENSIBIL	114	1,77	7,00	5,1478	,92201	,850
TRISTEZA	134	2,38	5,69	4,2468	,71666	,514
TRANQUIL	181	2,79	6,79	5,0793	,75303	,567
ACTIVIDAD	199	1,57	6,71	4,4164	,98135	,963
IRA	174	2,22	6,44	4,0211	,98104	,962
MIEDO	98	2,00	5,55	3,7301	,80854	,654
Valid N (listwise)	39					

**Estadísticos descriptivos**

	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
ANTICIP	-,117	,203	,142	,404
FOCALI	-,326	,188	,207	,375
CAMBIO	-,022	,166	-,281	,330
MALESTAR	-,055	,231	-,473	,459
PLACER_A	-,070	,204	-,164	,406
CONTROL	-,075	,181	-,239	,359
PLACER_B	-,958	,175	1,306	,349
SENSIBIL	-,640	,226	,579	,449
TRISTEZA	-,177	,209	-,472	,416
TRANQUIL	-,292	,181	,002	,359
ACTIVIDAD	-,029	,172	-,344	,343
IRA	,398	,184	-,557	,366
MIEDO	,124	,244	-,388	,483
Valid N (listwise)				

## Anexo 8. TABLAS CIRA

### FIABILIDAD ESCALA CIRA\_E

#### Resumen del procesamiento de casos

		N	%
Cases	Valid	275	94,5
	Excluded <sup>a</sup>	16	5,5
	Total	291	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Fiabilidad Escala Cira\_E

#### Estadísticos de fiabilidad

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,779	,783	15

#### Ítems estadísticos

	Mean	Std. Deviation	N
CIRA 2	1,8909	1,04764	275
CIRA 3	,9055	,86611	275
CIRA 5	1,3891	1,06258	275
CIRA 6	1,9927	1,16829	275
CIRA 10	1,1018	,90648	275
CIRA 12	1,9636	,94297	275
CIRA 14	1,4582	,89661	275
CIRA 17	1,2436	1,04056	275
CIRA 19	1,1018	,96499	275
CIRA21R	1,6582	1,02143	275
CIRA 22	1,6727	,93696	275
CIRA 23	1,4473	1,14622	275
CIRA24R	1,2073	,96883	275
CIRA 25	1,5055	1,19112	275
CIRA 29	1,1600	,96841	275

**Resumen de ítems estadísticos**

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum
Item Means	1,447	,905	1,993	1,087	2,201
Item Variances	1,027	,750	1,419	,669	1,891
Inter-Item Correlations	,194	-,049	,485	,534	-9,886

**Resumen de ítems estadísticos**

	Variance	N of Items
Item Means	,113	15
Item Variances	,043	15
Inter-Item Correlations	,013	15

**Total ítems estadísticos**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
CIRA 2	19,8073	49,083	,419	,286	,763
CIRA 3	20,7927	49,961	,459	,307	,761
CIRA 5	20,3091	49,915	,352	,312	,769
CIRA 6	19,7055	47,230	,482	,372	,757
CIRA 10	20,5964	50,877	,359	,295	,768
CIRA 12	19,7345	49,743	,429	,282	,763
CIRA 14	20,2400	50,898	,362	,183	,768
CIRA 17	20,4545	48,388	,474	,305	,758
CIRA 19	20,5964	49,431	,440	,319	,762
CIRA21R	20,0400	52,827	,166	,254	,784
CIRA 22	20,0255	49,310	,467	,369	,760
CIRA 23	20,2509	48,510	,408	,203	,764
CIRA24R	20,4909	51,966	,246	,341	,777
CIRA 25	20,1927	51,477	,201	,089	,784
CIRA 29	20,5382	48,147	,540	,397	,753

**Escala estadísticos**

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
21,6982	56,336	7,50570	15

## FIABILIDAD ESCALA CIRA

### Resumen del procesamiento de casos

		N	%
Cases	Valid	275	94,5
	Excluded <sup>a</sup>	16	5,5
	Total	291	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### Estadísticos de fiabilidad

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,860	,861	29

### Ítems estadísticos

	Mean	Std. Deviation	N
CIRA 2	1,8909	1,04764	275
CIRA 3	,9055	,86611	275
CIRA 5	1,3891	1,06258	275
CIRA 6	1,9927	1,16829	275
CIRA 10	1,1018	,90648	275
CIRA 12	1,9636	,94297	275
CIRA 14	1,4582	,89661	275
CIRA 17	1,2436	1,04056	275
CIRA 19	1,1018	,96499	275
CIRA21R	1,6582	1,02143	275
CIRA 22	1,6727	,93696	275
CIRA 23	1,4473	1,14622	275
CIRA24R	1,2073	,96883	275
CIRA 25	1,5055	1,19112	275
CIRA 29	1,1600	,96841	275
CIRA 1	2,2473	,93040	275
CIRA 4	1,4182	1,24236	275
CIRA 8	1,6145	1,16070	275
CIRA 11	2,1745	1,12636	275
CIRA 13	1,7345	1,05958	275
CIRA 15	1,4618	1,06083	275
CIRA 16	2,5673	1,05938	275
CIRA 18	1,3709	1,07420	275
CIRA 20	1,7564	1,11832	275
CIRA 26	1,8727	1,22705	275
CIRA 27	2,1709	1,01263	275
CIRA 28	1,3964	1,04601	275
CIRA 30	1,7600	1,27032	275
CIRA 31	2,7673	1,06898	275

### Resumen de ítems estadísticos

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum
Item Means	1,656	,905	2,767	1,862	3,056
Item Variances	1,124	,750	1,614	,864	2,151
Inter-Item Correlations	,176	-,302	,563	,865	-1,863

### Resumen de ítems estadísticos

	Variance	N of Items
Item Means	,197	29
Item Variances	,053	29
Inter-Item Correlations	,018	29

**Total de ítems estadísticos**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
CIRA 2	46,1200	175,843	,533	,353	,851
CIRA 3	47,1055	182,423	,367	,375	,856
CIRA 5	46,6218	180,900	,340	,384	,857
CIRA 6	46,0182	174,441	,517	,488	,851
CIRA 10	46,9091	179,360	,477	,377	,853
CIRA 12	46,0473	177,622	,527	,394	,852
CIRA 14	46,5527	183,963	,287	,283	,858
CIRA 17	46,7673	177,347	,481	,387	,853
CIRA 19	46,9091	181,681	,351	,353	,856
CIRA21R	46,3527	190,098	,022	,328	,865
CIRA 22	46,3382	179,210	,465	,437	,854
CIRA 23	46,5636	177,714	,416	,256	,855
CIRA24R	46,8036	188,655	,081	,414	,863
CIRA 25	46,5055	184,630	,176	,180	,862
CIRA 29	46,8509	180,164	,410	,464	,855
CIRA 1	45,7636	179,867	,442	,385	,854
CIRA 4	46,5927	185,162	,149	,230	,863
CIRA 8	46,3964	176,824	,440	,420	,854
CIRA 11	45,8364	176,641	,462	,447	,853
CIRA 13	46,2764	176,172	,514	,437	,852
CIRA 15	46,5491	180,117	,369	,271	,856
CIRA 16	45,4436	178,810	,417	,385	,855
CIRA 18	46,6400	172,290	,649	,546	,848
CIRA 20	46,2545	176,468	,472	,374	,853
CIRA 26	46,1382	172,703	,544	,585	,850
CIRA 27	45,8400	178,675	,445	,369	,854
CIRA 28	46,6145	181,274	,333	,287	,857
CIRA 30	46,2509	173,714	,491	,455	,852
CIRA 31	45,2436	187,207	,116	,273	,863

**Escala estadísticos**

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
48,0109	191,755	13,84758	29

*TABLA DE ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LAS ESCALAS CIRA*

**Estadísticos descriptivos**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
CIRA_R	280	6,00	52,00	26,3214	8,44359
CIRA_E	275	3,00	42,00	21,6982	7,50570
CIRA	275	14,00	94,00	48,0109	13,84758
Valid N (listwise)	275				

## Anexo 8. TABLAS PEE-I

### FRECUENCIAS POR ITEM

**PEE 1**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	33	11,3	11,7	11,7
	1	249	85,6	88,3	100,0
	Total	282	96,9	100,0	
Missing	System	9	3,1		
Total		291	100,0		

**PEE2**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	7	2,4	2,5	2,5
	1	275	94,5	97,5	100,0
	Total	282	96,9	100,0	
Missing	System	9	3,1		
Total		291	100,0		

**PEE 3**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	145	49,8	51,4	51,4
	1	137	47,1	48,6	100,0
	Total	282	96,9	100,0	
Missing	System	9	3,1		
Total		291	100,0		

**PEE 4**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	241	82,8	85,5	85,5
	1	41	14,1	14,5	100,0
	Total	282	96,9	100,0	
Missing	System	9	3,1		
Total		291	100,0		

**PEE 5**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	175	60,1	62,1	62,1
	1	107	36,8	37,9	100,0
	Total	282	96,9	100,0	
Missing	System	9	3,1		
Total		291	100,0		

**PEE6**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	186	63,9	66,0	66,0
	1	96	33,0	34,0	100,0
	Total	282	96,9	100,0	
Missing	System	9	3,1		
Total		291	100,0		

**PEE7**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	2	,7	,7	,7
	1	280	96,2	99,3	100,0
	Total	282	96,9	100,0	
Missing	System	9	3,1		
Total		291	100,0		

**PEE8**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	142	48,8	50,4	50,4
	1	140	48,1	49,6	100,0
	Total	282	96,9	100,0	
Missing	System	9	3,1		
Total		291	100,0		

**PEE9**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	79	27,1	28,1	28,1
	1	202	69,4	71,9	100,0
	Total	281	96,6	100,0	
Missing	System	10	3,4		
Total		291	100,0		

**PEE10**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	200	68,7	71,2	71,2
	1	81	27,8	28,8	100,0
	Total	281	96,6	100,0	
Missing	System	10	3,4		
Total		291	100,0		

**PEE11**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	213	73,2	75,5	75,5
	1	69	23,7	24,5	100,0
	Total	282	96,9	100,0	
Missing	System	9	3,1		
Total		291	100,0		

**PEE12**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	230	79,0	81,9	81,9
	1	51	17,5	18,1	100,0
	Total	281	96,6	100,0	
Missing	System	10	3,4		
Total		291	100,0		

**PEE13**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	64	22,0	23,0	23,0
	1	214	73,5	77,0	100,0
	Total	278	95,5	100,0	
Missing	System	13	4,5		
Total		291	100,0		

**PEE14**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	93	32,0	33,0	33,0
	1	189	64,9	67,0	100,0
	Total	282	96,9	100,0	
Missing	System	9	3,1		
Total		291	100,0		

**PEE15**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	207	71,1	73,4	73,4
	1	75	25,8	26,6	100,0
	Total	282	96,9	100,0	
Missing	System	9	3,1		
Total		291	100,0		

**PEE16**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	188	64,6	66,7	66,7
	1	94	32,3	33,3	100,0
	Total	282	96,9	100,0	
Missing	System	9	3,1		
Total		291	100,0		

**PEE17**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	11	3,8	3,9	3,9
	1	271	93,1	96,1	100,0
	Total	282	96,9	100,0	
Missing	System	9	3,1		
Total		291	100,0		

**PEE18**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	213	73,2	77,7	77,7
	1	61	21,0	22,3	100,0
	Total	274	94,2	100,0	
Missing	System	17	5,8		
Total		291	100,0		

**PEE19**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	252	86,6	89,4	89,4
	1	30	10,3	10,6	100,0
	Total	282	96,9	100,0	
Missing	System	9	3,1		
Total		291	100,0		

**PEE20**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	183	62,9	65,1	65,1
	1	98	33,7	34,9	100,0
	Total	281	96,6	100,0	
Missing	System	10	3,4		
Total		291	100,0		

**PEE21**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	134	46,0	47,9	47,9
	1	146	50,2	52,1	100,0
	Total	280	96,2	100,0	
Missing	System	11	3,8		
Total		291	100,0		

**PEE22**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	70	24,1	24,9	24,9
	1	211	72,5	75,1	100,0
	Total	281	96,6	100,0	
Missing	System	10	3,4		
Total		291	100,0		

**PEE23**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	143	49,1	51,6	51,6
	1	134	46,0	48,4	100,0
	Total	277	95,2	100,0	
Missing	System	14	4,8		
Total		291	100,0		

**PEE24**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	62	21,3	22,1	22,1
	1	219	75,3	77,9	100,0
	Total	281	96,6	100,0	
Missing	System	10	3,4		
Total		291	100,0		

**PEE25**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	27	9,3	9,6	9,6
	1	254	87,3	90,4	100,0
	Total	281	96,6	100,0	
Missing	System	10	3,4		
Total		291	100,0		

**PEE26**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	91	31,3	32,4	32,4
	1	190	65,3	67,6	100,0
	Total	281	96,6	100,0	
Missing	System	10	3,4		
Total		291	100,0		

**PEE27**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	251	86,3	90,0	90,0
	1	28	9,6	10,0	100,0
	Total	279	95,9	100,0	
Missing	System	12	4,1		
Total		291	100,0		

**PEE28**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	16	5,5	5,7	5,7
	1	264	90,7	94,3	100,0
	Total	280	96,2	100,0	
Missing	System	11	3,8		
Total		291	100,0		

**PEE29**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	98	33,7	34,9	34,9
	1	183	62,9	65,1	100,0
	Total	281	96,6	100,0	
Missing	System	10	3,4		
Total		291	100,0		

**PEE30**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	167	57,4	60,1	60,1
	1	111	38,1	39,9	100,0
	Total	278	95,5	100,0	
Missing	System	13	4,5		
Total		291	100,0		

**PEE31**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	141	48,5	50,2	50,2
	1	140	48,1	49,8	100,0
	Total	281	96,6	100,0	
Missing	System	10	3,4		
Total		291	100,0		

**PEE32**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	45	15,5	16,0	16,0
	1	236	81,1	84,0	100,0
	Total	281	96,6	100,0	
Missing	System	10	3,4		
Total		291	100,0		

**PEE33**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	4	1,4	1,4	1,4
	1	277	95,2	98,6	100,0
	Total	281	96,6	100,0	
Missing	System	10	3,4		
Total		291	100,0		

**PEE34**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	110	37,8	39,1	39,1
	1	171	58,8	60,9	100,0
	Total	281	96,6	100,0	
Missing	System	10	3,4		
Total		291	100,0		

**PEE35**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	116	39,9	41,6	41,6
	1	163	56,0	58,4	100,0
	Total	279	95,9	100,0	
Missing	System	12	4,1		
Total		291	100,0		

**PEE36**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	242	83,2	86,4	86,4
	1	38	13,1	13,6	100,0
	Total	280	96,2	100,0	
Missing	System	11	3,8		
Total		291	100,0		

**PEE37**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	271	93,1	96,4	96,4
	1	10	3,4	3,6	100,0
	Total	281	96,6	100,0	
Missing	System	10	3,4		
Total		291	100,0		

**PEE38**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	163	56,0	58,0	58,0
	1	118	40,5	42,0	100,0
	Total	281	96,6	100,0	
Missing	System	10	3,4		
Total		291	100,0		

**PEE39**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	192	66,0	68,6	68,6
	1	88	30,2	31,4	100,0
	Total	280	96,2	100,0	
Missing	System	11	3,8		
Total		291	100,0		

**PEE40**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	259	89,0	92,2	92,2
	1	22	7,6	7,8	100,0
	Total	281	96,6	100,0	
Missing	System	10	3,4		
Total		291	100,0		

**PEE41**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	234	80,4	83,3	83,3
	1	47	16,2	16,7	100,0
	Total	281	96,6	100,0	
Missing	System	10	3,4		
Total		291	100,0		

**PEE42**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	198	68,0	70,5	70,5
	1	83	28,5	29,5	100,0
	Total	281	96,6	100,0	
Missing	System	10	3,4		
Total		291	100,0		

**PEE43**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	275	94,5	98,6	98,6
	1	4	1,4	1,4	100,0
	Total	279	95,9	100,0	
Missing	System	12	4,1		
Total		291	100,0		

**PEE44**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	255	87,6	90,7	90,7
	1	26	8,9	9,3	100,0
	Total	281	96,6	100,0	
Missing	System	10	3,4		
Total		291	100,0		

**PEE45**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	266	91,4	94,7	94,7
	1	15	5,2	5,3	100,0
	Total	281	96,6	100,0	
Missing	System	10	3,4		
Total		291	100,0		

**PEE46**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	261	89,7	93,2	93,2
	1	19	6,5	6,8	100,0
	Total	280	96,2	100,0	
Missing	System	11	3,8		
Total		291	100,0		

**PEE47**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	49	16,8	18,8	18,8
	1	211	72,5	81,2	100,0
	Total	260	89,3	100,0	
Missing	System	31	10,7		
Total		291	100,0		

**PEE48**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	177	60,8	63,4	63,4
	1	102	35,1	36,6	100,0
	Total	279	95,9	100,0	
Missing	System	12	4,1		
Total		291	100,0		

*TABLA DE ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LAS ESCALAS PEE-I*

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
PEE_S	270	1,00	12,00	5,8926	2,10495
PEE_A	255	5,00	12,00	9,1216	1,73118
PEE_P	275	,00	10,00	4,5855	2,14165
PEE_I	274	,00	10,00	2,7920	1,64544
Valid N (listwise)	247				