



VNIVERSITAT ID VALÈNCIA

Facultat de Medicina i Odontologia  
Programa de Doctorat en Medicina

**VALIDACIÓN Y ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL DEL  
CUESTIONARIO PSAPQ AL IDIOMA ESPAÑOL Y  
ESTUDIO DE LOS FACTORES SOCIO-  
EPIDEMIOLÓGICOS QUE INFLUYEN EN EL GRADO DE  
SUPERVISIÓN PARENTAL, COMO MÉTODO DE  
PREVENCIÓN DE ACCIDENTES INFANTILES NO  
INTENCIONADOS.**

**Doctoranda:** Leyre Martí Martí

**Departamento:** Departamento de Pediatría, Obstetricia y  
Ginecología. Facultad de Medicina y Odontología. Universitat  
de València.

Valencia, Junio 2019



**Título:** VALIDACIÓN Y ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL DEL CUESTIONARIO PSAPQ AL IDIOMA ESPAÑOL Y ESTUDIO DE LOS FACTORES SOCIO-EPIDEMIOLÓGICOS QUE INFLUYEN EN EL GRADO DE SUPERVISIÓN PARENTAL, COMO MÉTODO DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES INFANTILES NO INTENCIONADOS.

**Autora:** Dña. Leyre Martí Martí. Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universitat de València.

**Directora:** Prof<sup>a</sup>.Dra. Dña. Pilar Codoñer Franch.

**Co-director:** Prof.Dr.D. Jose María Tenías Burillo

## **AGRADECIMIENTOS:**

A Jose Ramón, mi padre, por ser un referente de espíritu y superación en mi vida. Por la fuerza y el optimismo que siempre me has dado y porque nunca me has dejado desfallecer.

A Elia, mi madre, por las convicciones y el temperamento que me has inculcado. Por hacerme creer siempre que podía llegar a lo más lejos.

A los dos gracias por las horas y horas a mi lado estudiando y dándome fuerzas y porque sin vosotros nada de esto hubiese sido posible.

A Víctor ( mi bichito) porque eres la suerte de mi vida. Gracias por estar siempre ahí y por aportarme la calma y la serenidad, parte de esta tesis es tuya.

A mis abuelos ( Dionís, Carmen y Alberto) que allá dónde estén siempre me han ayudado y dado fuerzas para seguir.

A mi abuela Elia, por ser una de las personas más importantes de mi vida.

A Pilar, porque sin su impulso no hubiese empezado esta aventura. Por estar ahí en los buenos y malos momentos y por ayudarme siempre en todo lo que he necesitado.

A Chema, porque si no te hubiese encontrado en este camino esto no hubiese sido posible. Gracias por ayudarme tanto ( aunque a veces haya sido un poco pesada), me llevo de todo esto un gran amigo que espero que sea para siempre.

A los grandísimos pediatras Marta, Silvia,Pascual, José, Mayte,Marta, por la gran ayuda que me habéis dado para que todo esto fuese posible.

A mi gran amiga Paula, por ser uno de mis referentes tanto en la vida profesional como personal, una persona que admiro mucho. Y a mi amiga Alba, por estar siempre ahí aportando una sonrisa a todo.

A mis amigas mediquillas, por hacerlo todo tan fácil.

Y a todas las personas que forman parte de mi vida y que, aunque ellas no lo sepan, han aportado su granito de arena durante estos cinco años y han hecho que este trabajo vea la luz.

# ÍNDICE



---

## Lista de contenidos

<b>LISTA DE TABLAS Y FIGURAS.....</b>	<b>4</b>
<b>LISTA DE SÍMBOLOS, ABREVIATURAS Y SIGLAS.....</b>	<b>10</b>
<b>I: INTRODUCCION GENERAL.....</b>	<b>12</b>
1.1: Definiciones.....	13
1.2: Epidemiología.....	19
1.3: Patogenia.....	37
1.4: Concepto Supervisión Parental.....	46
1.5: Instrumentos medición Supervisión Parental...54	
1.6: Justificación del estudio.....	58
<b>II: HIPÓTESIS.....</b>	<b>61</b>
<b>III: OBJETIVOS.....</b>	<b>63</b>
<b>IV: METODOLOGÍA.....</b>	<b>67</b>
4.1 Tipo estudio.....	68
4.2 Sujetos del estudio y criterios de inclusión.....	69
4.3 Fases del estudio.....	75

---

<b>V: RESULTADOS .....</b>	<b>82</b>
5.1 Fase traducción y retrotraducción.....	83
5.2 Resultados respuestas carácter socio- epidemiológico.....	113
<b>VI: DISCUSIÓN.....</b>	<b>131</b>
6.1 Limitaciones y puntos fuertes.....	157
6.2 Implicaciones para la práctica clínica.....	161
6.3 Propuestas investigación futuras.....	163
<b>VII: CONCLUSIONES FINALES.....</b>	<b>166</b>
<b>VIII: BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>172</b>
<b>IX: APÉNDICE.....</b>	<b>194</b>
9.1: Anexo 1: Matriz componentes rotados.....	195
9.2: Anexo 2: Premios y publicaciones .....	197
9.3: Anexo 3: Autorización Dra.B.Morrongiello.....	199

## **LISTA DE TABLAS Y FIGURAS.**

*Tablas en orden de aparición:*

**Tabla 1:** Principales causas de muerte en los niños, en ambos sexos, en todo el mundo, año 2004

**Tabla 2:** Causas accidentes infantiles según padres

**Tabla 3:** Causas accidentes infantiles según pediatras

**Tabla 4:** Porcentaje niños quedan solos en casa

**Tabla 5:** Relación accidentes-niños quedan solos en casa

**Tabla 6:** Grado supervisión atendiendo comportamiento hijos

**Tabla 7:** Versión primera traductora

**Tabla 8:** Versión segunda traductora

**Tabla 9:** Versión de la primera retrotraducción

**Tabla 10:** Versión de la segunda retrotraducción

**Tabla 11:** Comparabilidad de la versión original y la retrotraducida junto con la versión en castellano considerada más adecuada

**Tabla 12:** Versión 1.1 PSAPQ test adaptado al Español

**Tabla 13:** Matriz de componentes rotados del cuestionario PSAPQ

**Tabla 14:** Descriptivos de las dimensiones del cuestionario.

**Tabla 15:** Consistencia interna de la versión española del cuestionario PSAPQ

**Tabla 16:** Coeficientes de correlación de Pearson de la prueba de test-retest de la versión española del cuestionario PSAPQ (Parental Supervision Attributes Profile Questionnaire).

**Tabla 17:** Descriptivos de las dimensiones del cuestionario

**Tabla 18:** Municipios de procedencia en los que se ha realizado el estudio.

**Tabla 19:** Nivel socio-económico de los padres

**Tabla 20:** Nivel de estudios

**Tabla 21:** Distribución de nacionalidades de los padres

**Tabla 22:** Distribución y posición entre los hermanos

**Tabla 23:** Grado de supervisión parental percibido por el profesional sanitario

**Tabla 24:** Respuestas al cuestionario PSAPQ ( n=149)

**Tabla 25:** Grado de supervisión parental según el cuestionario PSAPQ y la percepción del profesional sanitario

**Tabla 26:** : Dimensiones del cuestionario PSAPQ en relación con el género del niño/a

**Tabla 27:** Correlaciones entre la edad del sujeto en el momento de la consulta y las dimensiones del cuestionario PSAPQ

**Tabla 28:** Asociación entre el nivel socio-económico de los padres y el grado de supervisión parental

**Tabla 29:** Asociación entre el nivel socioeconómico de los padres ( 3 categorías) y el grado de supervisión parental.

**Tabla 30:** Asociación entre el nivel de estudios de los padres y el grado de supervisión parental.

**Tabla 31:** Asociación entre la nacionalidad de los padres y el grado de supervisión parental

**Tabla 32:** Asociación entre supervisión parental y ser hijo único

**Tabla 33:** Asociación entre grado de supervisión parental y la posición entre los hermanos

**Tabla 34:** Asociación entre los antecedentes de enfermedad o siniestralidad del niño/a y el grado de supervisión parental

**Tabla 35:** Comparación nivel estudios de los padres entre los trabajos Canadiense, Portugués y Español

**Tabla 36:** Comparación nivel estudios de las madres entre los trabajos Canadiense, Portugués y Español

**Tabla 37:** Comparación  $\alpha$  de Cronbach entre entre los estudios de Morrongiello & Corbett(Canadá), Andrade et al.(Portugal) y el presente estudio

**Tabla 38:** Comparación correlación de Pearson entre los estudios de Morrongiello & Corbett (Canada), Andrade et al. (Portugal) y el presente estudio.

*Figuras en orden de aparición:*

**Figura 1:** Defunciones totales según causa muerte

**Figura 2:** Causas defunciones niños 1-14 años

**Figura 3:** Causas externas productoras defunciones en edad pediátrica

**Figura 4:** Mortalidad por causas externas según franjas de edad

**Figura 5:** Localizaciones accidentes domésticos

**Figura 6:** Localizaciones accidentes fuera del hogar

**Figura 7:** PSAPQ test original

**Figura 8:** Diagrama de cajas y bigotes de las dimensiones del cuestionario

**Figura 9:** Localización centros salud en la provincia de Valencia.

**Figura 10:** Localización de los centros de salud en la ciudad de Valencia.

**Figura 11:** Histograma de la edad de los sujetos seleccionados

**Figura 12:** Dimensiones del cuestionario PSAPQ en relación con el género del niño/a

**Figura 13:** Promedio de las dimensiones del cuestionario PSAPQ en relación a la composición de los padres según la edad

## **LISTA DE ABREVIATURAS, SÍMBOLOS Y SIGLAS.**

*En orden alfabético:*

**Acum:** Acumulado

**AEPAP:** Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

**$\alpha$ :** alfa

**CEIC:** Comité Ético de Investigación Clínica

**Cm:** Centímetros

**DADO:** Estudio de Detección de Accidentes Domésticos y de Ocio

**DE:** Desviación estandar

**Dr:** Doctor

**Dra:** Doctora

**EEUU:** Estados Unidos de América

**H.U:** Hospital Universitario

**IDB:** Injury Data Base

**INE:** Instituto Nacional de Estadística

**N:** Tamaño muestral

**NSE:** Nivel socio-económico

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**ONU:** Organización de las Naciones Unidas

**P:** p-valor

**P.E:** Por ejemplo

**PSAPQ test:** Parenteral Supervision Attributes Profile  
Questionnaire

**RAE:** Real Academia Española de la Lengua

**UNICEF:** Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones  
Unidas para la Infancia

# INTRODUCCIÓN

## DEFINICIONES

Actualmente existe controversia acerca de la terminología en cuando a la nomenclatura de lesión/accidente no intencionado.

Según el diccionario de la RAE se define:

- Lesión: Daño o detrimento corporal causado por una herida, un golpe o una enfermedad.
- Accidente: Suceso eventual o acción de que resulta daño involuntario para las personas o las cosas.

El hecho de que la RAE indique que el accidente resulta de una acción “involuntaria” indica que no se puede actuar frente ella y, por tanto, no se puede evitar.

Es por ello que actualmente existen publicaciones en las que se apoya más el uso del término “Lesión no intencionada” que “Accidente no intencionado”.

En esta Tesis Doctoral ambos términos se van a utilizar de forma sinónima.

Las lesiones/accidentes van a producir patología como consecuencia de una brusca exposición a una energía (mecánica, térmica, química, eléctrica, radiaciones ionizantes o combinación de todas ellas) que sobrepase el margen de tolerancia del individuo.

Los accidentes infantiles pueden ser considerados un problema de salud pública tanto por la morbi-mortalidad que éstos producen de forma inesperada en pacientes pediátricos previamente sanos como por las repercusiones sociales y psicológicas a nivel del paciente y sus familias.

Además, son prevenibles y predecibles cuando se toman las medidas necesarias<sup>1,2</sup>.

A nivel internacional existen diversos documentos realizados por diversas instituciones cuya temática principal son los accidentes infantiles: La ONU y la OMS, a través de sus convenciones, han realizado contribuciones en relación a las lesiones no intencionadas:

**Convención sobre los Derechos del Niño** (Unicef 2006)<sup>3</sup>: “Los niños de todo el mundo tienen derecho a disfrutar de un ambiente sin riesgos, protegidos de las lesiones y de la violencia.

Las instituciones, los servicios públicos y los establecimientos responsables de la atención o la protección de los niños deben

ajustarse a las normas establecidas, en particular en los ámbitos de la seguridad y la salud”.

**Objetivos de Desarrollo del Milenio<sup>4</sup>:** El cuarto objetivo “reducir en dos tercios la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años entre 1990-2015”.

**Informe mundial sobre la prevención de las lesiones en los niños (OMS y Unicef,2008-2012)<sup>5</sup>:**

Este informe está realizado con la colaboración de alrededor de 180 expertos mundiales en este tema. “Esta edición en español del Informe mundial sobre prevención de las lesiones en los niños pone al alcance de los hispanohablantes la información necesaria para impulsar la formulación de políticas y promover la investigación sobre la materia. Debemos contribuir a que las lesiones infantiles se conviertan en un tema central de acción para continuar protegiendo la vida y la calidad del desarrollo infantil”. Concluye que si se adoptaran medidas preventivas de eficacia demostrada podría salvarse la vida de al menos 1000 niños al día.

A nivel de la Unión Europea existe el ***injury data base ( IDB)***<sup>6</sup> cuya finalidad es agrupar los datos de los diferentes sistemas de recogida de información de accidentes infantiles atendidos en unidades de urgencias pediátricas en diferentes hospitales de distintos países de la unión europea. Esta base de datos posee información sobre accidentes a nivel del hogar, deportivos, etc. con la finalidad de conocer mejor las circunstancias en las que se producen estos accidentes y de esta forma planificar medidas/campañas de prevención.

Sin embargo, los sistemas de registro utilizados en cada uno de los países participantes eran diferentes por lo que se dificultaba la comparabilidad entre los datos.

Por este motivo, desde la *Alianza Europea para la seguridad infantil ( European Child Safety Alliance)* , además de este programa, y dada la importancia de los accidentes infantiles, se han realizado otros diferentes con el mismo objetivo, el último ha sido el ***JAMIE- Joint Action on Monitoring Injuries in Europe***<sup>7</sup> La finalidad de este programa realizado principalmente entre los años 2010-2015, fue la de unificar los criterios de recogida de datos entre los diferentes hospitales de los diferentes países de la UE participantes en el proyecto ( los cuales notifican los casos a través de la IBD) para que de esta forma, los datos fuesen comparables.

Si nos centramos en nuestro país, existen también diversos estudios y sistemas de recogida de datos cuyo objetivo principal son los factores de riesgo de accidentes infantiles. El primero de ellos es el Programa de Detección de accidentes domésticos y de ocio (DADO)<sup>8</sup>, impulsado por el Ministerio de Sanidad desde el año 2007 y que forma parte del HLTA (Household and in Leisure Time Activities Accidents) que es un sistema comunitario a nivel de la UE de recogida e intercambio de datos de accidentes infantiles. En este programa se pueden encontrar básicamente datos descriptivos tanto sobre siniestralidad infantil por accidentes así como de sobre sus posibles factores de riesgo.

Además de este programa, también podemos encontrar datos en:

- Instituto nacional de estadística ( INE)<sup>9</sup>
- Informes sobre siniestralidad de la dirección general de tráfico<sup>10</sup> Observatorio toxicológico de la Sociedad Española de Urgencias pediátricas<sup>11</sup>
- Empresas privadas como Fundación Mapfre<sup>12</sup>.

A nivel de la comunidad valenciana no hemos encontrado ningún registro específico sobre este tema aunque si existen iniciativas cuya finalidad es la disminución de los accidentes no intencionados como la de la Sociedad Valenciana de pediatría que en su página web en el año 2018 ha publicado una serie de consejos para disminuir la incidencia de estos accidentes en verano<sup>13</sup>.

Todo esto refleja que los accidentes infantiles son un tema de gran importancia para organismos de elevada relevancia a nivel tanto a nivel nacional como internacional y que en la actualidad sigue estando en continuo proceso de estudio.

## **EPIDEMIOLOGÍA**

### DATOS MUNDIALES

Según el Informe Mundial sobre prevención de las lesiones en los niños realizado por OMS y Unicef<sup>5</sup>, las lesiones no intencionadas causan anualmente alrededor de 830.000 muertes.

En este informe se refleja que las principales causas de siniestralidad son

- Accidentes de tráfico: suponen la principal causa de muerte en niños de 10-19 años con alrededor de 260.000 fallecimientos anuales y, una de las causas de morbilidad más importantes.
- Ahogamientos: producen alrededor de 175.000 fallecimientos al año. Suponen una causa de discapacidad muy importante debido a las secuelas neurológicas que producen en gran parte de los supervivientes de estas edades.
- Quemaduras: producen alrededor de 96.000 fallecimientos al año, sobretodo en países poco desarrollados.
- Caídas: son la causa de mortalidad de alrededor de 47.000 niños al año.
- Intoxicaciones no intencionales: por esta causa mueren alrededor de 45.000 niños al año.

**Tabla 1:** Principales causas de muerte en los niños, en ambos sexos, en todo el mundo, año 2004

Lugar	Menores de 1 año	1-4 años	5-9 años	10-14 años	15-19 años	Menores de 20 años
1	Causas perinatales	Infecciones de las vías respiratorias bajas	Infecciones de las vías respiratorias bajas	Infecciones de las vías respiratorias bajas	Traumatismos causados por el tránsito	Causas perinatales
2	Enfermedades diarreicas	Enfermedades diarreicas	Traumatismos causados por el tránsito	Traumatismos causados por el tránsito	Lesiones autoinfligidas	Infecciones de las vías respiratorias bajas
3	Infecciones de las vías respiratorias bajas	Sarampión	Malaria	Ahogamiento	Violencia	Enfermedades diarreicas
4	Malaria	Malaria	Enfermedades diarreicas	Malaria	Infecciones de las vías respiratorias bajas	Malaria
5	Anomalías congénitas	Infección por el VIH/sida	Meningitis	Meningitis	Ahogamiento	Sarampión
6	Tos ferina	Anomalías congénitas	Ahogamiento	Infección por el VIH/sida	Tuberculosis	Anomalías congénitas
7	Infección por el VIH/sida	Malnutrición proteico-calórica	Malnutrición proteico-calórica	Tuberculosis	Quemaduras por fuego	Infección por el VIH/sida
8	Tétanos	Ahogamiento	Sarampión	Enfermedades diarreicas	Infección por el VIH/sida	Traumatismos causados por el tránsito
9	Meningitis	Traumatismos causados por el tránsito	Tuberculosis	Malnutrición proteico-calórica	Leucemia	Tos ferina
10	Sarampión	Meningitis	Infección por el VIH/sida	Lesiones autoinfligidas	Meningitis	Meningitis
11	Malnutrición proteico-calórica	Quemaduras por fuego	Quemaduras por fuego	Leucemia	Hemorragia materna	Ahogamiento
12	Sifilis	Tos ferina	Caidas	Quemaduras por fuego	Caidas	Malnutrición proteico-calórica
13	Trastornos endocrinos	Tuberculosis	Anomalías congénitas	Guerra	Intoxicaciones	Tétanos
14	Tuberculosis	Infecciones respiratorias altas	Epilepsia	Violencia	Aborto	Tuberculosis
15	Infecciones respiratorias altas	Sifilis	Leucemia	Tripanosomiasis	Epilepsia	Quemaduras por fuego

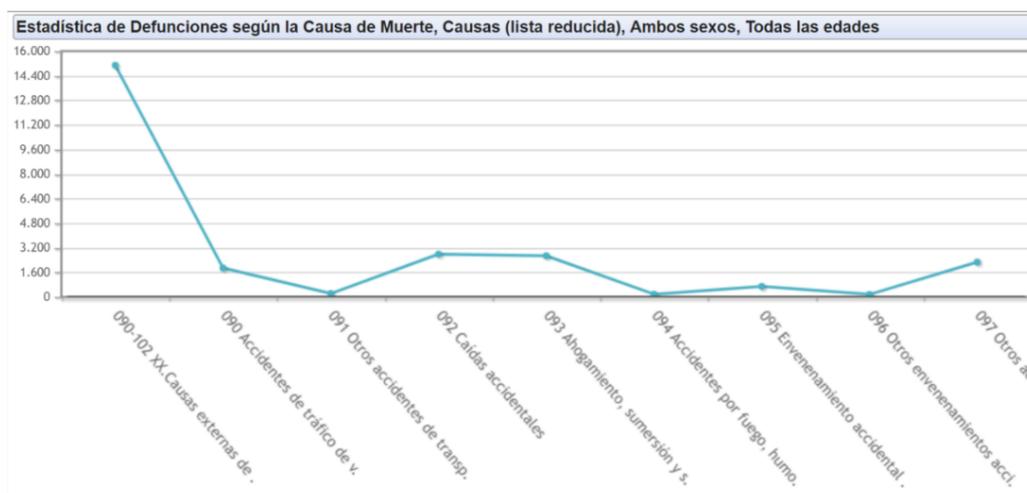
Fuente: OMS (2008), Carga Mundial de Morbilidad, actualización del 2004.

Además, en este informe se refleja que la distribución mundial de este tipo de accidentes no es igual ya que, en regiones con menos recursos económicos como África las tasas de morbi-mortalidad por esta causa son mucho mayores ( alrededor de 10 veces mayores) que en países con elevado nivel socio-económico como Europa o Pacífico Oriental.

A pesar de que muchos países, sobre todo desarrollados, han conseguido disminuir las tasas de este tipo de accidentes, siguen representando un grave problema de salud pública. Es por ello, que en la actualidad se están llevando a cabo diversas actividades, tanto por parte del gobierno y las comunidades autónomas, como de empresas privadas, encaminadas a realizar campañas de concienciación social, sobre todo a nivel de los peligros ambientales ( sillitas del coche, equipamientos de parques,...). Sin embargo, para que estas medidas funcionen, los padres deben ser capaces de tener conciencia de los riesgos y saber aplicar todas estas medidas.

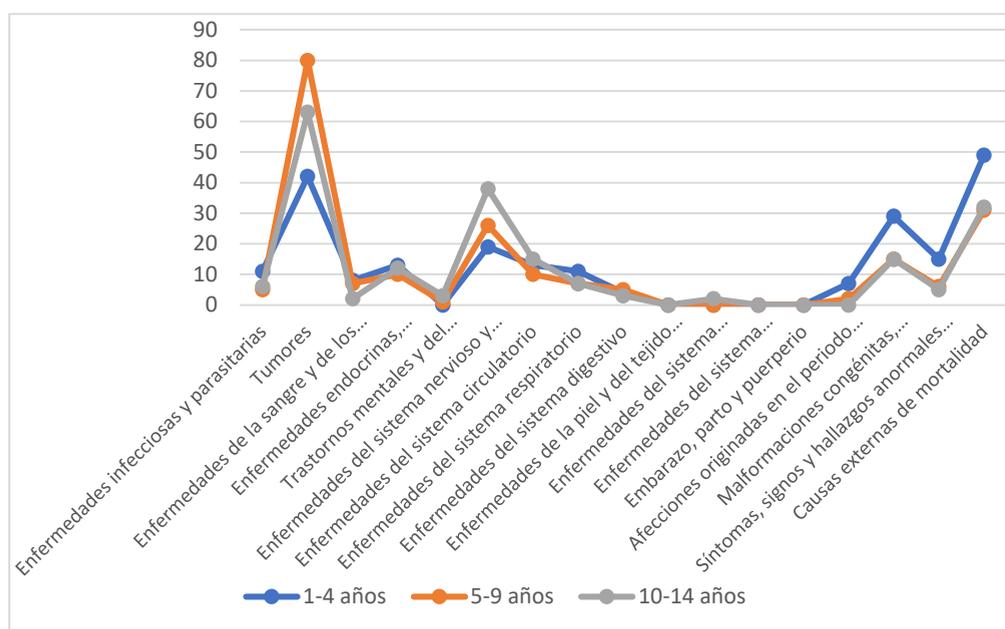
DATOS ESPAÑOLES

En nuestro país, según los últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2017<sup>9</sup> y referentes al año 2015, en ese año se produjeron un total de 15.079 fallecimientos por causas externas en todas las franjas de edad y en ambos sexos, de las cuales 10.827 fueron secundarios a lesiones no intencionadas (Figura 1).



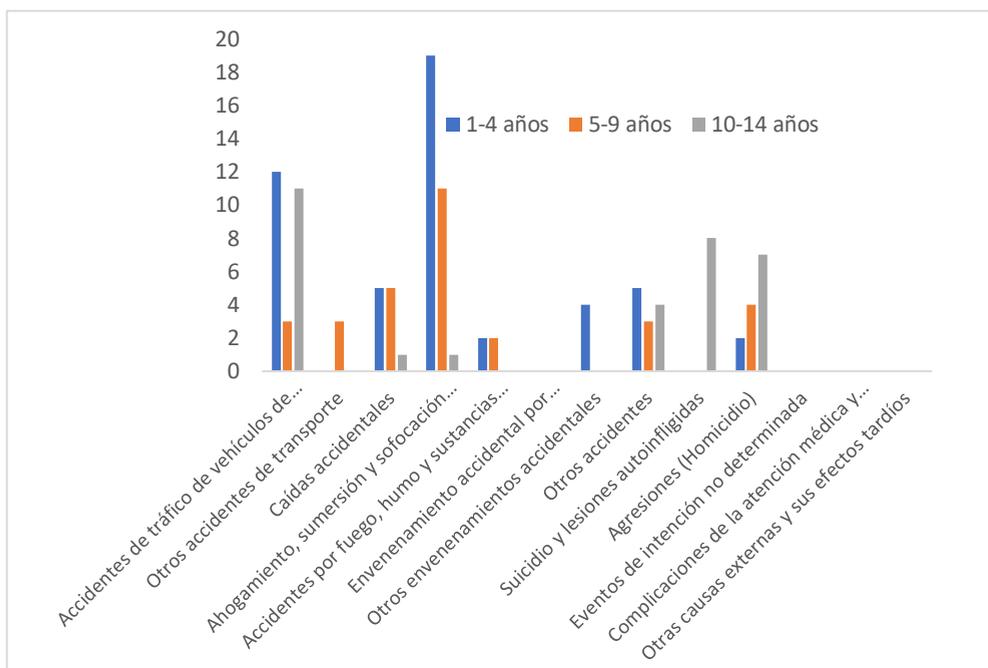
**Figura 1:** Defunciones totales según causa muerte. Fuente: INE 2015

De estos 15.079 fallecimientos por causas externas, 112 ( 0,74 % del total de los fallecimientos por causa externa) corresponden a personas comprendidas entre 1-14 años ( 17,8% del total de fallecimientos en esta franja de edad); siendo la segunda causa de muerte en la población pediátrica española tras las enfermedades oncológicas y la primera en niños previamente sanos (Figura 2).



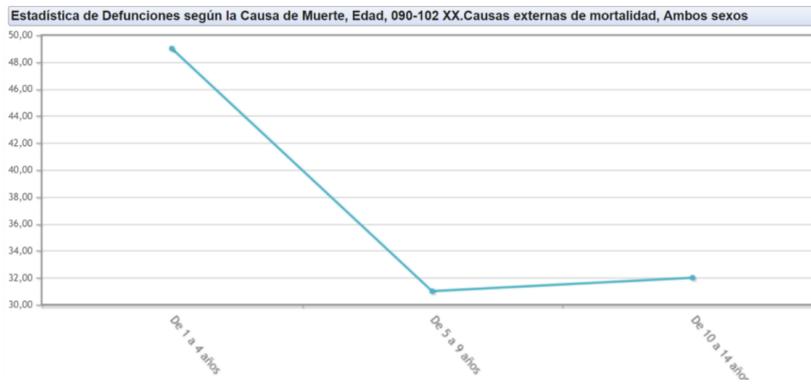
**Figura 2:** Causas defunciones niños 1-14 años. Fuente: INE 2015

Si se analizan las causas externas productoras de mortalidad en la franja de edad de 1-14 años, observamos que 91 de los casos (81,25% del total de causas externas) son de tipo no intencionado (Figura 3).



**Figura 3:** Causas externas productoras defunciones en edad pediátrica. Fuente: INE 2015

La franja de edad en la que se aprecia una mayor mortalidad por causa externa es de 1-4 años (Figura 4):



**Figura 4:** Mortalidad por causas externas según franjas de edad.

Fuente: INE 2015

En los resultados que presenta el Instituto nacional de estadística no se encuentra especificado la localización donde se produjeron estos accidentes. Sin embargo, en el informe realizado por la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPAP) junto con la Fundación Mapfre<sup>12</sup> publicado en el año 2014, si se recogen estos datos. Destaca que un 57,2% del total de accidentes se producen fuera del hogar frente un 42,8% que se producen en su interior. A nivel internacional también se registran datos similares<sup>14,15</sup>.

Es por esta razón por la cual la mayoría de estudios encaminados a valorar factores de riesgo de accidentes infantiles y posibles actuaciones para evitarlas, están dirigidos al hogar<sup>16,17,18,19</sup>.

Las causas más frecuentes de lesiones no intencionadas son: accidentes de tráfico, bicicleta y atropellos; caídas; ahogamientos y envenenamientos<sup>15</sup>.

En los dos gráficos siguientes, vamos a desglosar los porcentajes de los accidentes producidos tanto a nivel doméstico como fuera del hogar (Figuras 5 y 6).

**Figura 5:** Localizaciones accidentes domésticos





**Figura 6:** Localizaciones accidentes fuera del hogar

Además de la mortalidad que estos accidentes producen, una de sus consecuencias más importantes son la morbilidad, y secundariamente carga psicológica, tanto para el paciente como para su entorno, que éstos representan.

A nivel internacional, existen diversas referencias a este respecto:

Informe mundial de la OMS y Unicef<sup>5</sup>: “ Las lesiones de los niños constituyen un importante problema de salud pública y desarrollo. Además de las 830 000 muertes anuales, millones de niños sufren lesiones no mortales que a menudo necesitan hospitalización y rehabilitación prolongadas”.

”El costo de esos tratamientos pueden conducir a toda la familia a la pobreza. Los niños de las familias y las comunidades más pobres corren mayor riesgo de sufrir lesiones porque tienen menores probabilidades de beneficiarse de los programas de prevención y de servicios de salud de calidad.”

En este informe, aparece una cita a este respecto del Dr. Etienne Krug, Director del Departamento OMS de Prevención de la Violencia y los Traumatismos y Discapacidad: “Cuando un niño queda desfigurado por una quemadura o paralítico por una caída o cuando sufre una lesión cerebral por ahogamiento o un traumatismo emocional por algún incidente grave de este tipo, los efectos pueden persistir durante toda la vida. Todas esas tragedias son evitables”.

Registro de Trauma Pediátrico Argentina<sup>20</sup>: para una serie de 5.633 pacientes: 37,6% de morbilidad al ingreso (un tercio aproximadamente) persiste al año con diversos grados de secuelas: lesiones o trastornos neurológicos, cicatrices/deformidades, estrés posttraumático del niño y su familia, etc.

A nivel nacional se disponen de dos registros:

Encuesta de morbilidad hospitalaria del año 2015<sup>21</sup>: las lesiones secundarias a causa externa en la franja de edad de 1-14 años supusieron un total de 24.270 motivos de atención sanitaria ( 10,27% total), lo que supone una morbilidad de 1258/100.000 habitantes.

En el estudio de Accidentes en la población infantil realizado por la Fundación Mapfre<sup>12</sup> en el año 2014, se cita que tras el accidente, el 72,9% de los niños necesitaron atención médica. De éstos, el 4,1% precisó ingreso hospitalario.

Además de todo esto, también se deben tener en cuenta las repercusiones económicas a las que los accidentes no intencionados dan lugar:

En Estados Unidos, se ha realizado una evaluación en la que se demuestra que los costes médicos y las pérdidas de productividad secundarias a las lesiones no intencionadas en niños 0-14 años de edad son aproximadamente de 50.000 millones de dólares anuales<sup>22</sup>.

El informe Europeo de la OMS<sup>5</sup> estima que el coste por atención médica urgente y los ingresos hospitalarios secundarios a lesiones por accidentes infantiles es de aproximadamente 19 Euros per cápita en niños 0-14 años.

En España solo existe una estimación que es la que realizó la Dirección General de Tráfico en 2013<sup>10</sup>, estimando un coste anual de los accidentes de tráfico 5.000-9.000 millones de Euros.

A pesar de todos estos datos, la incidencia real de las secuelas no se conoce con exactitud por falta de registros adecuados y seguimientos a largo plazo.



Todos estos datos que hemos citado hasta este momento, reflejan la necesidad del estudio de los factores de riesgo que tiene como consecuencia la aparición de accidentes no intencionados, para de esta forma intentar prevenirlos lo máximo posible y disminuir la incidencia de los mismos.

En España existen dos grandes estudio descriptivos con esta finalidad:

El primero de ellos es el estudio de Detección de Accidentes domésticos y de ocio (DADO<sup>8</sup>), publicado por el Instituto Nacional de Consumo junto con el Ministerio de Sanidad y Consumo, en el año 2007.

Posteriormente, entre Noviembre de 2013- Enero de 2014, y dada la elevada incidencia y prevalencia que los accidentes infantiles en nuestro país representan, la red de Pediatras Centinela de la AEPap, junto con la fundación Mapfre, realizaron un estudio a nivel nacional<sup>12</sup> en el que participaron 204 Pediatras con un total de 1726 cuestionarios recogidos. De esta forma, se realizó un estudio descriptivo muy amplio sobre los accidentes ocurridos a esta muestra en el último año y los posibles factores de riesgo que los propiciaron.

De entre los resultados obtenidos, cabe destacar:

El lugar de producción de los accidentes varía con la edad del sujeto accidentado (en los más pequeños se producen en domicilio mientras que los más mayores en colegio o lugares de esparcimiento).

Existen factores socio-demográficos que influyen en la aparición de accidentes Infantiles:

- Posición que ocupan los niños con respecto al número de hermanos: los más accidentados so los segundos de dos hermanos (32,3%), seguidos de los hijos únicos (27,4%).
- Si se quedan solos en casa en algún momento del día o no: tiene más riesgo los que se quedan solos en algún momento del día.
- Edad del niño: A cualquier edad, los mecanismos más frecuentes son las caídas al suelo o los golpes contra personas, animales u objetos.

Los menores de dos años sufren con más frecuencia intoxicaciones mientras que la franja comprendida entre 2-4 años son ahogamientos, atragantamientos, ingesta de cuerpos extraños. Ya los mayores de 4 años, la causa más frecuente de accidentes no intencionados son las mordeduras de animales.

- Antecedentes personales de alguna enfermedad o trastorno:  
12,1% diagnosticados de alguna patología.

Probablemente este resultado esté más influenciado por la ingesta medicamentosa de los niños con patología de base que con ésta en sí ya que, en este estudio se ha demostrado que existe un mayor número de accidentes no intencionados en niños que toman algún tipo de medicación de forma mantenida respecto a los que no.

Es importante recalcar que en este estudio se indica que, según los padres, las causas de producción de los accidentes infantiles son (Tabla 2), predominantemente, el azar, la imprudencia del niño y el descuido del cuidador (Tabla 2).

**Tabla 2:** Causas accidentes infantiles según padres

Causas	Número	%
Azar,casualidad	794	46
Imprudencia o temeridad niño	366	21,2
Descuido o distracción cuidador	242	14
Falta medidas preventiva	54	3,2
Suma de varios	270	15,6

Cuando se realizó esta misma pregunta a los Pediatras, el 60,16% de los mismos indican que son secundarios a descuido o negligencia de los cuidadores. El 12,1% pensaba que era debido al azar (Tabla 3).

**Tabla 3:** Causas accidentes infantiles según pediatras

Causa	%
<b>Descuido o negligencia por parte cuidadores</b>	60,16
<b>Falta adopción medidas prevención</b>	25,8
<b>Azar</b>	12,1

Si analizamos estos datos, destaca la diversidad de opinión existente entre los padres y los profesionales sanitarios.

El 45% de los padres o cuidadores opinan que los accidentes son debidos al azar.

Sin embargo, más de la mitad de este segundo grupo opina que la causa principal de la producción de accidentes es debido a un descuido o negligencia por parte de los padres y, por tanto, la gran mayoría de estos accidentes serían prevenibles mediante campañas que alertaran a los padres o cuidadores de que deben supervisar más a sus hijos.

Además de estos estudios, existen en nuestro país diversos grupos cuya finalidad es la de desarrollar actividades encaminadas a la prevención de este tipo de accidentes, entre ellos se encuentra el Grupo de trabajo de prevención en la infancia y adolescencia (PrevInfad/PAPPS) que forma parte de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria<sup>23</sup>.

También cabe reseñar el Observatorio Toxicológico de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas<sup>24</sup>, del cual forman parte unos 50 hospitales Españoles recogiendo datos prospectivos acerca de las circunstancias de los accidentes producidos por intoxicación.

## PATOGENIA

El alcance de los accidentes infantiles hace que sea muy importante el estudio de los factores de riesgo que los propician<sup>25,26</sup>.

En la aparición de un accidente no intencionado existen diversos factores a tener en cuenta<sup>5,27,28,29</sup> cada uno de ellos supuestamente condicionado por diversos subfactores.

### 1) HUÉSPED

Se ha de tener en cuenta que los niños tienen una idiosincrasia particular por lo que, las lesiones en este grupo de edad están muy relacionadas con la actividad que realizan la cual, está condicionada por diversos factores como:

- **Sexo:** No se ha encontrado en ningún estudio diferencias estadísticamente significativas entre el sexo y el riesgo de accidentes infantiles. Sin embargo, existen condicionantes culturales que determinan la actividad de cada sexo y por tanto, los diferentes factores de riesgo en cada uno de ellos ( por ejemplo, existen culturas en que las niñas permanecen más tiempo en el hogar que en lugares de esparcimiento por lo que tiene más riesgo de sufrir algún tipo de accidente doméstico que en otras localizaciones).

- **Edad<sup>12</sup>**: Las características evolutivas de cada grupo de edad, condicionan el mayor o menor grado de susceptibilidad a sufrir una lesión no intencionada, así como el medio en el que se producen. En la etapa preescolar ( a partir de los 12 meses de vida) cuando se inicia la deambulaci3n, es una de las de mayor riesgo de accidentes tanto por la inestabilidad a la marcha que presentan como por el aumento de la curiosidad por descubrir que se asocia a esta edad. En esta etapa, como se ha citado anteriormente, la mayoría de accidentes se producen en el hogar ya que es el 3mbito en el que mayor tiempo permanecen.

En la 3poca preescolar existe tambi3n un riesgo elevado de accidentes no intencionados dada la escasa percepci3n del riesgo que estos pacientes tienen y la persistencia de la necesidad de descubrimiento del entorno que estos ni3os tienen. En este grupo de edad predominan los accidentes en el hogar<sup>30</sup> pero tambi3n en lugares de esparcimiento como parques.

La 3poca escolar es la que menos accidentes no intencionados se registran dado que estos ni3os tiene mayor percepci3n del riesgo y atienden m3s a las indicaciones de los cuidadores. En

este grupo de edad predominan los accidentes en el ámbito escolar y lugares de esparcimiento.

La época adolescente vuelve a ser un factor de riesgo dado que estos pacientes también tiene menor percepción del riesgo así como el negativismo innato en esta edad hacia todas las indicaciones de seguridad que se dan por parte de los adultos. En este grupo de edad empieza a predominar los accidentes de tráfico, sobre todo debidos a las motocicletas.

- **Estado de salud<sup>12</sup>:** como se ha ampliado anteriormente, los niños que poseen algún tipo de patología crónica tiene más riesgo de sufrir un accidente no intencionado que aquellos aparentemente sanos.

Además, los niños que toman algún tipo de medicación crónica ( sobre todo psicofármacos) tiene más riesgo que los que la toman de forma intermitente o no toman ninguna.

- **Comportamiento:** La personalidad de cada niño influye en que tengan mayor o menor percepción del riesgo y también que obedezcan en mayor o menor medida a las indicaciones de seguridad de los cuidadores adultos.

Se ha demostrado<sup>12</sup> que los niños cuyos padres piensan que tiene una personalidad de riesgo tiene mayor número de accidentes no intencionados y estos son más graves.

## 2) AGENTE Y MECANISMOS PRODUCTORES DEL ACCIDENTE

Pueden producir accidentes por diversas causas:

- Por ser peligrosos por sí mismos: fuego, tóxicos, químicos irritantes, etc.
- Por defecto de fabricación: juguetes, mecanismos de seguridad, etc.
- Por utilización incorrecta.

Los accidentes de tráfico y los envenenamientos no intencionales son dos de las causas más frecuentes de mortalidad relacionadas con los accidentes no intencionados<sup>31</sup>.

Existe un estudio en el que se indica que alrededor del 86% de los niños no llevan una sillita apropiada en el coche<sup>32</sup>, lo cual aumentaría de forma considerable la probabilidad de lesiones graves si existe un accidente de tráfico<sup>33</sup>.

### 3) ENTORNO FÍSICO

Como se ha citado anteriormente, dependiendo de la edad, existe mayor prevalencia de accidentes en un entorno físico u otro, debido a que se va a permanecer en uno u otro mayor tiempo.

Existen estudios en los que se demuestra que niños tienen mayor número de accidentes cuando se encuentran en un medio o circunstancia desconocidos para ellos<sup>28,34</sup> ya que desconocen los peligros del mismo.

También se ha postulado que la presencia de peligros estacionales ( p.e: suelo mojado) también aumenta el riesgo de accidentes no intencionados<sup>28</sup>.

### 4 ) ENTORNO SOCIAL.

Dentro de esta área encontraríamos factores como el nivel de estudios de los padres, el nivel socioeconómico de la familia<sup>35</sup>, el tipo de vivienda en el que habita el menor, etc. A pesar de que en diversos estudio descriptivos se indica que estos ítems pueden ser factores de riesgo de accidentes no intencionados, ningún estudio, hasta el momento, ha demostrado una evidencia estadísticamente significativa.<sup>12,33,36,37,38,39,40,41,42,43,64</sup>.

En el entorno social también se podría englobar la étnia o cultura de cada familia<sup>39,44,45</sup> dado que estos estudios descriptivos orientan a que existe mayor riesgo de accidentes no intencionados en unas razas ( africana y latina) que en otras por la diferente percepción del riesgo que se tiene culturalmente en cada una de ellas y las diferentes formas de crianza que presentan<sup>46</sup>.

Diversos estudios indican que las madres jóvenes poseen menos conocimientos sobre el desarrollo de sus hijos y en general presentan menor percepción del riesgo de accidentes que las de mayor edad<sup>33,47</sup>

El último de los factores que podríamos encontrar dentro del entorno social, se englobaría también el grado de supervisión parental<sup>29,28</sup> ya que, como veremos más adelante, se ha relacionado con el riesgo de aparición de accidentes no intencionados en la edad pediátrica.

Por todo esto, podemos afirmar que el estudio de todos estos ítems que acabamos de mencionar es clave en la prevención de los accidentes no intencionados ya que cada uno de ellos puede ser un factor de riesgo de los mismos.

Además de los grandes estudios citados anteriormente, en la actualidad existen numerosos trabajos y grupos, tanto nacionales como internacionales, orientados al estudio de los posibles factores de riesgo de producción de accidentes infantiles, siendo casi en su totalidad de tipo transversal descriptivo<sup>48,12,49,50,51,52,11,53,54,55,56,57</sup>, con las consiguientes limitaciones que este diseño posee ya que no permite establecer una relación causal entre variables y por tanto, no permiten estimar el riesgo de un factor<sup>58</sup>.

En contra, también existen en la bibliografía algunos estudios de tipo analítico que sí permiten establecer relación causa-efecto<sup>58</sup>.

Algunos de éstos, establecen como factores de riesgo de accidentes infantiles:

- Niños de sexo masculino y corta edad<sup>59,60, 61</sup>
- Madres jóvenes, solteras, sin trabajo<sup>60,61,62,63</sup>

Como se ha comentado anteriormente, en la actualidad existen diversos estudios que citan el grado de supervisión parental como posible factor de riesgo de accidentes infantiles:

- Existe un estudio prospectivo<sup>65,66</sup> en el que se estudian accidentes menores producidos en niños 2-3 años. En este, se clasifica el patrón de supervisión parental en el momento del accidente en cinco niveles y se demuestra finalmente que

niveles bajos de supervisión aumentan la probabilidad de aparición de accidentes no intencionados en la infancia.

- Otros estudios utilizan como unidad de medida de supervisión parental el PSAPQ test<sup>67,68</sup>. En estos se demuestra que los hijos de padres con puntuaciones más elevadas en los ítems relacionados con la supervisión, tienen menor historia de accidentes no intencionados.
- El último de estos estudios, es un diseño de casos-contrroles<sup>69</sup> en el que los casos son niños de cuyo motivo de consulta en el servicio de urgencias pediátricas es un accidente no intencionado y, los controles de la misma edad y sexo cuyo motivo de consulta no es un accidente.

Estos estudios demuestran que la mayoría de los accidentes infantiles son prevenibles si existe una correcta supervisión de los cuidadores, sobre todo ante niños pequeños.

A pesar de esto, se sabe que los niños en edad pediátrica no están bajo ningún tipo de supervisión en algunos momentos del día<sup>12,70</sup>, lo que supone un aumento del número de accidentes (Tablas 4 y 5).

**Tabla 4:** Porcentaje niños quedan solos en casa

	< 2 a %	2-4 a %	5-7 a %	8-11 a %	>11ª %	%[n=1.726]
Solos NO	96,8	98	93,8	83,2	83,1	90,9
Solos Sí	3,2	2	6,2	16,8	46,9	9,1

$p = 0,0005$ ; Fuente: Fundación Mapfre ( 2014)

**Tabla 5:** Relación accidentes-niños quedan solos en casa

Se queda sólo en casa	Sí		No		p
	Media	DS	Media	DE	
Total accidentes	1,059	0,949	0,841	1,082	0,004

Fuente: Fundación Mapfre ( 2014)

Como acabamos de citar, está muy asumido en la bibliografía que el grado de supervisión es un factor protector de accidentes infantiles en niños pequeños que no saben cuidarse solos, de hecho existen trabajos que relacionan la falta de supervisión con la aparición de accidentes infantiles por diversas causas: envenenamiento<sup>71</sup>, ahogamientos<sup>72</sup>, accidentes en parques<sup>73</sup> y calles<sup>74,75</sup>, mordeduras de perro<sup>76,77</sup>, caídas<sup>78</sup>, etc.

A pesar de todo esto, la mayoría de trabajos existentes hasta el momento<sup>79,80,81</sup> referentes a accidentes infantiles, se centran en el estudio de modificaciones del entorno y otros mecanismos de seguridad para disminuir el riesgo de los mismos y muy pocos en el estudio la supervisión parental como factor de riesgo.

## **CONCEPTO SUPERVISIÓN PARENTAL**

El concepto de supervisión ha sido estudiado en diversas ocasiones no llegando a una definición completa hasta la propuesta por la Dra. BA Morrongiello<sup>82</sup> válida para niños < 6 años. En ella, se define el término atendiendo a tres dimensiones:

### 1) Atención: grado de vigilancia visual y auditiva

Según la autora, la más importante es la directa ya que hay padres que piensan que aunque no estén observando directamente a sus hijos, saben lo que están haciendo en cada momento de una forma indirecta ( porque los conocen). Sin embargo, los niños son impredecibles por lo que, niveles bajos de supervisión directa ( conocimiento directo de la actividad y localización que está realizando el niño) se relacionan con aumento del riesgo de accidentes no intencionados.

- 2) Proximidad: atendiendo a si está más cerca o lejos del alcance de un brazo.
  
- 3) Continuidad del grado de atención y proximidad.

Según esta autora, “el grado máximo de supervisión y, por tanto, el mínimo riesgo de accidente es más probable que ocurra cuando el supervisor está atentamente mirando y oyendo al niño (atención), está lo más cercano posible a este (proximidad) y estos comportamientos se mantienen a lo largo del tiempo (continuidad)”<sup>82,83</sup>.

Cualquier alteración de estos tres parámetros supone una disminución en el grado de supervisión y por tanto un aumento del riesgo de accidentes.

El cambio en una o más de estas dimensiones comportará una disminución del grado de supervisión y un consiguiente aumento del riesgo de accidente no intencionado.

Sin embargo, el proceso de supervisión y su relación con la aparición de accidentes infantiles es muy complejo y va más allá de esta definición ya que hay que tener en cuenta diversas cuestiones como las siguientes<sup>84</sup>:

1) Actitud que presentan los menores ante la vigilancia:

Existen estudios que indican que los niños disminuyen sus actividades de riesgo, ya sea en domicilio o lugares públicos, cuando están bajo un nivel de supervisión por un adulto<sup>85,86,67,78,87</sup>. Esto más significativo en el caso de las niñas que los niños. Además, en el caso de las niñas estas cambian más su actitud cuando la supervisión es más frecuente pero no constante, al contrario que en el sexo masculino<sup>65</sup>.

2) Características del supervisor:

El grado y la forma de supervisión que van a llevar a cabo los cuidadores va a depender de diversos factores implícitos en éstos. Según Morrongiello y Corbett, se podrían clasificar de la siguiente forma<sup>84,88</sup> :

*Actitudes hacia:*

. Socialización de la seguridad: estilo de vida parental; personalidad del cuidador: concienciado, neurótico,...

. Utilización de equipamiento de seguridad

. Forma de afrontar el riesgo que corren los niños

*Creencias:*

- . Beneficios del riesgo hacia los niños ( “ lección aprendida”)
  
- . Cómo de prevenibles son los accidentes
  
- . Forma de prevenir los accidentes ( supervisión, enseñanza, disminución riesgo)
  
- . Eficacia en cada persona de implementar estrategias de prevención.

*Apreciaciones cognitivas:*

- . Identificar peligros ambientales
  
- . Vulnerabilidad de cada niño
  
- . Coste/beneficio de las medidas de prevención ( tiempo, dinero,..)
  
- . Causa de los accidentes ( mala suerte, problemas ambientales,...)

*Distraibilidad:*

. Estado de humor ( depresión,..)

. Estado de salud

. Etc.

Estos 4 ítems relacionados con las características de los cuidadores, unidos a las características de los niños ( personalidad, historia de accidentes, nivel de desarrollo cognitivo, etc) y ambientales ( tipo y número de riesgos) así como a la cultura, nivel económico familiar,... van a influir en que el grado de supervisión sea diferente y, en general, que las prácticas realizadas para prevenir los accidentes infantiles sean diferentes de unas personas a otras y de unos contextos a otros.

Otro concepto importante que debe ser estudiado es qué consideramos como una adecuada supervisión.

Es importante tener presente que el estándar de supervisión adecuada puede diferir de unas culturas a otras<sup>72</sup>.

Además de los conceptos que acabamos de citar y de los cuales se extrae que la creencia de una buena supervisión va a variar dependiendo las características de cada persona y del entorno, existen algunos factores a tener en cuenta a la hora de decidir si el grado de supervisión es el correcto o no:

1) Edad de los niños:

Se conoce que la edad de los niños es un factor de riesgo a la hora de tener un accidente no intencionado, de forma que la creencia existente es que cuanto más pequeños sean los niños a vigilar, mayor necesidad van a tener de supervisión y esta ha de ser más continua; esta necesidad va a ir decreciendo conforme aumenta la edad de la persona a vigilar. Sin embargo, no existen estudios que demuestren de forma científica esta última afirmación.

2) Presencia de riesgos ambientales:

Existen estudios que indican que ante la existencia de factores de riesgo ambientales se debe tener un mayor grado de supervisión<sup>89,90</sup>.

Sin embargo, en uno de sus artículos<sup>91</sup>, la autora Morrongiello indica que no siempre es así ya que, en algunas ocasiones donde existen factores de riesgo ambientales ( P.E: granjas) un mayor grado de supervisión de los padres a sus hijos mientras los primeros

trabajan, supone que los niños estén más cerca de los elementos de riesgo y por tanto, aumenta la probabilidad de accidentes.

### 3) Personalidad de los menores:

Los padres ajustan su nivel de supervisión dependiendo del comportamiento de sus hijos y de la percepción que tengan del riesgo de accidentes de los mismos<sup>12,83</sup>.

**Tabla 6:** Grado supervisión atendiendo comportamiento hijos

Conductas de riesgo	Número	Porcentaje
No	1.249	74,9
Sí	433	25,1
<b>Total</b>	<b>1.726</b>	<b>100</b>

Fuente: Fundación Mapfre ( 2014)

Los menores que poseen una personalidad impulsiva o aquellos que les gusta descubrir nuevas experiencias precisan un mayor grado de supervisión para contrarrestar el riesgo que estas personalidades produce<sup>92,93</sup>. Sin embargo, en algunos tipos de personalidad, se ha demostrado que una mayor supervisión no disminuye el riesgo.

Además, también existen trabajos que indican que aquellos niños cuya capacidad de autocontrol es alta, tiene menores tasas de

atención en urgencias por accidentes infantiles que otros niños aunque su grado de supervisión sea bajo<sup>94</sup>.

Por todo esto que acabamos de citar, podemos afirmar que es muy difícil dar una afirmación simple de que el grado de supervisión depende exclusivamente del grado de atención, la proximidad y continuidad y que una buena supervisión es aquella en la que se cumplen estos tres factores. Es mucho más complejo y va a depender además de estos tres factores de otros como las características de los cuidadores y de los niños, los factores ambientales, etc.

## **INSTRUMENTOS PARA LA MEDICIÓN DE LA SUPERVISIÓN PARENTAL**

A pesar de la evidencia existente sobre que el grado de supervisión parental influía en la aparición de accidentes no intencionados, muy pocos eran los estudios cuyo objetivo era comprobar la relación entre el grado de supervisión y la aparición de accidentes infantiles<sup>65,95,72,96,97</sup>

Además, la metodología utilizada era muy variada y no había ninguna estandarizada lo que hacía que esta hipótesis fuese muy difícil de probar<sup>82</sup>. En algunos de ellos, se preguntaba a los padres cómo supervisaban a sus hijos<sup>96,98,99</sup>. En otros se mostraban audios o videos de niños en riesgo de accidente no intencionado y se les preguntaba cómo reaccionarían ante esta situación<sup>100</sup> o, se pedía a los cuidadores que describieran situaciones en las que debían supervisar a los niños y cómo lo hacían<sup>89,90</sup>.

Sin embargo, la mayoría de estos estudios eran de tipo naturalístico ( aquellos en los que el investigador se limita a observar y registrar los eventos tal y como suceden sin actuar sobre ellos y sin un control en la evolución de los mismos). Debido a esto, tenían limitaciones a la hora de su interpretación como la posible falta de objetividad en las respuestas, ya que los cuidadores podían omitir o responder a los cuestionarios de la forma que mejor creyesen para

obtener buenos resultados en cuanto al grado de supervisión se refiere.

Además, se necesita tiempo y bastantes recursos personales para realizarlos<sup>101</sup> y no permiten establecer relaciones causales.

Por otra parte, se ha demostrado que los cuestionarios son una herramienta fiable y válida para el estudio de los comportamientos parentales.<sup>102,103,104,105,68,59</sup>

Por todo esto, en 2006 se publicó un instrumento validado con este fin en lengua inglesa en niños 2-5 años: The Parent Supervision Attributes Profile Questionnaire (PSAPQ test)<sup>68</sup>.

Este test consta de 29 ítems divididos en 4 subescalas: Proteccionismo (9 ítems), Supervisión (9 ítems), Tolerancia al riesgo (8 ítems), Destino/fatalidad (3 ítems). Estos ítems se ordenaron de forma randomizada para su presentación (Figura 7).

Cada uno de estos ítems se valora con una escala de cinco puntos, atendiendo al grado de conformidad con cada uno de ellos (1: Muy en desacuerdo a 5: Muy de acuerdo).

Figura 7: PSAPQ test original

Factor	Parcel	Factor score	
Protectiveness	<i>Parcel 1</i>	0.75	
	I feel very protective of my child		
	I think of all the dangerous things that could happen		
		I keep my child from playing rough games or doing things where he/she might get hurt	0.71
	<i>Parcel 2</i>		
	I make him/her keep away from anything that could be dangerous		
		I feel fearful that something might happen to my child	0.67
	<i>Parcel 3</i>		
	I warn him/her about things that could be dangerous		
	I keep an eye on my child's face to see how he/she is doing	0.83	
Supervision			
	I feel a strong sense of responsibility		
	I try things with my child before leaving him/her to do them on his/her own		
	<i>Parcel 1</i>	0.84	
	I have my child within arm's reach at all times		
	I know exactly what my child is doing		
		I can trust my child to play by himself/herself without constant supervision	0.64
	<i>Parcel 2</i>		
	I stay within reach of my child when he/she is playing on the equipment		
	I keep a close watch on my child	0.70	
<i>Parcel 3</i>			
I say to myself that I can trust him/her to play safely			
	I stay close enough to my child that I can get to him/her quickly	0.87	
Risk tolerance			
	I hover next to my child		
	I make sure I know where my child is and what he/she is doing		
	<i>Parcel 1</i>	0.74	
	I encourage my child to try new things		
	I let him/her learn from his/her own mishaps		
		I let my child take some chances in what he/she does	0.71
	<i>Parcel 2</i>		
	I let my child do things for him/herself		
	I let my child experience minor mishaps if what he is doing is lots of fun	0.92	
<i>Parcel 3</i>			
I let my child make decisions for himself/herself			
	I encourage my child to take risks if it means having fun during play	0.61	
Fate			
	I wait to see if he/she can do things on his/her own before I get involved		
	<i>Items</i>		
	When my child gets injured it is due to bad luck		
	Whether or not my child gets injured is largely a matter of fate	0.71	
	Good fortune plays a big part in determining whether or not my child gets injured	0.92	

Posteriormente, en el año 2013, el cuestionario PSAPQ fue validado al idioma Portugués<sup>106</sup>.

En la actualidad, además del PSAPQ test existen otros métodos diseñados por Harrell cuya finalidad es también la medición de la supervisión <sup>78,107</sup>. Sin embargo, tienen la limitación de que se requiere mucho tiempo para completarlos y no se pueden utilizar en todos los medios ( en el hogar,...).

Cabe añadir que se han encontrado diferencias en las tasas de accidentes en diferentes grupos étnicos<sup>44,109</sup>, tal y como se ha nombrado anteriormente, por lo que es importante tener instrumentos validados a cada uno de ellos.

Además de todo esto, el Español es la segunda lengua más hablada a nivel mundial, tras el Chino Mandarín, con más de 550 millones de hablantes y, es la segunda lengua de comunicación internacional<sup>108</sup>.

De esta forma, con la validación al idioma Portugués<sup>106</sup> y al Español, un elevado número de la población Hispánica podría ser estudiada mediante este test en cuanto al grado de supervisión se refiere.

## **JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

Los accidentes no intencionados suponen una de las causas más importantes de mortalidad en la edad pediátrica a nivel mundial, siendo la tercera en el ámbito de la Unión Europea. En España es la segunda causa de mortalidad en este rango de edad tras las enfermedades oncológicas, por tanto, la primera en pacientes previamente sanos.

Además de la mortalidad que producen, son causa de una elevada morbilidad y por tanto, una carga psicológica ( tanto para el paciente como para su familia) y asistencial muy importantes.

Como se ha citado anteriormente, la mayoría de estos accidentes están causados por uno o diversos factores, por lo que actuando sobre ellos para disminuirlos o eliminarlos, se podrían prevenir y de esta forma disminuir la incidencia de siniestralidad por esta causa.

Uno de los factores de riesgo que se ha citado en diversas publicaciones por estar relacionado con la aparición de accidentes no intencionados es el grado de supervisión de los cuidadores hacia los menores. De esta forma, si se conoce de forma objetiva mediante la medición fiable del grado de supervisión, se pueden realizar acciones para mejorarla si es necesario y de esta forma disminuir uno de los

factores de riesgo y, por consiguiente, el número de accidentes no intencionados.

Hasta el año 2006 no existía ningún método validado para tal fin pero, en este año la Dra.B.Morrongiello validó un test al idioma Inglés que se ha demostrado que es una herramienta fiable para la medición de la supervisión parental. Posteriormente, en el año 2013 se validó al idioma portugués.

En la actualidad, además del PSAPQ test, existen otros métodos cuya finalidad es la misma pero, precisan mayor cantidad de tiempo para realizarse y no se pueden aplicar en todos los contextos.

Por todo esto, creemos que el PSAPQ test es actualmente el mejor método para la medición de la supervisión de los cuidadores a los menores. Además, el idioma Español es el segundo más hablado a nivel mundial por lo que la validación y adaptación transcultural de este test a este idioma permitiría su utilización en una población muy amplia.

Dado que como se acaba de nombrar, el PSAPQ test en la actualidad únicamente está disponible en lengua Inglesa y Portuguesa, para la utilización de cuestionarios en lenguas distintas a las de creación se requiere una adaptación transcultural con la finalidad de preservar las características clinimétricas<sup>110,111,112,113</sup> y de esta forma poderse utilizar.

Además de todo esto, apenas existe bibliografía referente a los posibles factores epidemiológicos que influyen en el grado de supervisión parental. El conocimiento de los mismos es importante para actuar sobre aquella población más susceptible de que el grado de supervisión no sea el adecuado y de esta forma, disminuir uno de los factores de riesgo de accidentes no intencionados en la edad pediátrica en estas poblaciones.

# HIPÓTESIS

La utilización de un test específico validado y adaptado transculturalmente al castellano ayudaría a la cuantificación del grado de supervisión por parte de los cuidadores de los menores.

El grado de supervisión parental está influido por diversos factores epidemiológicos cuyo conocimiento es importante para la intervención en los grupos de riesgo y de esta forma disminuir uno de los factores de riesgo de accidentes no intencionados en la edad pediátrica.

# OBJETIVOS

## **Objetivos generales**

- 1) Adaptar, validar y evaluar las propiedades psicométricas para su uso en castellano del cuestionario PSAPQ (Parenteral Supervision Attributes Profile Questionnaire) con la finalidad de obtener un método fiable y objetivo en este idioma para medir el grado de supervisión parental como factor de riesgo de accidentes no intencionados en la edad pediátrica.
  
- 2) Conocer los factores epidemiológicos que influyen en el grado de supervisión parental.

## **Objetivos específicos**

- 1) Crear una traducción al castellano del PSAPQ test aceptable en nuestro entorno cultural tras un proceso de traducción y retrotraducción por un equipo de personas bilingües:
  - 1.1) Determinar las equivalencias idiomáticas, conceptuales y gramaticales así como las posibles redundancias en las diferentes versiones producidas.

- 1.2) Evaluar el instrumento final por parte de un comité de expertos formado por profesionales con experiencia en el tema de supervisión, en la validación de cuestionarios y con padres representativos.
- 1.3) Determinar la validez de criterio mediante la comparación de los resultados del cuestionario respecto a otros cuestionarios que miden constructos similares.
- 1.4) Estimar la fiabilidad del cuestionario mediante una prueba test-retest en dos momentos separados.
- 1.5) Estimar la consistencia interna del cuestionario calculando el coeficiente alfa de Chronbach

- 2)** Estudiar la influencia de diversos factores socio-epidemiológicos sobre el grado de supervisión parental:
  - 2.1) Conocer los factores sociales de los cuidadores que influyen sobre el grado de supervisión hacia los menores.
  - 2.2) Conocer el grado de concordancia existente entre la percepción del grado de supervisión parental estimado por los pediatras de atención primaria y el medido de forma objetiva.
  
- 3)** Orientar a posibles campañas encaminadas a conocer mejor el grado de supervisión parental y actuar sobre el mismo como forma de disminuir uno de los factores de riesgo de accidentes infantiles.

# METODOLOGÍA

## TIPO ESTUDIO

Se ha llevado a cabo un estudio teniendo en cuenta dos apartados diferentes:

1: Estudio de validación del test PSAPQ mediante la utilización de la metodología de traducción y retrotraducción inversa<sup>111</sup> validada para este tipo de estudios con posterior estudio analítico para comprobar la consistencia del test adaptado al idioma Español así como sus equivalencias con el original.

2: Estudio observacional, transversal y analítico, para la identificación de los posibles factores que influyen en el grado de supervisión parental.

Previamente al inicio del trabajo se requirió el permiso de la autora del PSAPQ test original en lengua inglesa ( Dra.Barbara A.Morrongiello) y, posteriormente fue aprobado por el CEIC del H.U.Dr.Peset de Valencia.

## **SUJETOS DEL ESTUDIO Y CRITERIOS INCLUSIÓN**

### *Primera parte del estudio (proceso de traducción y retrotraducción)*

Primeramente, se utilizaron cuatro traductoras bilingües inglés-español que realizaron el proceso de traducción y retrotraducción del test en inglés al español y viceversa.

Posteriormente, un equipo formado por las cuatro traductoras así como por tres miembros del equipo investigador compararon las diferentes versiones obtenidas en el proceso anterior llegando a la versión inicial del test traducido al español.

Seguidamente, un grupo piloto de 15 personas ( entre pediatras y pacientes) fueron elegidos al azar entre el personal de pediatría del H.U.Dr.Peset y padres de niños ingresados en esta unidad es ese momento para que diesen su opinión acerca del test inicial y propusiesen cambios morfo-sintácticos, obteniendo de esta forma la versión final del test.

Esta versión final se pasó a 150 padres de niños de entre 2-5 años ( se escogió este grupo de edad porque fue el utilizado en el estudio de validación de la Dra.BA.Morrongiello<sup>68</sup>) que acudían a la consulta del niño sano de los diferentes centros de

salud participantes en el estudio: Fuente San Luis (Valencia), Padre Jofre (Valencia), Plaza Segovia (Valencia), Benetusser, Algemés, Clínica Parc Central (Torrent), en un período comprendido entre el 4-8-2015 al 2-5-2017.

Finalmente, se volvió a pasar el test de forma telemática o telefónica a diversos padres que lo habían contestado en el apartado anterior, de los cuales respondieron 30.

Segunda parte del estudio ( valoración de factores socio-epidemiológicos que influyen en el grado de supervisión parental)

Para realizar esta parte del trabajo se utilizó la misma muestra de 150 padres que para el apartado anterior.

Para la elección de los sujetos a estudio se establecieron una serie de criterios de inclusión y exclusión basados en el estudio de maltrato infantil de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas ( SEUP)<sup>114</sup>.

CRITERIOS INCLUSIÓN

- Pacientes de 2-5 años (ambas edades inclusive) que acudieron a la consulta del niño sano.
- Los acompañantes, personas a los que se les facilitó el cuestionario, eran los cuidadores habituales del paciente.
- Dieron su consentimiento informado para participar en el estudio.

CRITERIOS EXCLUSIÓN:

- Pacientes en los que no se cumplieron criterios de inclusión.
- Pacientes en los que se sospechó o se tuviese confirmación que en algún momento de su vida ha presentado una lesión intencionada.

Se sospechó una lesión intencionada si<sup>28</sup>:

- Historia clínica incongruente: el mecanismo de lesión explicado no concuerda con la lesión obtenida, bien porque las habilidades del niño no lo permite, por lo complicado del mecanismo lesional o porque no puede producir las lesiones producidas.
- Historia cambiante con contradicciones o discrepancias durante la evaluación médica.
- Lesiones recurrentes deficientemente explicadas.
- Retraso en la atención médica en lesiones graves.

- Historia clínica previa de maltrato.

Se consideraron lesiones intencionadas:

1. Piel y mucosas:

- Hematomas múltiples en distinto estadio de evolución que se localicen en zonas posteriores de piernas o zonas protegidas por ropa, descartado alteraciones de la función plaquetaria o de coagulación.
- Hematomas con formas geométricas o formas que recuerden objetos de uso común (cuchillos, tenedor, cable eléctrico, cinturón etc...).
- Mordeduras con distancia medida entre caninos de más 3 cm.
- Quemaduras con formas geométricas o formas que recuerden objetos de uso común (bombillas, planchas, cigarrillos etc...).

- Escaldaduras con formas establecidas (en forma de guante, calcetín), bien delimitadas, mismo grado de profundidad y sin salpicaduras.

2. Huesos y articulaciones:

- Múltiples fracturas en distinto estadio de evolución.
- Fracturas costales posterolaterales.
- Fracturas vertebrales.
- Fracturas metafisarias a nivel de las esquinas.
- Fracturas de huesos largos en niños no autónomos.
- Fracturas craneales asociados a hematoma subdural.

3. Ojos: Presencia de hemorragias retinianas.

4. Intracraneales: Presencia de hematoma subdural asociado a hemorragia retiniana en el menor de 2 años.

5. Abdominales: Hematomas duodenales y pseudoquistes pancreáticos en ausencia de accidente de tráfico, bicicleta o precipitación.

## **FASES DEL ESTUDIO**

### **Proceso validación y adaptación transcultural del test:**

Se utilizaron las fases estipuladas para este tipo de estudios:<sup>115,116</sup>.

### **FASE TRADUCCIÓN Y RETROTRADUCCIÓN**

Para realizar esta fase, se utilizó la metodología de traducción y retrotraducción inversa<sup>111</sup>:

En la primera parte del proceso, se pasó la versión original inglesa del PSAPQ test a dos traductoras bilingües Inglés-Español quienes, de forma independiente cada una de ellas, realizaron una primera traducción del mismo al idioma Español. Para ello se utilizó una planilla en la que además de la traducción, debían valorar el grado de dificultad en el proceso de traducción de cada ítem con una puntuación 1-10.

Posteriormente, esta primera traducción se entregó a otras dos personas bilingües Español-Inglés quienes también de forma independiente lo retrotradujeron al idioma Inglés.

### **COMITÉ DE REVISIÓN DE LAS DIFERENTES VERSIONES**

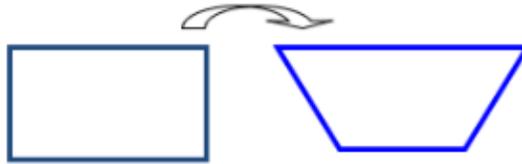
Su misión fue comparar la versión original con las diferentes versiones resultantes del proceso de traducción-retrotraducción, detectar incoherencias y valorar las equivalencias semánticas, idiomáticas, conceptuales y experienciales teniendo en cuenta el contexto cultural en el que se plantea aplicar el instrumento.

Se realizó una reunión con las 4 traductoras bilingües, los directores de tesis y la doctoranda en la que se expusieron las dudas aparecidas a nivel morfológico y sintáctico, debiendo ser preguntada la autora por vía telemática acerca del contexto del término “equipment” del ítem 13 del test original "I stay within reach of my child when he/she is playing on the equipment", la autora nos contestó que se refería al equipamiento de las zonas de juego de los niños ( parques,...).

Tras este proceso, se obtuvo la versión inicial o 1.0 del test traducido y adaptado transculturalmente al idioma español.

En el siguiente esquema vamos a resumir el proceso que acabamos de describir:

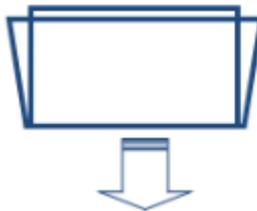
- 1) Traducción inglés-castellano:



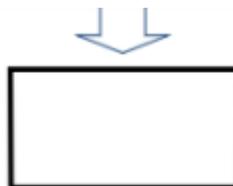
- 2) Retrotraducción castellano-inglés



- 3) Comparabilidad versión retrotraducida y versión original (Sperber)



- 4) Selección de ítems-Versión 1.0



Una vez obtenida esta versión del test, se pasó a un grupo piloto de pediatras y padres (en total 15 personas) quienes dieron su opinión y sugirieron cambios morfo-sintácticos para que fuese más comprensible para la población.

Estos cambios fueron realizados sin que el significado inicial de cada uno de los ítems cambiara.

Tras todo este proceso, se obtuvo la versión final o 1.1 de PSAPQ test traducido al Español.

## **ESTUDIO DE CAMPO**

La versión 1.1 del cuestionario se facilitó a los padres de 153 pacientes que acudieron a las revisiones de salud pertinentes a la edad de los Centros de Salud colaboradores. De estos 153 pacientes, tres rehusaron firmar el consentimiento informado y no se incluyeron en el estudio. Uno de ellos se eliminó posteriormente del estudio tras comprobar que el niño tenía menos de dos años.

Pasados entre 2-3 meses de la fase se acaba de describir, a un grupo aleatorizado de diversas personas que previamente ya habían contestado al cuestionario, se les volvió a pasar el mismo, de los cuales contestaron 30.

### **EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ DE CRITERIO**

Un comité de expertos con una composición similar al comité de revisión de la primera fase recibió la documentación obtenida de cada paciente en ambas visitas.

*Estudio de los factores socio-epidemiológicos que influyen en el grado de supervisión parental:*

Utilizando la misma muestra de padres que para el proceso de validación y en el mismo acto en el mismo cuadernillo en el que se les pasó la versión final del test ( explicada en el apartado anterior), se introdujeron las siguientes preguntas que debían responder de forma escrita:

2.1: Datos demográficos:

- Fecha nacimiento del niño
- Sexo
- Municipio de residencia actual

2.2: Datos familiares:

- Profesión del padre y madre
- Nacionalidad del padre y madre
- Nivel de estudios del padre y madre
- Número de hermanos del paciente
- Posición que ocupa el paciente entre los hermanos

Además, en este mismo cuadernillo existía un apartado que debía ser rellenado por el pediatra o la enfermera de pediatría con los siguientes datos:

- Antecedentes clínicos de interés del paciente
- Antecedente de accidente no intencionado en los seis meses previos
- Grado de supervisión de los padres al niño participante según el criterio del profesional que estaba contestando a las preguntas.

# RESULTADOS

## FASE TRADUCCIÓN Y RETROTRADUCCIÓN:

Después de la traducción al castellano se obtuvieron las siguientes versiones preliminares de las dos traductoras (Tabla 7 y 8). Estas dos versiones fueron entregadas a las dos personas bilingües con lengua materna inglesa para realizar la retrotraducción (Tablas 9 y 10).

**Tabla 7:** Versión primera traductora

Ítem	Versión original	Traducción	Dificultad
1	I feel very protective of my child	Siento que sobreprotejo a mi hijo	6
2	I think of all the dangerous things that could happen	Pienso en todas las cosas peligrosas que podrían ocurrir	1
3	I keep my child from playing rough games or doing things where he/she might get hurt	Prohíbo a mi hijo (a) participar en juegos violentos o hacer cosas que podrían lastimarlo (a)	1
4	I make him/her keep away from anything that could be dangerous	Hago que se mantenga alejado (a) de cualquier cosa que pudiera ser peligrosa	1
5	I feel fearful that something might happen to my child	Temo que algo pueda sucederle a mi hijo (a)	1
6	I warn him/her about things that could be dangerous	Le advierto a el (ella) sobre cosas que podrían ser peligrosas.	1
7	I keep an eye on my child's face to see how he/she is doing	Vigilo la cara de mi hijo (a) para ver como se encuentra	5
8	I feel a strong sense of responsibility	Tengo un gran sentido de responsabilidad	1
9	I try things with my child before leaving him/her to do them on his/her own	Pruebo las cosas con mi hijo (a) antes de dejar que las haga por su cuenta	4
10	I have my child within arm's reach at all times	Mantengo a mi hijo (a) al alcance de la mano en todo momento	2
11	I know exactly what my child is doing	Se exactamente lo que está haciendo mi hijo (a)	1
12	I can trust my child to play by himself/herself without constant supervision	Puedo confiar en que mi hijo juegue solo sin supervisión constante	1
13	I stay within reach of my child when he/she is playing on the equipment	Me mantengo al alcance de mi hijo (a) cuando está jugando ...	10
14	I keep a close watch on my child	Vigilo de cerca a mi hijo (a)	1
15	I say to myself that I can trust him/her to play safely	Me digo a mi mismo que puedo confiar en que juegue con cuidado	1

16	I stay close enough to my child that I can get to him/her quickly	Me quedo lo suficientemente cerca de mi hijo (a) para que pueda llegar a el (ella) rápidamente	1
17	I hover next to my child	Me mantengo cerca de mi hijo	6
18	I make sure I know where my child is and what he/she is doing	Me aseguro de saber donde se encuentra mi hijo(a) y que está haciendo	2
19	I encourage my child to try new things	Animo a mi hijo(a) a que pruebe cosas nuevas	1
20	I let him/her learn from his/her own mishaps	Dejo que el/ella aprenda de sus errores	2
21	I let my child take some chances in what he/she does	Dejo que mi hijo(a) corra algunos riesgos en lo que hace	4
22	I let my child do things for him/herself	Permito que mi hijo(a) haga cosas por si mismo(a)	1
23	I let my child experience minor mishaps if what he is doing is lots of fun	Permito que mi hijo(a) experimente pequeños percances si lo que está haciendo es muy divertido	3
24	I let my child make decisions for himself/herself	Permito que mi hijo(a) tome sus propias decisiones	1
25	I encourage my child to take risks if it means having fun during play	Animo a mi hijo(a) a que tome riesgos si eso significa disfrutar mientras juega	3
26	I wait to see if he/she can do things on his/her own before I get involved	Antes de involucrarme espero a ver si el/ella puede hacer las cosas por si mismo(a)	1
27	When my child gets injured it is due to bad luck	Cuando mi hijo(a) se lastima es debido a la mala suerte	3
28	Whether or not my child gets injured is largely a matter of fate	Que mi hijo se lastime o no es en gran medida cuestión de suerte	2
29	Good fortune plays a big part in determining whether or not my child	La buena suerte determina en gran medida si mi hijo (a) ...(falta parte de la oración)	10

*Instrucciones previas : Por favor, traduzca del inglés al castellano los siguientes ítems. No es necesario siempre realizar una traducción literal sino idiomática y culturalmente equivalente. Si cree que puede haber más de una posible traducción no dude en ponerlas. En la última columna debe de indicar el grado de dificultad que en su opinión ha tenido la traducción, en una escala de 1 a 10 (1: ninguna dificultad a 10: dificultad máxima)*

Tabla 8: Versión segunda traductora

Ítem	Versión original	Traducción	Dificultad
1	I feel very protective of my child	Me siento muy protector/a con mi hijo/hija.	4
2	I think of all the dangerous things that could happen	Pienso en todas las situaciones peligrosas que se podrían dar.	4
3	I keep my child from playing rough games or doing things where he/she might get hurt	Impido que mi hijo/hija participe en juegos bruscos o haga algo en lo que pueda salir herido/herida.	6
4	I make him/her keep away from anything that could be dangerous	Le/la mantengo alejado/alejada de todo aquello que pueda ser peligroso.	2
5	I feel fearful that something might happen to my child	Tengo miedo de que le ocurra algo a mi hijo/hija.	2
6	I warn him/her about things that could be dangerous	Advierto a mi hijo/hija de lo que pueda ser peligroso.	3
7	I keep an eye on my child's face to see how he/she is doing	Estoy atento/atenta a la expresión de la cara de mi hijo/hija para ver cómo está.	4
8	I feel a strong sense of responsibility	Tengo un gran sentido de responsabilidad.	3
9	I try things with my child before leaving him/her to do them on his/her own	Primero intento hacer las cosas con mi hijo/hija, antes de dejar que lo haga solo/sola.	3
10	I have my child within arm's reach at all times	Tengo a mi hijo/hija al alcance de la mano en todo momento.	4
11	I know exactly what my child is doing	Sé exactamente lo que está haciendo mi hijo/hija.	2
12	I can trust my child to play by himself/herself without constant supervision	Puedo confiar en que mi hijo/hija juegue solo/sola sin tener que supervisar constantemente.	5
13	I stay within reach of my child when he/she is playing on the equipment	Estoy cerca de mi hijo/hija cuando juega con el equipamiento del parque.	7
14	I keep a close watch on my child	Observo muy de cerca a mi hijo/hija.	4
15	I say to myself that I can trust him/her to play safely	Me digo a mí mismo/misma que puedo confiar en que juegue de forma segura.	4

16	I stay close enough to my child that I can get to him/her quickly	Estoy lo suficientemente cerca de mi hijo/hija para alcanzarle/la rápido.	4
17	I hover next to my child	Vigilo de cerca a mi hijo/hija.	6
18	I make sure I know where my child is and what he/she is doing	Me aseguro de que sé dónde está mi hijo/hija y de lo que está haciendo.	3
19	I encourage my child to try new things	Animo a mi hijo/hija a probar cosas nuevas.	3
20	I let him/her learn from his/her own mishaps	Dejo que aprenda de sus propios errores.	3
21	I let my child take some chances in what he/she does	Dejo que mi hijo/hija se arriesgue un poco en lo que hace.	6
22	I let my child do things for him/herself	Dejo que mi hijo/hija haga cosas por sí mismo/misma.	3
23	I let my child experience minor mishaps if what he is doing is lots of fun	Dejo que mi hijo/hija tenga incidentes menores, si lo que está haciendo es muy divertido.	5
24	I let my child make decisions for himself/herself	Dejo que mi hijo/hija tome decisiones por sí mismo/misma.	4
25	I encourage my child to take risks if it means having fun during play	Animo a mi hijo/hija a tomar riesgos si eso supone que se divierta cuando juega.	4
26	I wait to see if he/she can do things on his/her own before I get involved	Me espero a ver si puede solucionar algo solo/sola antes de intervenir.	4
27	When my child gets injured it is due to bad luck	Si mi hijo/hija se hiere es por mala suerte.	4
28	Whether or not my child gets injured is largely a matter of fate	Que salga herido/herida mi hijo/hija o no, depende del destino.	4
29	Good fortune plays a big part in determining whether or not my child	La buena suerte determina en gran medida que mi hijo/hija salga herido/herida o no.	5

*Instrucciones previas : Por favor, traduzca del inglés al castellano los siguientes ítems. No es necesario siempre realizar una traducción literal sino idiomática y culturalmente equivalente. Si cree que puede haber más de una posible traducción no dude en ponerlas. En la última columna debe de indicar el grado de dificultad que en su opinión ha tenido la traducción, en una escala de 1 a 10 (1: ninguna dificultad a 10: dificultad máxima)*

**Tabla 9:** Versión de la primera retrotraducción

Item	Spanish version	English translation	Dificultad
1a	Me siento muy protector/a con mi hijo/hija.	I feel very protective towards my child	easy
1b	Siento que sobreprotejo a mi hijo	I feel that I overprotect my child	medium
2a	Pienso en todas las situaciones peligrosas que se podrían dar.	I think about all the dangerous situations that could happen	medium
2b	Pienso en todas las cosas peligrosas que podrían ocurrir	I think about all the dangerous things that could happen	easy
3a	Impido que mi hijo/a participe en juegos bruscos o haga algo en lo que pueda salir herido/a	I stop my child from participating in contact sports or from doing something where s/he could get hurt	easy
3b	Prohíbo a mi hijo/a participar en juegos violentos o hacer cosas que podrían lastimarlo/a	I prohibit my child from participating in violent games or doing things that could harm him/her	easy
4a	Le/la mantengo alejado/alejada de todo aquello que pueda ser peligroso.	I keep him/her away from anything that could be dangerous	easy
4b	Hago que se mantenga alejado/a de cualquier cosa que pudiera ser peligrosa	I make sure s/he stays away from anything that could be dangerous	easy
5a	Tengo miedo de que le ocurra algo a mi hijo/hija.	I'm afraid that something could happen to my child	easy
5b	Temo que algo pueda sucederle a mi hijo/a	I'm afraid that something could happen to my child	medium
6a	Advierto a mi hijo/hija de lo que pueda ser peligroso.	I warn my child of things that could be dangerous	medium
6b	Le advierto a él/ella sobre cosas que podrían ser peligrosas.	I warn him/her about things that could be dangerous	easy
7a	Estoy atento/atenta a la expresión de la cara de mi hijo/hija para ver cómo está.	I pay attention to my child's facial expressions to see how s/he is.	easy
7b	Vigilo la cara de mi hijo/a para ver cómo se encuentra	I watch my child's face to see how s/he's feeling	easy
8	Tengo un gran sentido de responsabilidad.	I feel a great sense of responsibility	easy

Item	Spanish version	English translation	Dificultad
9a	Primero intento hacer las cosas con mi hijo/hija, antes de dejar que lo haga solo/sola.	First I try to do things with my child before letting him/her do them alone	easy
9b	Pruebo las cosas con mi hijo/a antes de dejar que las haga por su cuenta	I try things with my child before letting him/her do them on his/her own	medium
10a	Tengo a mi hijo/hija al alcance de la mano en todo momento	I have my child within arm's reach at all times.	easy
10b	Mantengo a mi hijo/a al alcance de la mano en todo momento	I keep my child within arm's reach at all times.	easy
11	Sé exactamente lo que está haciendo mi hijo/hija	I know exactly what my child is doing	easy
12a	Puedo confiar en que mi hijo/hija juegue solo/sola sin tener que supervisar constantemente	I can trust my child to play alone without constantly supervising him/her	medium
12b	Puedo confiar en que mi hijo juegue solo sin supervisión constante	I can trust my child to play alone without constant supervision.	easy
13a	Estoy cerca de mi hijo/hija cuando juega	I'm nearby when my child is playing	easy
13b	Me mantengo al alcance de mi hijo/a cuando está jugando con el equipamiento del parque	I stay within arm's reach of my child when s/he is playing on playground equipment	medium
14a	Observo muy de cerca a mi hijo/hija	I observe my child very closely	easy
14b	Vigilo de cerca a mi hijo/a	I watch my child closely	easy
15a	Me digo a mí mismo/misma que puedo confiar en que juegue de forma segura	I tell myself that I can trust my child to play safely.	medium
	Me digo a mí mismo que puedo confiar en que juegue con cuidado	I tell myself that I can trust him/her to play carefully	medium
16a	Estoy lo suficientemente cerca de mi hijo/hija para alcanzarle/la rápido	I am close enough to my child to reach him/her quickly	medium
16b	Me quedo lo suficientemente cerca de mi hijo/a para que pueda llegar a el/ella rápidamente	I stay close enough to my child so I can reach him/her rapidly	medium
17a	Vigilo de cerca a mi hijo/hija.	I watch my child closely	easy
17b	Me mantengo cerca de mi hijo	I stay close to my child	easy
18a	Me aseguro de que sé dónde está mi hijo/hija y de lo que está haciendo.	I make sure that I know where my child is and what s/he is doing.	medium
18b	Me aseguro de saber dónde se encuentra mi hijo/a y que está haciendo	I make sure to know where my child is and what s/he is doing	medium

Item	Spanish version	English translation	Dificultad
19a	Animo a mi hijo/hija a probar cosas nuevas.	I encourage my child to try new things	easy
19b	Animo a mi hijo/a a que pruebe cosas nuevas	I encourage my child to try new things	medium
20a	Dejo que aprenda de sus propios errores.	I let my child learn from his/her own mistakes	easy
20b	Dejo que el/ella aprenda de sus errores	I let him/her learn from his/her mistakes	medium
21a	Dejo que mi hijo/hija se arriesgue un poco en lo que hace.	I let my child take some minor risks in what s/he does	medium
21b	Dejo que mi hijo/a corra algunos riesgos en lo que hace	I let my child take some risks in what s/he does	easy
22a	Dejo que mi hijo/hija haga cosas por sí mismo/misma.	I let my child do things for himself/herself	easy
22b	Permito que mi hijo/a haga cosas por sí mismo/a	I allow my child to do things for himself/herself	easy
23a	Dejo que mi hijo/hija tenga incidentes menores, si lo que está haciendo es muy divertido.	I let my child have minor incidents if what s/he is doing is fun	medium
23b	Permito que mi hijo/a experimente pequeños percances si lo que está haciendo es muy divertido	I allow my child to experience small setbacks if what s/he is doing is a lot of fun.	difficult
24a	Dejo que mi hijo/hija tome decisiones por sí mismo/misma.	I let my child make decisions himself/herself	medium
24b	Permito que mi hijo/a tome sus propias decisiones	I allow my child to make his/her own decisions	easy
25a	Animo a mi hijo/hija a tomar riesgos si eso supone que se divierta cuando juega.	I encourage my child to take risks if it means having fun while playing	medium
25b	Animo a mi hijo/a a que tome riesgos si eso significa disfrutar mientras juega	I encourage my child to take risks if it means s/he has fun while playing	medium
26a	Me espero a ver si puede solucionar algo solo/sola antes de intervenir.	I wait to see if s/he can solve something alone before intervening.	easy
26b	Antes de involucrarme espero a ver si el/ella puede hacer las cosas por sí mismo/a	Before getting involved, I wait to see if s/he can do things on his/her own	medium
27a	Si mi hijo/hija se hiera es por mala suerte.	If my child gets hurt, it's bad luck	medium
27b	Cuando mi hijo/a se lastima es debido a la mala suerte	When my child gets hurt, it's because of bad luck	medium
28a	Que salga herido/herida mi hijo/hija o no, depende del destino.	Whether my child gets hurt or not depends on fate	medium
<b>Item</b>	<b>Spanish version</b>	<b>English translation</b>	<b>Dificultad</b>
28b	Que mi hijo se lastime o no es en gran medida cuestión de suerte	Whether my child gets hurt or not is largely a question of luck	easy
29	La buena suerte determina en gran medida que mi hijo/hija salga herido/herida o no	Good luck largely determines whether my child gets hurt or not	easy

Tabla 10: Segunda versión de la retrotraducción

Item	Spanish version	English translation	Difficulty
1a	Me siento muy protector/a con mi hijo/hija.	I feel very protective of my son/daughter.	2
1b	Siento que sobreprotejo a mi hijo	I feel as though I'm overly protective of my child	2
2a	Pienso en todas las situaciones peligrosas que se podrían dar.	I think about all the dangerous situations that might arise.	1
2b	Pienso en todas las cosas peligrosas que podrían ocurrir	I think about all the dangerous things that might happen	1
3a	Impido que mi hijo/a participe en juegos bruscos o haga algo en lo que pueda salir herido/a	I prevent my son/daughter from participating in rough games or from doing something that could cause him/her to get hurt	3
3b	Prohíbo a mi hijo/a a participar en juegos violentos o hacer cosas que podrían lastimarlo/a	I forbid my son/daughter from participating in violent games or from doing things that might hurt him/her	1
4a	Le/la mantengo alejado/alejada de todo aquello que pueda ser peligroso.	I keep him/her away from anything that might be dangerous.	2
4b	Hago que se mantenga alejado/a de cualquier cosa que pudiera ser peligrosa	I make him/her stay away from anything that might be dangerous	2
5a	Tengo miedo de que le ocurra algo a mi hijo/hija.	I'm afraid that something happens to my son/daughter.	1
5b	Temo que algo pueda sucederle a mi hijo/a	I'm afraid that something might happen to my son/daughter.	1
6a	Advierto a mi hijo/hija de lo que pueda ser peligroso.	I warn my son/daughter about what might be dangerous.	1
6b	Le advierto a él/ella sobre cosas que podrían ser peligrosas.	I warn him/her about things that might be dangerous.	1
7a	Estoy atento/atenta a la expresión de la cara de mi hijo/hija para ver cómo está.	I pay attention to my son/daughter's facial expressions to see how he/she is.	2
7b	Vigilo la cara de mi hijo/a para ver cómo se encuentra	I scrutinise my son/daughter's face to see how he/she is	3
8	Tengo un gran sentido de responsabilidad.	I feel a great sense of responsibility.	2
9a	Primero intento hacer las cosas con mi hijo/hija, antes de dejar que lo haga solo/sola.	I try to do things with my son/daughter first before letting him/her do them by himself/herself.	1
9b	Pruebo las cosas con mi hijo/a antes de dejar que las haga por su cuenta	I try things with my son/daughter first before letting him/her do them by himself/herself	2

Item	Spanish version	English translation	Difficulty
10a	Tengo a mi hijo/hija al alcance de la mano en todo momento	I have my son/daughter at arm's reach at all times	2
10b	Mantengo a mi hijo/a al alcance de la mano en todo momento	I keep my son/daughter at arm's reach at all times	2
11	Sé exactamente lo que está haciendo mi hijo/hija	I know exactly what my son/daughter is doing	1
12a	Puedo confiar en que mi hijo/hija juegue solo/sola sin tener que supervisar constantemente	I know that my son/daughter plays alone without needing constant supervision	2
12b	Puedo confiar en que mi hijo juegue solo sin supervisión constante	I know that my child plays alone without needing constant supervision	2
13a	Estoy cerca de mi hijo/hija cuando juega	I stay near my son/daughter when he/she plays	2
13b	Me mantengo al alcance de mi hijo/a cuando está jugando con el equipamiento del parque	I stay within reach of my son/daughter when he/she is playing in the play park	3
14a	Observo muy de cerca a mi hijo/hija	I observe my son/daughter very closely	1
14b	Vigilo de cerca a mi hijo/a	I keep a close eye on my son/daughter	1
15a	Me digo a mí mismo/misma que puedo confiar en que juegue de forma segura	I tell myself that I can rest assured he/she plays safely	2
	Me digo a mí mismo que puedo confiar en que juegue con cuidado	I tell myself that I can rest assured he/she plays carefully	2
16a	Estoy lo suficientemente cerca de mi hijo/hija para alcanzarle/la rápido	I stay close enough to my son/daughter so that I can reach him/her quickly	2
16b	Me quedo lo suficientemente cerca de mi hijo/a para que pueda llegar a el/ella rápidamente	I stay close enough to my son/daughter so that I can reach him/her quickly	2
17a	Vigilo de cerca a mi hijo/hija.	I keep a close eye on my son/daughter.	1
17b	Me mantengo cerca de mi hijo	I stay close to my child	1
18a	Me aseguro de que sé dónde está mi hijo/hija y de lo que está haciendo.	I make sure I know where my son/daughter is and what he/she is doing.	1
18b	Me aseguro de saber dónde se encuentra mi hijo/a y que está haciendo	I make sure I know where my son/daughter is and what he/she is doing	1
19a	Animo a mi hijo/hija a probar cosas nuevas.	I encourage my son/daughter to try new things.	2
19	Animo a mi hijo/a a que pruebe cosas nuevas	I encourage my son/daughter to try new things	2
20a	Dejo que aprenda de sus propios errores.	I let him/her learn from his/her own mistakes.	1
20b	Dejo que el/ella aprenda de sus errores	I let him/her learn from his/her own mistakes	1
21a	Dejo que mi hijo/hija se arriesgue un poco en lo que hace.	I let my son/daughter take some risk in what he/she does	3
21b	Dejo que mi hijo/a corra algunos riesgos en lo que hace	I let my son/daughter take some risks in what he/she does	3
22a	Dejo que mi hijo/hija haga cosas por sí mismo/misma.	I let my son/daughter do things by himself/herself	1
22b	Permito que mi hijo/a haga cosas por sí mismo/a	I let my son/daughter do things by himself/herself	1

Item	Spanish version	English translation	Difficulty
23a	Dejo que mi hijo/hija tenga incidentes menores, si lo que está haciendo es muy divertido.	I let my son/daughter have minor mishaps if what he/she is doing is good fun	3
23b	Permito que mi hijo/a experimente pequeños percances si lo que está haciendo es muy divertido	I let my son/daughter have minor mishaps if what he/she is doing is good fun	2
24a	Dejo que mi hijo/hija tome decisiones por sí mismo/misma.	I let my son/daughter take decisions by himself/herself	1
24b	Permito que mi hijo/a tome sus propias decisiones	I let my son/daughter take his/her own decisions	1
25a	Animo a mi hijo/hija a tomar riesgos si eso supone que se divierta cuando juega.	I encourage my son/daughter to take risks if this means he/she has fun when he/she plays.	2
25b	Animo a mi hijo/a a que tome riesgos si eso significa disfrutar mientras juega	I encourage my son/daughter to take risks if this means he/she has fun while he/she plays	2
26a	Me espero a ver si puede solucionar algo solo/sola antes de intervenir.	I wait to see if he/she can solve something by himself/herself before stepping in	2
26b	Antes de involucrarme espero a ver si el/ella puede hacer las cosas por sí mismo/a	Before I get involved I wait to see if he/she can do things by himself/herself	2
27a	Si mi hijo/hija se hiera es por mala suerte.	If my son/daughter gets hurt it's down to bad luck.	3
27b	Cuando mi hijo/a se lastima es debido a la mala suerte	If my son/daughter gets hurt it's due to bad luck	3
28a	Que salga herido/herida mi hijo/hija o no, depende del destino.	Whether my son/daughter gets hurt is down to chance.	3
28b	Que mi hijo se lastime o no es en gran medida cuestión de suerte	Whether my son/daughter gets hurt is largely a question of luck	2
29	La buena suerte determina en gran medida que mi hijo/hija salga herido/herida o no	Good fortune largely determines whether my son/daughter gets hurt	2

El grupo de trabajo se reunió para establecer el grado de comparabilidad de la versión original y la retrotraducida y tener un criterio de selección de la mejor opción (Tabla 11).

**Tabla 11:** Comparabilidad de la versión original y la retrotraducida junto con la versión en castellano considerada más adecuada

Ítem	Original English versión	Back-translated English versión	Comp. language	Simil. of interpret.	Spanish translation
1	I feel very protective of my child	I feel very protective towards my child	1+1+2=4	1+1+1	Me siento muy protector/a con mi hijo/hija.
		I feel that I overprotect my child	3+2+4=9	4+3+3=10	Siento que sobreprotejo a mi hijo
		I feel very protective of my son/daughter.	2+2+3=7	1+2+1=4	Me siento muy protector/a con mi hijo/hija.
		I feel as though I'm overly protective of my child	4+2+5=11	4+3+3=10	Siento que sobreprotejo a mi hijo
2	I think of all the dangerous things that could happen	I think about all the dangerous situations that could happen	2+2+2=6	2+2+2=6	Pienso en todas las situaciones peligrosas que se podrían dar.
		I think about all the dangerous things that could happen	1+2+1=4	1+1+1=3	Pienso en todas las cosas peligrosas que podrían ocurrir
		I think about all the dangerous situations that might arise	2+2+3=7	2+2+2=6	Pienso en todas las situaciones peligrosas que se podrían dar.
		I think about all the dangerous things that might happen	2+2+2=6	2+1+1=4	Pienso en todas las cosas peligrosas que podrían ocurrir
3	I keep my child from playing rough games or doing things where he/she might get hurt	I stop my child from participating in contact sports or from doing something where s/he could get hurt	4+3.5+4=11.5	4+3.5+3=10.5	Impido que mi hijo/a participe en juegos bruscos o haga algo en lo que pueda salir herido/a
		I prohibit my child from participating in violent games or doing things that could harm him/her	4+3.5+4=11.5	4+3+4=11	Prohíbo a mi hijo/a a participar en juegos violentos o hacer cosas que podrían lastimarlo/a

		I prevent my son/daughter from participating in rough games or from doing something that could cause him/her to get hurt	$2+2+3=7$	$1+2+2=5$	Impido que mi hijo/a participe en juegos bruscos o haga algo en lo que pueda salir herido/a
		I forbid my son/daughter from participating in violent games or from doing things that might hurt him/her	$4+3+4=11$	$3+3+3=9$	Prohíbo a mi hijo/a a participar en juegos violentos o hacer cosas que podrían lastimarlo/a
4	I make him/her keep away from anything that could be dangerous	I keep him/her away from anything that could be dangerous	$2+1+2=5$	$2+1+1=4$	Le/la mantengo alejado/alejada de todo aquello que pueda ser peligroso.
		I make sure s/he stays away from anything that could be dangerous	$2+2+2=6$	$1+2+2=5$	Hago que se mantenga alejado/a de cualquier cosa que pudiera ser peligrosa
		I keep him/her away from anything that might be dangerous.	$2+1+3=6$	$3+1+2=6$	Le/la mantengo alejado/alejada de todo aquello que pueda ser peligroso.
		I make him/her stay away from anything that might be dangerous	$1+2+3=6$	$1+2+2=5$	Hago que se mantenga alejado/a de cualquier cosa que pudiera ser peligrosa

7	I keep an eye on my child's face to see how he/she is doing	I pay attention to my child's facial expressions to see how s/he is.	$3+3+3=9$	$2+3+2=7$	Estoy atento/atenta a la expresión de la cara de mi hijo/hija para ver cómo está.
		I watch my child's face to see how s/he's feeling	$2+2+3=7$	$2+2+3=7$	Vigilo la cara de mi hijo/a para ver cómo se encuentra
		I pay attention to my son/daughter's facial expressions to see how he/she is.	$3+3+3=9$	$2+3+2=7$	Estoy atento/atenta a la expresión de la cara de mi hijo/hija para ver cómo está.
		I scrutinise my son/daughter's face to see how he/she is	$3+2+3=8$	$2+2+2=6$	Vigilo la cara de mi hijo/a para ver cómo se encuentra
8	I feel a strong sense of responsibility	I feel a great sense of responsibility	$1+2+2=5$	$1+2+2=5$	Tengo un gran sentido de [la] responsabilidad
9	I try things with my child before leaving him/her to do them on his/her own	First I try to do things with my child before letting him/her do them alone	$2+2+4=8$	$1+2+3=6$	Primero intento hacer las cosas con mi hijo/hija, antes de dejar que lo haga solo/sola.
		I try things with my child before letting him/her do them on his/her own	$2+1+2=5$	$1+1+1=3$	Pruebo las cosas con mi hijo/a antes de dejar que las haga por su cuenta
		I try to do things with my son/daughter first before letting him/her do them by himself/herself.	$2+2+2=6$	$1+2+1=4$	Primero intento hacer las cosas con mi hijo/hija, antes de dejar que lo haga solo/sola.
		I try things with my son/daughter first before letting him/her do them by himself/herself	$2+1+2=5$	$1+1+1=3$	Pruebo las cosas con mi hijo/a antes de dejar que las haga por su cuenta

10	I have my child within arm's reach at all times	I have my child within arm's reach at all times.	$1+1+1=3$	$1+1+1=3$	Tengo a mi hijo/hija al alcance de la mano en todo momento
		I have my child within arm's reach at all times.	$1+1+1=3$	$1+1+1=3$	Mantengo a mi hijo/a al alcance de la mano en todo momento
		I have my son/daughter at arm's reach at all times	$2+2+2=6$	$1+2+1=4$	Tengo a mi hijo/hija al alcance de la mano en todo momento
		I have my son/daughter at arm's reach at all times	$2+2+2=6$	$1+2+1=4$	Mantengo a mi hijo/a al alcance de la mano en todo momento
11	I know exactly what my child is doing	I know exactly what my child is doing	$1+1+1=3$	$1+1+1=3$	Sé exactamente lo que está haciendo mi hijo/hija
		I know exactly what my son/daughter is doing	$2+2+2=6$	$1+2+1=4$	Sé exactamente lo que está haciendo mi hijo/hija
12	I can trust my child to play by himself/herself without constant supervision	I can trust my child to play alone without constantly supervising him/her	$2+2+3=7$	$1+1+2=4$	Puedo confiar en que mi hijo/hija juegue solo/sola sin tener que supervisar constantemente
		I can trust my child to play alone without constant supervision.	$2+1+2=5$	$1+1+1=3$	Puedo confiar en que mi hijo juegue solo sin [una] supervisión constante
		I know that my son/daughter plays alone without needing constant supervision	$4+3+5=12$	$3+2+4=9$	Puedo confiar en que mi hijo/hija juegue solo/sola sin tener que supervisar constantemente
		I know that my child plays alone without needing constant supervision	$4+3+5=12$	$3+2+4=9$	Puedo confiar en que mi hijo juegue solo sin supervisión constante
13	I stay within reach of my child when he/she is playing on the equipment	I'm nearby when my child is playing	$4+4+5 = 13$	$2+4+4=10$	Estoy cerca de mi hijo/hija cuando juega
		I stay within arm's reach of my child when s/he is playing on playground equipment	$2+2.5+3=7.5$	$1+2.5+2=5.5$	Me mantengo al alcance de mi hijo/a cuando está jugando con el equipamiento del parque
		I stay near my son/daughter when he/she plays	$3+4+5 = 12$	$2+4+4=10$	Estoy cerca de mi hijo/hija cuando juega
		I stay within reach of my son/daughter when he/she is playing in the play park	$3+4+2=9$	$2+4+2=8$	Me mantengo al alcance de mi hijo/a cuando está jugando con el equipamiento del parque

14	I keep a close watch on my child	I observe my child very closely	$3+2.5+4=9.5$	$2+2+3 = 7$	Observo muy de cerca a mi hijo/hija
		I watch my child closely	$3+2+4 =9$	$2+2+3 = 7$	Vigilo de cerca a mi hijo/a
		I observe my son/daughter very closely	$2+2.5+4 = 8.5$	$2+2.5+3 = 7.5$	Observo muy de cerca a mi hijo/hija
		I keep a close eye on my son/daughter	$2+2.5+3 =7.5$	$1+1+2 = 4$	Vigilo de cerca a mi hijo/a
15	I say to myself that I can trust him/her to play safely	I tell myself that I can trust my child to play safely.	$2+1+3 = 6$	$1+1+2=4$	Me digo a mí mismo/misma que puedo confiar en que juegue de forma segura
		I tell myself that I can trust him/her to play carefully	$2+2+3=7$	$2+2.5+2 = 6.5$	Me digo a mí mismo que puedo confiar en que juegue con cuidado
		I tell myself that I can rest assured he/she plays safely	$4+3+4=11$	$3+3+3 = 9$	Me digo a mí mismo/misma que puedo confiar en que juegue de forma segura
		I tell myself that I can rest assured he/she plays carefully			Me digo a mí mismo que puedo confiar en que juegue con cuidado
16	I stay close enough to my child that I can get to him/her quickly	I am close enough to my child to reach him/her quickly	$3+2+5=10$	$2+2+4=8$	Estoy lo suficientemente cerca de mi hijo/hija para alcanzarle/la rápido
		I stay close enough to my child so I can reach him/her rapidly	$2+2+3=7$	$1+2+3=6$	Me quedo lo suficientemente cerca de mi hijo/a para que pueda llegar a el/ella rápidamente
		I stay close enough to my son/daughter so that I can reach him/her quickly	$2+2+3=7$	$1+2+2=5$	Estoy lo suficientemente cerca de mi hijo/hija para alcanzarle/la rápido
		I stay close enough to my son/daughter so that I can reach him/her quickly	$2+2+3=7$	$1+2+2=5$	Me quedo lo suficientemente cerca de mi hijo/a para que pueda llegar a el/ella rápidamente

17	I hover next to my child	I watch my child closely	$3+3+6=9$	$3+3.5+5=11.5$	Vigilo de cerca a mi hijo/hija.
		I stay close to my child	$3+3+4=10$	$2+2+4=8$	Me mantengo cerca de mi hijo
		I keep a close eye on my son/daughter.	$4+3.5+6=13.5$	$3+3.5+5=11.5$	Vigilo de cerca a mi hijo/hija.
		I stay close to my child	$4+3+4=11$	$3+2+4=9$	Me mantengo cerca de mi hijo
18	I make sure I know where my child is and what he/she is doing	I make sure that I know where my child is and what s/he is doing.	$1+1+2=4$	$1+1+1=3$	Me aseguro de que sé dónde está mi hijo/hija y de lo que está haciendo.
		I make sure to know where my child is and what s/he is doing	$2+1.5+2=5.5$	$1+1+2=4$	Me aseguro de saber dónde se encuentra mi hijo/a y que está haciendo
		I make sure I know where my son/daughter is and what he/she is doing.	$2+2+2=6$	$1+2+1=4$	Me aseguro de que sé dónde está mi hijo/hija y de lo que está haciendo.
		I make sure I know where my son/daughter is and what he/she is doing.	$2+2+2=6$	$1+2+1=4$	Me aseguro de saber dónde se encuentra mi hijo/a y que está haciendo
19	I encourage my child to try new things	I encourage my child to try new things	$1+1+1=3$	$1+1+1=3$	Animo a mi hijo/hija a probar cosas nuevas.
		I encourage my child to try new things	$1+1+1=3$	$1+1+1=3$	Animo a mi hijo/a a que pruebe cosas nuevas
		I encourage my son/daughter to try new things	$2+2+2=6$	$1+2+1=4$	Animo a mi hijo/hija a probar cosas nuevas.
		I encourage my son/daughter to try new things	$2+2+2=6$	$1+2+1=4$	Animo a mi hijo/a a que pruebe cosas nuevas
20	I let him/her learn from his/her	I let my child learn from his/her own mistakes	$2+3+2=7$	$2+3+1=6$	Dejo que aprenda de sus propios errores.
		I let him/her learn from his/her mistakes	$2+2.5+2=6.5$	$2+3+1=6$	Dejo que el/ella aprenda de sus errores

	own mishaps	I let him/her learn from his/her own mistakes	$2+2.5+2=6.5$	$2+3+1=6$	Dejo que aprenda de sus propios errores.
		I let him/her learn from his/her own mistakes	$2+2.5+2=6.5$	$2+3+1=6$	Dejo que el/ella aprenda de sus errores
21	I let my child take some chances in what he/she does	I let my child take some minor risks in what s/he does	$3+3+3=9$	$2+3+2=7$	Dejo que mi hijo/hija se arriesgue un poco en lo que hace.
		I let my child take some risks in what s/he does	$3+3+2=8$	$2+3.5+2=7.5$	Dejo que mi hijo/a corra algunos riesgos en lo que hace
		I let my son/daughter take some risks in what he/she does	$3+3+2=8$	$2+3.5+2=7.5$	Dejo que mi hijo/hija se arriesgue un poco en lo que hace.
		I let my son/daughter take some risks in what he/she does	$3+3+2=8$	$2+3.5+2=7.5$	Dejo que mi hijo/a corra algunos riesgos en lo que hace
		I let my son/daughter have minor mishaps if what he/she is doing is good fun	$3+2+3=8$	$1+2+2=5$	Permito que mi hijo/a experimente pequeños percances si lo que está haciendo es muy divertido
22	I let my child do things for him/herself	I let my child do things for himself/herself	$2+1+1=4$	$1+1+1=3$	Dejo que mi hijo/hija haga cosas por sí mismo/misma.
		I allow my child to do things for himself/herself	$2+1.5+2=5.5$	$1+1+1=3$	Permito que mi hijo/a haga cosas por sí mismo/a
		I let my son/daughter do things by himself/herself	$2+1.5+3=5.5$	$1+1.5+2=4.5$	Dejo que mi hijo/hija haga cosas por sí mismo/misma.
		I let my son/daughter do things by himself/herself	$2+1.5+3=6.5$	$1+1.5+2=4.5$	Permito que mi hijo/a haga cosas por sí mismo/a
23	I let my child experience minor mishaps if what he is doing is lots of fun	I let my child have minor incidents if what s/he is doing is fun	$3+3+4=10$	$1+2.5+3=5.5$	Dejo que mi hijo/hija tenga incidentes menores, si lo que está haciendo es muy divertido.
		I allow my child to experience small setbacks if what s/he is doing is a lot of fun.	$3+2.5+2=7.5$	$2+2.5+2=6.5$	Permito que mi hijo/a experimente pequeños percances si lo que está haciendo es muy divertido
		I let my son/daughter have minor mishaps if what he/she is doing is good fun	$3+2+3=8$	$1+2+2=4$	Dejo que mi hijo/hija tenga incidentes menores, si lo que está haciendo es muy divertido.

24	I let my child make decisions for himself/herself	I let my child make decisions himself/herself	$1+2+2=5$	$1+1+2=4$	Dejo que mi hijo/hija tome decisiones por sí mismo/misma.
		I allow my child to make his/her own decisions	$3+2+3=8$	$1+1+3=5$	Permito que mi hijo/a tome sus propias decisiones
		I let my son/daughter take decisions by himself/herself	$2+2+2=6$	$1+2+2=5$	Dejo que mi hijo/hija tome decisiones por sí mismo/misma.
		I let my son/daughter take his/her own decisions	$3+2+3=8$	$1+2+3=6$	Permito que mi hijo/a tome sus propias decisiones
25	I encourage my child to take risks if it means having fun during play	I encourage my child to take risks if it means having fun while playing	$2+2+2=6$	$1+1+1=3$	Animo a mi hijo/hija a tomar riesgos si eso supone que se divierta cuando juega.
		I encourage my child to take risks if it means s/he has fun while playing	$3+2+3=8$	$1+1+2=4$	Animo a mi hijo/a a que tome riesgos si eso significa disfrutar mientras juega
		I encourage my son/daughter to take risks if this means he/she has fun when he/she plays	$3+2+3=8$	$1+2+2=5$	Animo a mi hijo/hija a tomar riesgos si eso supone que se divierta cuando juega.
		I encourage my son/daughter to take risks if this means he/she has fun while he/she plays	$3+2+3=8$	$1+2+2=5$	Animo a mi hijo/a a que tome riesgos si eso significa disfrutar mientras juega
26	I wait to see if he/she can do things on his/her own before I get involved	I wait to see if s/he can solve something alone before intervening.	$2+3.5+5=10.5$	$1+2.5+3=6.5$	Me espero a ver si puede solucionar algo solo/sola antes de intervenir.
		Before getting involved, I wait to see if s/he can do things on his/her own	$3+2+3=8$	$1+1+2=4$	Antes de involucrarme espero a ver si el/ella puede hacer las cosas por sí mismo/a
		I wait to see if he/she can solve something by himself/herself before stepping in	$3+2+5=10$	$1+2+3=6$	Me espero a ver si puede solucionar algo solo/sola antes de intervenir.
		Before I get involved I wait to see if he/she can do things by himself/herself	$3+2+3=8$	$1+1+2=4$	Antes de involucrarme espero a ver si el/ella puede hacer las cosas por sí mismo/a

27	When my child gets injured it is due to bad luck	If my child gets hurt, it's bad luck	$3+3+4=10$	$2+3+3=8$	Si mi hijo/hija se hiera es por mala suerte.
		When my child gets hurt, it's because of bad luck	$2+2+3=7$	$1+2+2=5$	Quando mi hijo/a se lastima es debido a la mala suerte
		If my son/daughter gets hurt it's down to bad luck.	$3+3+3=9$	$2+2+2=6$	Si mi hijo/hija se hiera es por mala suerte.
		If my son/daughter gets hurt it's due to bad luck	$3+3+3=9$	$2+2+2=6$	Quando mi hijo/a se lastima es debido a la mala suerte
28	Whether or not my child gets injured is largely a matter of fate	Whether my child gets hurt or not depends on fate	$3+4+5=12$	$2+3+3=8$	Que salga herido/herida mi hijo/hija o no, depende del destino.
		Whether my child gets hurt or not is largely a question of luck	$3+3.5+4=10.5$	$2+3+2=7$	Que mi hijo se lastime o no es en gran medida cuestión de suerte
		Whether my son/daughter gets hurt is down to chance.	$2+4+4=10$	$2+3+3=8$	Que salga herido/herida mi hijo/hija o no, depende del destino.
		Whether my son/daughter gets hurt is largely a question of luck	$3+3.5+4=10.5$	$2+3+2=7$	Que mi hijo se lastime o no es en gran medida cuestión de suerte
29	Good fortune plays a big part in determining whether or not my child gets injured	Good luck largely determines whether my child gets hurt or not	$3+3.5+6=12.5$	$1+3+3=7$	La buena suerte determina en gran medida que mi hijo/hija salga herido/herida o no
		Good fortune largely determines whether my son/daughter gets hurt	$3+3.5+5=11.5$	$1+3+3=7$	La buena suerte determina en gran medida que mi hijo/hija salga herido/herida o no

Tras la puesta en común y el trabajo de campo se llegó a la versión 1.1. del test (Tabla 12)

**Tabla 12:** Versión 1.1 PSAPQ test adaptado al Español

Ítem	
1	Me siento muy protector con mi hijo
2	Pienso en todas las cosas peligrosas que podrían ocurrir
3	Impido a mi hijo que participe en juegos bruscos o haga algo en lo que pueda salir lastimado
4	Le mantengo alejado de todo aquello que pueda ser peligroso
5	Temo que algo pueda sucederle a mi hijo
6	Advierto a mi hijo sobre cosas que podrían ser peligrosas
7	Vigilo la expresión de la cara de mi hijo para ver cómo está
8	Tengo un gran sentido de responsabilidad
9	Pruebo las cosas con mi hijo antes de dejar que las haga por su cuenta
10	Tengo a mi hijo al alcance de la mano en todo momento
11	Sé exactamente lo que está haciendo mi hijo
12	Puedo confiar en que mi hijo juegue solo sin supervisión constante
13	Estoy cerca de mi hijo cuando juega en el parque
14	Vigilo de cerca de mi hijo
15	Confío en que juegue de forma segura
16	Me quedo lo suficientemente cerca de mi hijo para poder alcanzarlo rápidamente
17	Estoy "encima" de mi hijo
18	Me aseguro de que sé dónde está mi hijo y de los que está haciendo
19	Animo a mi hijo a probar cosas nuevas
20	Dejo que aprenda de sus propios errores
21	Dejo que mi hijo corra algunos riesgos en lo que hace
22	Dejo que mi hijo haga cosas por sí mismo
23	Si lo que está haciendo mi hijo es muy divertido, dejaría/permitiría que tuviera un pequeño percance
24	Dejo que mi hijo tome decisiones por sí mismo
25	Animo a mi hijo a arriesgarse si eso supone que se divierta cuando juega
26	Antes de involucrarme espero a ver si él puede hacer las cosas por sí mismo
27	Si mi hijo se lastima es debido a la mala suerte
28	Que mi hijo se lastime o no es en gran medida cuestión de suerte
29	La buena suerte determina en gran medida que mi hijo salga herido o no

## **Evaluación de las propiedades psicométricas del cuestionario**

### **PSAPQ spanish v 1**

#### **Componentes/dimensiones del cuestionario (Análisis factorial):**

El análisis factorial identificó hasta 8 posibles factores o dimensiones, que explicaban el 65,7% de la Varianza (Matriz de componentes rotados en Anexo).

Cuando se forzó la identificación de 4 componentes, como la escala original, se explicó el 47,9% y tras la rotación de estos componentes se obtuvo la siguiente matriz factorial (Tabla 13).

Tabla 13. Matriz de componentes rotados del cuestionario PSAPQ

	Componente			
	1	2	3	4
P1. Me siento muy protector con mi hijo	,579	-,219	,102	,281
P2. Pienso en todas las cosas peligrosas que podrían ocurrir	,614	,041	-,103	,206
P3. Impido a mi hijo que participe en juegos bruscos o haga algo en lo que pueda salir lastimado	,553	-,304	,021	-,116
P4. Le mantengo alejado de todo aquello que pueda ser peligroso	,637	-,082	,028	-,142
P5. Temo que algo pueda sucederle a mi hijo	,573	,113	,056	,159
P6. Advierto a mi hijo sobre cosas que podrían ser peligrosas	,355	,391	-,097	-,096
P7. Vigilo la expresión de la cara de mi hijo para ver cómo está	,589	,220	-,091	,079
P8. Tengo una gran sentido de responsabilidad	,498	,307	-,037	,060
P9. Pruebo las cosas con mi hijo antes de dejar que las haga por su cuenta	,585	-,067	-,006	-,206
P10. Tengo a mi hijo al alcance de la mano en todo momento	,611	-,146	,182	-,206
P11. Sé exactamente lo que está haciendo mi hijo	,501	,023	,042	-,290
P12. Puedo confiar en que mi hijo juegue solo sin supervisión constante	-,133	-,067	-,127	,437
P13. Estoy cerca de mi hijo cuando juega en el parque	,592	-,027	-,084	-,315
P14. Vigilo de cerca de mi hijo	,691	-,016	-,038	-,273
P15. Confío en que juegue de forma segura	,448	-,063	,079	,050
P16. Me quedo lo suficientemente cerca de mi hijo para poder alcanzarlo rápidamente	,625	,190	-,065	-,263
P17. Estoy "encima" de mi hijo	,702	-,190	-,023	,073
P18. Me aseguro de que sé dónde está mi hijo y de los que está haciendo	,472	,118	-,180	-,259
P19. Animo a mi hijo a probar cosas nuevas	,183	,680	,006	-,026
P20. Dejo que aprenda de sus propios errores	-,096	,614	-,214	,233
P21. Dejo que mi hijo corra algunos riesgos en lo que hace	-,057	,099	-,094	,650
P22. Dejo que mi hijo haga cosas por sí mismo	-,183	,800	,086	-,077
P23. Si lo que está haciendo mi hijo es muy divertido, permitiría que tuviera un pequeño percance	-,034	,049	,257	,799
P24. Dejo que mi hijo tome decisiones por sí mismo	-,073	,717	-,066	,132
P25. Animo a mi hijo a arriesgarse si eso supone que se divierta cuando juega	,027	,105	,308	,615
P26. Antes de involucrarme espero a ver si él puede hacer las cosas por sí mismo	-,092	,656	,321	-,041
P27. Si mi hijo se lastima o no es en gran medida cuestión de suerte	-,049	-,023	,881	,027
P28. Que mi hijo se lastime o no es en gran medida cuestión de suerte	,010	,013	,883	,039
P29. La buena suerte determina en gran medida que mi hijo salga herido o no	,019	-,002	,852	,076

Método de extracción: Análisis de componentes principales; Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser. Sombreado:  $r > 0,50$

Además, la descripción de las 4 dimensiones del cuestionario presentó una distribución relativamente heterogénea de las mismas, con valores mayores para “proteccionismo” y “tolerancia al riesgo” y menores para “supervisión”, y sobre todo para “destino/fatalidad” (tabla 14).

**Tabla 14.** Descriptivos de las dimensiones del cuestionario

		Proteccionismo	Supervisión	Tolerancia	Destino/Fatalidad
Media		3,77	3,19	3,72	2,10
Mediana		3,67	3,22	3,62	2,00
Desviación estándar		0,63	0,52	0,53	0,81
Mínimo		2,56	1,67	2,4	1,00
Percentil	25	3,33	2,88	3,37	1,33
	50	3,67	3,22	3,62	2,00
	75	4,25	3,56	4,00	2,67

### Consistencia Interna

Mediante el estudio del  $\alpha$  de Cronbach se han obtenido valores que varían de 0.684 para la dimensión de “tolerancia al riesgo” a 0.866 para destino/fatalidad “.

En la tabla 15 se muestran los resultados que se obtuvieron en cada subescala o dimensión.

**Tabla 15.** Consistencia interna de la versión española del cuestionario PSAPQ (Parental Supervision Attributes Profile Questionnaire).

Dimensión	Ítems	$\alpha$ de Cronbach
Proteccionismo	1 a 9	0,796
Supervisión	10 a 18	0,751
Tolerancia al riesgo	19 a 26	0,684
Destino/Fatalidad	27 a 29	0,866

Estos resultados indican que la versión española del cuestionario presenta una fiabilidad interna aceptable, demostrando que los ítems que forman parte de cada subescala están relacionados y valoran un mismo constructo.

### Consistencia externa o fiabilidad

Se comprobó la fiabilidad o estabilidad de las respuestas en 30 sujetos a los que se les paso de nuevo el cuestionario tras 3 meses (re-test) de la primera consulta (test), posteriormente se realizó el estudio estadístico mediante el análisis del coeficiente de correlación de Pearson.

Se obtuvieron valores mayores a 0.6 en las subescalas de tolerancia al riesgo y destino/fatalidad ( $r=0.665$  y  $r=0.651$ ) y mayores de 0.7 en las subescalas de proteccionismo y supervisión ( $r=0.814$  y  $r=0.787$ ). En la tabla 4 se pueden observar los resultados obtenidos.

**Tabla 16:** Coeficientes de correlación de Pearson de la prueba de test-retest de la versión española del cuestionario PSAPQ (Parental Supervision Attributes Profile Questionnaire).

Test	Re-test			
	Proteccionis- mo	Supervisión	Tolerancia al riesgo	Destino/Fatali- dad
Proteccionismo	0,814			
Supervisión		0,787		
Tolerancia al riesgo			0,665	
Destino/Fatalidad				0,651

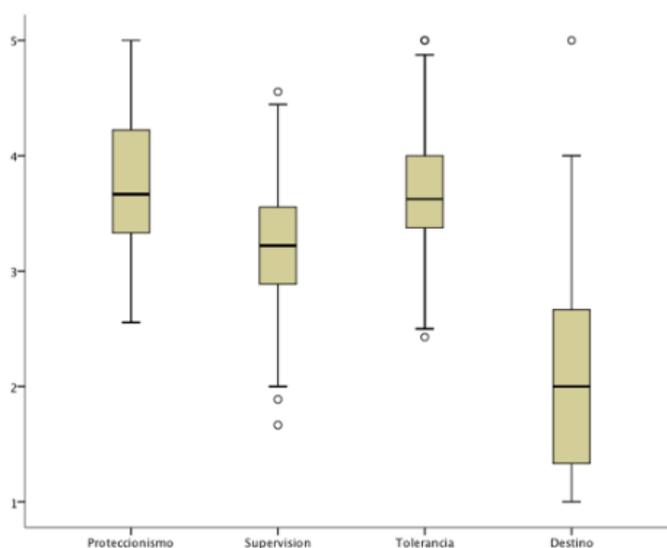
Dados estos resultados, podemos afirmar que nuestro estudio posee buena concordancia, siendo esta positiva entre las respuestas obtenidas separadas en el tiempo en el test-retest.

### **Dimensiones**

La descripción de las 4 dimensiones del cuestionario presenta una distribución relativamente heterogénea de las mismas, con valores mayores para “proteccionismo” y “tolerancia y menores para “supervisión” y sobre todo para “destino” (Tabla 17 y Figura 8)

**Tabla 17:** Descriptivos de las dimensiones del cuestionario

	Proteccionis- mo	Supervi- sión	Tole- rancia	Destino/ fatalidad
Media	3,77	3,19	3,72	2,10
Mediana	3,67	3,22	3,62	2,00
Desv. estándar	0,63	0,52	0,53	0,81
Mínimo	2,56	1,67	2,4	1,00
Percent iles	25	3,33	2,88	1,33
	50	3,67	3,22	2,00
	75	4,25	3,56	2,67

**Figura 8:** Diagrama de cajas y bigotes de las dimensiones del cuestionario



**Figura 9:** Localización centros salud en la provincia.



**Figura 10:** Localización Centros de Salud en la ciudad de Valencia

-  Centro de Salud Fuente San Luis
-  Centro de Salud Padre Jofré
-  Centro de Salud Plaza Segovia

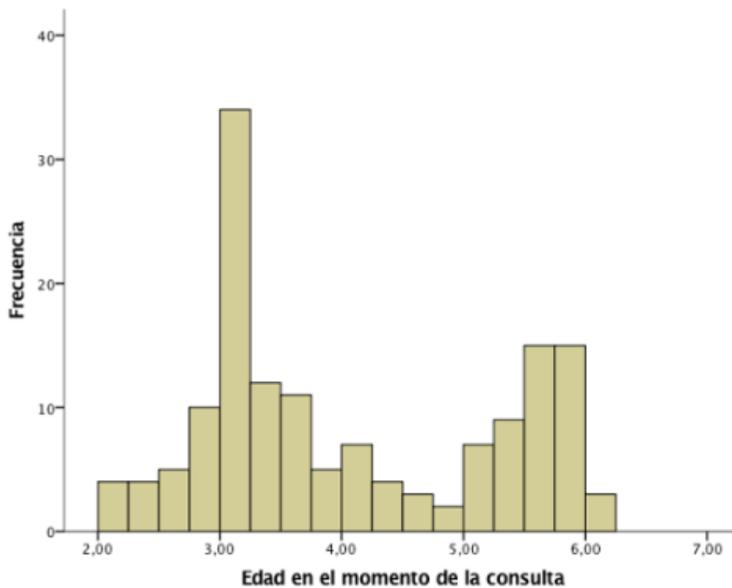
**Tabla 18:** Municipios de procedencia en los que se ha realizado el estudio.

Municipio	N	%
Algemesi	19	12,7
Benet	18	12,0
Gandia	3	2,0
Rocafort	1	0,7
Torrent	18	12,0
Valencia	91	60,7
Total	150	100,0

### Edad y género

De los 150 pacientes recogidos, 89 eran niños (59,3%) y 61 niñas (40,7%).

La edad media era de 4,1 años (DE 1,2 años; rango de 2 a 6 años). La edad muestra una distribución bimodal, con dos agrupamientos, en torno a los 3 y los 5,5 años (Figura 2).



**Figura 11:** Histograma de la edad de los sujetos seleccionados

En este punto cabe destacar que dos de los pacientes acababan de cumplir los 6 años en el momento de recogida del cuestionario pero como en el momento de reclutamiento

todavía tenían 5, se decidió incluirlos en el estudio. Uno de ellos tenía menos de dos años por lo que se eliminó del estudio, quedando una muestra final de 149 pacientes.

### **Nivel socio-económico familiar**

Para el estudio del nivel socio-económico familiar se utilizó la clasificación de Goldthorpe-Feito, conforme a lo establecido por la Sociedad Española de Epidemiología<sup>117</sup>, de esta forma obtuvimos que:

- 1) El nivel socioeconómico del padre y la madre muestra un predominio de las clases I-II y III, incluyendo a más de la mitad de los padres y dos tercios de las madres.

**Tabla 19:** Nivel socio-económico de los padres

Nivel socioeconómico (Goldthorpe-Feito)	Padres			Madres		
	N	%	% acum	N	%	% acum
Clases I y II (directivos)	47	34,1	34,1	68	46,6	46,6
Clase III (emp. administración)	28	20,3	54,3	32	21,9	68,5
Clase IVa-b (autónomos)	23	16,7	71,0	11	7,5	76,0
IVc (Autónomos sector primario)	3	2,2	73,2	1	0,7	76,7
V y VI (tecnicos grado medio)	12	8,7	81,9	10	6,8	83,6
VIIa (trab. semi y no cualificados)	23	16,7	98,6	24	16,4	100,0

- 2) El nivel de estudios fue superior para las madres que los padres, con un predominio de estudios superiores en ambos grupos (Tabla 20).

**Tabla 20:** Nivel de estudios

Estudios	Padres		Madres	
	N	%	N	%
Primarios	22	15,2	14	9,5
Secundarios	44	30,3	33	22,3
Superiores	77	53,1	99	66,9
Sin estudios	2	2,4	2	1,4

5 valores perdidos: 4 padres y 1 madre

### **Nacionalidad**

La mayoría de los padres eran de nacionalidad española siendo infrecuentes los matrimonios de dos nacionalidades distintas (10 parejas): Tabla 21.

**Tabla 21:** Distribución de nacionalidades de los padres

Nacionalidad	Padres		Madres	
	N	%	N	%
Española	129	89,0	132	88,6
Latina	10	6,9	10	6,7
Africana	1	0,7	1	0,7
Europea	4	2,8	5	3,4
Asiática	1	0,7	1	0,7

4 valores perdidos: 4 padres

### **Número de hermanos del niño a estudio y posición entre ellos**

De 148 casos con datos, 46 eran hijos únicos (30,7%) y el resto (69,3%) tenían al menos un hermano/a. Solamente 42 pertenecían a familias numerosas, de 3 a 5 hermanos.

La posición predominante entre los que acudieron a la consulta fue la de hermanos mayores (Tabla 22)

**Tabla 22:** Distribución y posición entre los hermanos

Posición	N	%
Hijo único	46	31,1
Con hermanos	92	69,3
Primogénito	39	42,4
Intermedio	17	18,5
Último	46	50,0

### **Antecedentes personales de enfermedad y siniestralidad**

En 24 sujetos (16%) se refirió algún tipo de antecedente personal de enfermedad, con un predominio de patologías respiratorias (10 casos), dermatológicas (4 casos), alérgicas o de intolerancia (3 casos) y neurológicas (1 casos).

6 casos no fueron incluibles en ninguno de estos grupos (anemia, hipercalcemia, genu valgo, tortícolis congénita, defectos de refracción y pérdida parental por proceso oncológico).

La siniestralidad, con al menos un accidente en los últimos 6 meses se constató en 13 casos (8,7%).

**Grado de supervisión parental****Grado de supervisión parental atribuido por el profesional sanitario:**

La clasificación de los padres según el grado de supervisión percibida por el profesional sanitarios muestra que más de la mitad de las parejas fueron consideradas con un grado de supervisión alto o muy alto (Tabla 23).

**Tabla 23:** Grado de supervisión parental percibido por el profesional sanitario

<b>Grado de supervisión</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>% Acum</b>
Bajo	4	2,7	2,7
Normal	70	46,7	49,7
Alto	47	31,3	81,2
Muy alto	28	18,7	100,0

Grado de supervisión parental estimado por la encuesta a los padres:

En la Tabla 24 se recogen las respuestas para cada ítem del cuestionario. La categoría más frecuentemente señalada fue la “de acuerdo” que en la gran mayoría de preguntas se sitúa en el lado de un mayor grado de supervisión parental.

Tabla 24: Respuestas al cuestionario PSAPQ ( n=149)

	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
P1. Me siento muy protector con mi hijo	1	,7%	17	11,3%	34	22,7%	60	40,0%	38	25,3%
P2. Pienso en todas las cosas peligrosas que podrían ocurrir	7	4,7%	24	16,0%	24	16,0%	53	35,3%	42	28,0%
P3. Impido a mi hijo que participe en juegos bruscos o ...	10	6,7%	33	22,0%	32	21,3%	54	36,0%	21	14,0%
P4. Le mantengo alejado de todo aquello que pueda ser peligroso	0	,0%	29	19,3%	33	22,0%	52	34,7%	36	24,0%
P5. Temo que algo pueda sucederle a mi hijo	7	4,7%	24	16,1%	31	20,8%	43	28,9%	44	29,5%
P6. Advierto a mi hijo sobre cosas que podrían ser peligrosas	1	,7%	0	,0%	5	3,3%	58	38,7%	86	57,3%
P7. Vigilo la expresión de la cara de mi hijo para ver cómo está	1	,7%	7	4,7%	29	19,3%	69	46,0%	44	29,3%
P8. Tengo un gran sentido de responsabilidad	0	,0%	3	2,0%	15	10,1%	69	46,6%	61	41,2%
P9. Pruebo las cosas con mi hijo antes de dejar que las haga por su cuenta	8	5,5%	30	20,5%	61	41,8%	25	17,1%	22	15,1%
P10. Tengo a mi hijo al alcance de la mano en todo momento	18	12,0%	49	32,7%	42	28,0%	29	19,3%	12	8,0%
P11. Sé exactamente lo que está haciendo mi hijo	2	1,4%	25	17,1%	45	30,8%	59	40,4%	15	10,3%
P12. Puedo confiar en que mi hijo juegue solo sin supervisión constante	3	2,0%	21	14,2%	24	16,2%	77	52,0%	23	15,5%
P13. Estoy cerca de mi hijo cuando juega en el parque	1	,7%	3	2,0%	18	12,1%	80	53,7%	47	31,5%
P14. Vigilo de cerca de mi hijo	1	,7%	15	10,1%	33	22,1%	68	45,6%	32	21,5%
P15. Confío en que juegue de forma segura	1	,7%	6	4,0%	32	21,3%	83	55,3%	28	18,7%
P16. Me quedo lo suf. cerca de mi hijo para poder alcanzarlo rápidamente	3	2,0%	28	18,9%	35	23,6%	56	37,8%	26	17,6%
P17. Estoy "encima" de mi hijo	28	18,7%	54	36,0%	35	23,3%	25	16,7%	8	5,3%
P18. Me aseguro de que sé dónde está mi hijo y de los que está haciendo	0	,0%	4	2,7%	18	12,2%	78	52,7%	48	32,4%
P19. Animo a mi hijo a probar cosas nuevas	1	,7%	1	,7%	7	4,7%	75	50,7%	64	43,2%
P20. Dejo que aprenda de sus propios errores	3	2,1%	6	4,0%	13	8,7%	84	56,0%	46	30,7%
P21. Dejo que mi hijo corra algunos riesgos en lo que hace	3	2,1%	24	16,4%	35	24,0%	66	45,2%	18	12,3%
P22. Dejo que mi hijo haga cosas por sí mismo	3	2,0%	5	3,3%	9	6,0%	78	52,0%	55	36,7%
P23. Si lo que está haciendo mi hijo es muy divertido, permitiría que...	16	10,8%	34	23,0%	48	32,4%	33	22,3%	17	11,5%
P24. Dejo que mi hijo tome decisiones por sí mismo	3	2,0%	10	6,8%	28	18,9%	78	52,7%	29	19,6%
P25. Animo a mi hijo a arriesgarse si eso supone que se divierta cuando juega	22	14,7%	41	27,3%	37	24,7%	29	19,3%	21	14,0%
P26. Antes de involucrarme espero a ver si él puede hacer las cosas por sí mismo	3	2,1%	10	6,8%	22	15,1%	76	52,1%	35	24,0%
P27. Si mi hijo se lastima espero a la mala suerte	34	23,0%	48	32,4%	56	37,8%	8	5,4%	2	1,4%
P28. Que mi hijo se lastime o no es en gran medida cuestión de suerte	41	27,5%	60	40,3%	36	24,2%	9	6,0%	3	2,0%
P29. La buena suerte determina en gran medida que mi hijo salga herido o no	57	38,0%	60	40,0%	28	18,7%	4	2,7%	1	,7%

**Análisis inferencial****Relación entre el grado supervisión parental declarado por los padres (cuestionario PSAPQ) y el percibido por el profesional sanitario**

No se observa una gradación entre el grado de supervisión parental obtenido con la encuesta PSAPQ y el declarado por el profesional sanitario (Tabla 25)

**Tabla 25:** Grado de supervisión parental según el cuestionario PSAPQ y la percepción del profesional sanitario

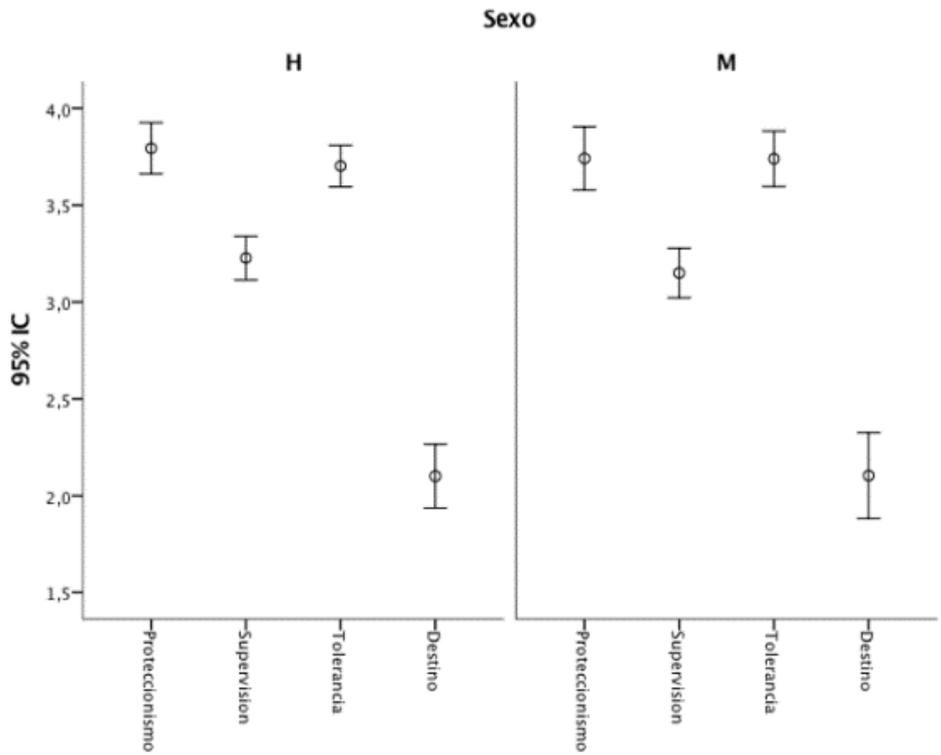
	Bajo		Normal		Alto		Muy alto	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Proteccionismo	4,11	0,79	3,73	0,61	3,86	0,67	3,66	0,57
Supervision	2,97	0,78	3,22	0,49	3,18	0,57	3,18	0,52
Tolerancia	3,41	0,33	3,69	0,57	3,78	0,50	3,72	0,51
Destino	1,58	0,96	2,10	0,78	2,16	0,88	2,12	0,78

Relación entre el grado de supervisión parental (cuestionario PSAPQ) con el género y edad del niño/a:

No se observa una diferencia clínicamente relevante ni estadísticamente significativa en las 4 dimensiones del cuestionario en relación con el género de sujeto estudiado (Tabla 26 y Figura 12)

**Tabla 26:** Dimensiones del cuestionario PSAPQ en relación con el género del niño/a

Dimensión	Género	N	Media	DE
Proteccionismo	Niño	89	3,79	0,62
	Niña	61	3,74	0,63
Supervisión	Niño	89	3,22	0,53
	Niña	61	3,15	0,49
Tolerancia	Niño	89	3,70	0,51
	Niña	61	3,74	0,56
Destino	Niño	89	2,10	0,78
	Niña	61	2,10	0,86



**Figura 12:** Dimensiones del cuestionario PSAPQ en relación con el género del niño/a

Tampoco la edad del niño/a se correlacionó de forma relevante ni significativa con ninguna de las dimensiones del cuestionario (Tabla 27).

**Tabla 27:** Correlaciones entre la edad del sujeto en el momento de la consulta y las dimensiones del cuestionario PSAPQ

	Rho
Proteccionismo	0,079
Supervisión	-0,097
Tolerancia	0,055
Destino	0,013

*Relación entre el nivel socioeconómico y de estudios de los padres y el grado de supervisión parental (PSAPQ):*

Tanto el nivel socio-económico ( NSE) de los padres como el de estudios no se asociaron de forma significativa con el grado de supervisión parental (Tabla 27 y 29).

Sin embargo, cuando el NSE se categorizó en tres niveles (alto, medio y bajo) se comprueba una diferencia significativa del nivel superior con el resto en las dimensiones de “proteccionismo” y “destino” (Tabla 28).

**Tabla 28:** Asociación entre el nivel socio-económico de los padres y el grado de supervisión parental

Nivel socioeconómico	Proteccionismo		Supervisión		Tolerancia		Destino	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Clases I y II (directivos)	3,63	0,61	3,13	0,50	3,77	0,45	2,27	0,78
Clase III (empleados administración)	3,87	0,61	3,28	0,53	3,66	0,55	1,79	0,71
Clase IVa b (autónomos)	4,08	0,61	3,37	0,44	3,64	0,67	2,06	0,87
IVc (Autónomos sector primario)	3,89	0,99	3,22	0,59	3,54	0,52	1,89	1,02
V y VI (técnicos grado medio)	4,48	0,34	3,32	0,44	3,21	0,07	2,33	0,58
VIIa (trabajadores semi y no cualificados)	3,92	0,58	3,15	0,75	3,68	0,84	1,85	0,91

**Tabla 29:** Asociación entre el nivel socioeconómico de los padres ( 3 categorías) y el grado de supervisión parental.

		N	Media	DE	p
Proteccionismo	NSE Alto	82	3,62	0,61	0,01
	NSE medio	55	3,94	0,62	
	NSE bajo	11	3,91	0,57	
Supervision	NSE Alto	82	3,12	0,50	0,16
	NSE medio	55	3,29	0,49	
	NSE bajo	11	3,14	0,74	
Tolerancia	NSE Alto	82	3,77	0,45	0,28
	NSE medio	55	3,62	0,55	
	NSE bajo	11	3,67	0,83	
Destino	NSE Alto	82	2,27	0,78	0,01
	NSE medio	55	1,88	0,75	
	NSE bajo	11	1,84	0,91	

**Tabla 30:** Asociación entre el nivel de estudios de los padres y el grado de supervisión parental

Nivel de estudios	Proteccionismo		Supervisión		Tolerancia		Destino	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
No estudios	3,76	0,13	3,17	0,24	3,46	0,24	1,83	0,24
Primarios	4,03	0,65	3,22	0,41	3,59	0,78	2,14	0,63
Secundarios	4,01	0,61	3,35	0,55	3,75	0,65	1,95	0,88
Superiores	3,68	0,62	3,14	0,52	3,71	0,47	2,17	0,81

Relación entre la procedencia de los padres y el grado de supervisión parental:

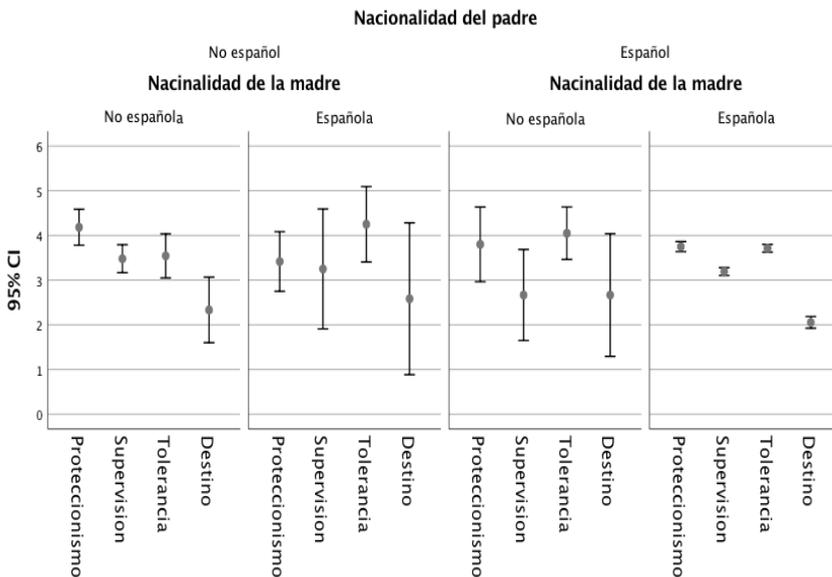
Las cuatro dimensiones del cuestionario no fueron significativamente diferentes según la nacionalidad del padre o de la madre, aunque se observa una tendencia a un mayor proteccionismo en las madres y padres no españoles.

**Tabla 31:** Asociación entre la nacionalidad de los padres y el grado de supervisión parental

	Nacionalidad del padre						Nacionalidad de la madre					
	Española		Latina		Otras		Española		Latina		Otra	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Proteccionismo	3,75	0,63	4,11	0,66	3,79	0,68	3,73	0,62	4,04	,71	4,11	,60
Supervisión	3,17	0,51	3,42	0,58	3,43	0,63	3,19	0,50	3,22	,66	3,27	,80
Tolerancia	3,73	0,49	3,72	0,88	3,71	0,64	3,72	0,50	3,75	,89	3,61	,45
Destino	2,08	0,76	2,03	0,73	3,00	1,41	2,07	0,76	2,30	,82	2,62	1,50

Las posibles combinaciones de parejas según la nacionalidad autóctona o no de los padres se resumen en la figura 13.

La mayor puntuación del proteccionismo se dio cuando ambos padres eran no españoles, y la de tolerancia cuando la madre era española y el padre no.



**Figura 13:** Promedio de las dimensiones del cuestionario PSAPQ en relación a la composición de los padres según la nacionalidad

Relación entre el número y la posición de los hermanos con el grado de supervisión parental:

Ser padres de uno solo hijo no se asoció a un mayor grado de supervisión parental (Tabla 32). Tampoco la posición que ocupe el hijo tuvo una relación significativa con ninguna de las dimensiones (Tabla 33).

**Tabla 32:** Asociación entre supervisión parental y ser hijo único

	Hijo Único			
	No		Sí	
	Media	DE	Media	DE
Proteccionismo	3,77	0,65	3,77	,58
Supervisión	3,19	0,57	3,21	,39
Tolerancia	3,69	0,54	3,74	,50
Destino	2,08	0,85	2,20	,72

**Tabla 33:** Asociación entre grado de supervisión parental y la posición entre los hermanos

	Posición entre los hermanos					
	Primogénito		Ultimo		Intermedio	
	Media	DE	Media	DE	Media	De
Proteccionismo	3,77	0,56	3,68	0,68	4,03	,79
Supervisión	3,18	0,46	3,25	0,50	3,15	,82
Tolerancia	3,74	0,48	3,69	0,51	3,60	,78
Destino	2,07	0,72	2,20	0,84	2,16	1,12

*Relación entre el antecedente de enfermedad y de siniestralidad del niño/a con el grado de supervisión parental (PSAPQ):*

No hubo diferencias significativas en las 4 dimensiones en relación a la presencia o ausencia de antecedente de enfermedad del niño/a y de accidente en los últimos 6 meses (Tabla 34)

**Tabla 34:** Asociación entre los antecedentes de enfermedad o siniestralidad del niño/a y el grado de supervisión parental

	Accidentes en últimos 6 meses				Antecedentes personales de enfermedad			
	No		Sí		No		Sí	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Proteccionismo	3,76	0,63	3,80	0,63	3,73	0,60	3,81	0,66
Supervisión	3,18	0,52	3,38	0,55	3,17	0,54	3,26	0,49
Tolerancia	3,72	0,53	3,63	0,53	3,75	0,51	3,54	0,61
Destino	2,11	0,84	2,05	0,56	2,08	0,81	2,17	0,90

# DISCUSIÓN

Los accidentes infantiles representan actualmente la segunda causa de morbi-mortalidad en nuestro país, siendo la primera en niños previamente sanos.

En este punto cabe destacar que no existe un único factor de riesgo que propicie la aparición de accidentes no intencionados, sino que son varios o la suma de ellos, así como la presencia de diversas variables intra e interpersonales los responsables del aumento de la probabilidad de que estos se produzcan. El conocimiento de todas estas variables es muy importante para su prevención, dado que si se actúa sobre ellas se puede disminuir el riesgo de siniestralidad por esta causa.

En la actualidad, existen numerosos estudios de tipo observacional descriptivo<sup>12,48,49,17,18,19,20,21,22</sup> cuya finalidad es la de identificar posibles factores de riesgo cuya consecuencia final sea la aparición de accidentes no intencionados en la infancia. Además de estos estudios, existen otros con mayor base científica de tipo analítico<sup>59-41</sup> en los cuales, se demuestra la relación entre ciertos factores y el aumento de accidentes no intencionados.

A pesar que desde hace años se tiene la hipótesis de que el grado de supervisión parental forma parte de los factores de riesgo de producción de accidentes infantiles, existían escasos trabajos que estudian, de forma directa o indirecta, esta relación<sup>65,66,67,68,72,95,96,97</sup>. Uno de los motivos por los cuales se explicaba esta escasez de publicaciones a este respecto era la escasa metodología existente para evaluar esta relación.

En el año 2006, la Dra.BA.Morrongiello publica el PSAPQ test<sup>68</sup>, un método validado al idioma inglés para la medición de la supervisión parental.

Este test originalmente está compuesto por 4 subescalas divididas en 29 ítems: Proteccionismo ( nueve ítems), supervisión ( nueve ítems), tolerancia al riesgo ( ocho ítems), destino ( tres ítems).

Cada uno de estos ítems se puntúa de 1-5 puntos ( 1: Nunca; 5: Siempre) de forma que los valores obtenidos en cada subescala representan los diversos valores de la supervisión.

Posteriormente, en el año 2013, el PSAPQ test fue adaptado transculturalmente y validado al idioma portugués<sup>106</sup>.

Nuestro objetivo en este estudio ha sido validar y adaptar transculturalmente el PSAPQ test al idioma español ya que, es la segunda lengua más hablada a nivel mundial con alrededor de 550 millones de hablantes, siendo también la segunda lengua de comunicación internacional<sup>108</sup>.

Este es el primer estudio en el que se valida un cuestionario de estas características en nuestro país y en lengua castellana, contando con el permiso previo de la autora.

Un aspecto importante a resaltar en este punto, es que la validez de criterio de nuestro test no ha podido ser demostrada ya que no se han encontrado otros test en nuestro idioma que midan el grado de supervisión parental ni otro ítem similar. El presente estudio tiene diferencias frente al original<sup>68</sup> y al de la validación portuguesa<sup>106</sup> que cabe remarcar.

La primera de ellas es el **tamaño de la muestra (n)** utilizada, de forma que en el estudio canadiense se utilizó una n de 192, en el portugués fue de 392 y en nuestro trabajo ha sido de 149, número que aunque es menor que en los dos estudios es suficiente para poder extraer conclusiones.

La segunda son los **criterios de selección utilizados**:

. Tanto en el trabajo inicial de la Dra. Morrongiello como el nuestro, la muestra utilizada han sido padres o cuidadores habituales de niños/as de edades comprendidas entre 2-5 años mientras que, el grupo portugués utilizó edades entre 1-5 años.

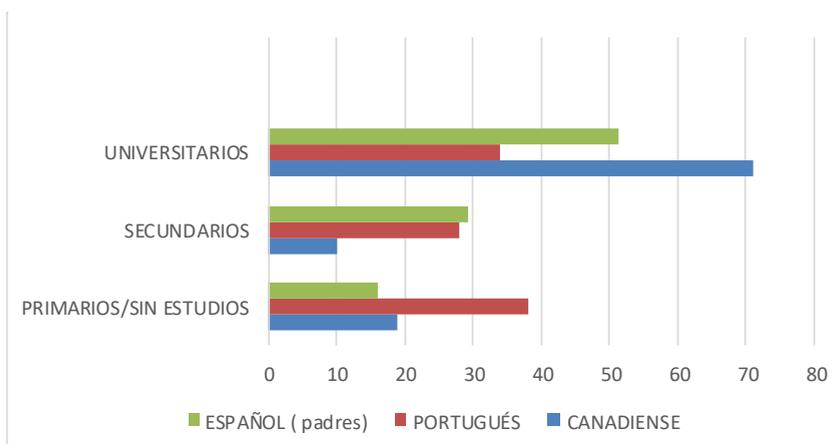
En la publicación del estudio portugués no se especifica el porcentaje de participantes en cada rango de edad pero, si podemos comparar nuestro estudio con el canadiense de forma que en este último, 122 participantes ( 63,5% del total) correspondían a edades comprendidas entre 24-47 meses mientras que los 70 restantes ( 36,5% del total) tenían entre 48-59 meses.

Otra diferencia importante entre los tres estudios es el **nivel cultural y académico** existente en las personas que contestaban al test, valorándose a través del nivel de estudios. Cabe destacar que en el estudio portugués se incluyeron personas que no sabían leer y una persona del equipo les leía las preguntas y éstos contestaban. Este ítem en nuestro trabajo era un criterio de exclusión.

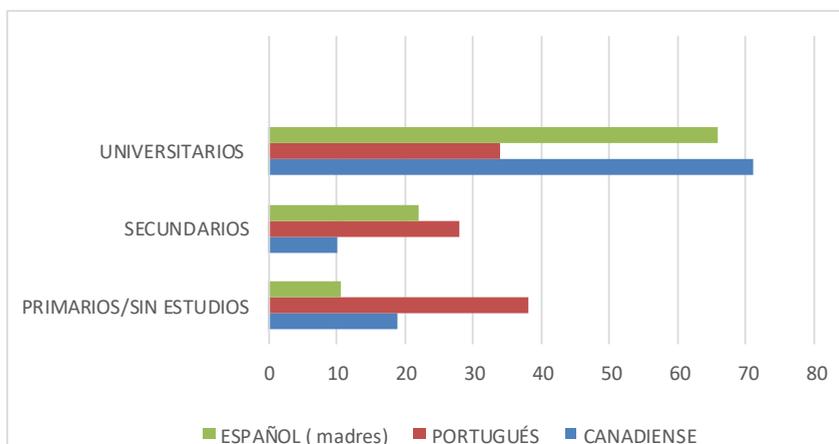
Ni en el trabajo de la Dra.Morrongiello ni en el Portugués se diferencian por separado el nivel de estudios de la madre y del padre por lo que, como en nuestro estudio si hemos realizado esta diferenciación, para poder comparar y discutir los resultados vamos a realizar dos gráficos diferentes, expresados en porcentajes.

En el primero vamos a comparar los resultados obtenidos en los dos trabajos con los nuestros utilizando como referencia el nivel educativo del padre y en el segundo el de la madre.

**Tabla 35:** Comparación nivel estudios de los padres entre los trabajos Canadiense, Portugués y Español



**Tabla 36:** Comparación nivel estudios de las madres entre los trabajos Canadiense, Portugués y Español



Según estos datos, podemos apreciar que si comparamos con el nivel educativo de los padres, los canadienses son los que tiene unas cifras más elevadas de estudios superiores, seguidos por los españoles. Por el contrario, son los portugueses los que tiene una cifra más elevada de población con estudios primarios o sin ningún tipo de estudio, seguidos por los canadienses.

En el gráfico donde comparamos las mujeres de nuestro estudio, se observa que el mayor nivel educacional es de los canadienses seguido de cerca por nuestra población, al igual que en gráfico comentado previamente. El nivel de estudios más bajo lo representan la población portuguesa.

Por lo que al **nivel socio-económico** se refiere, en cada trabajo se ha utilizado una forma de medida:

En el estudio canadiense, se preguntaba directamente a las personas que contestaban el cuestionario los ingresos anuales familiares.

Por otra parte, en el estudio portugués, se tiene en cuenta si tienen un trabajo permanente, temporal o están desempleados.

En nuestro trabajo se pregunta directamente el trabajo que poseen y se clasifica conforme a los criterios de la Sociedad Española de Epidemiología<sup>118</sup>, siendo de esta forma una metodología más reglada que en los otros dos estudios.

Al utilizar metodología diferentes en los tres estudios, no se pueden comparar los resultados obtenidos entre ellos.

Si nos centramos en la **estadística**:

#### ESTUDIO CANADIENSE

Se obtuvo una muy buena consistencia interna del test con unos valores  $\alpha$  de Cronbach mayores de 0,7 para todas las subescalas.

Asimismo, se aprecia una aceptable consistencia externa o fiabilidad con Correlaciones de Pearson también mayores de 0,7.

#### ESTUDIO PORTUGUÉS

En el trabajo portugués, se observa una muy buena consistencia interna con unos valores de  $\alpha$  de Cronbach mayores de 0,7 para las subescalas de proteccionismo y supervisión, buena consistencia con  $\alpha$  de Cronbach de 0,61 para tolerancia al riesgo.

Sin embargo, en la subescala de destino fue baja ( $\alpha$  Cronbach 0.48).

Para poder realizar el estudio de la consistencia interna de un test, es necesario comparar las respuestas del test inicial con las obtenidas del mismo test pasado a las mismas personas con un intervalo de tiempo de diferencia. En este punto, cabe reseñar que en el trabajo canadiense se realizó retest a 70 personas ( 36% del total de la muestra) mientras que en el Portugués se realizó a 76 personas ( 19,8% de la muestra total) y en nuestro trabajo a 30 personas ( 20% de la muestra total).

Para el estudio de la consistencia externa o fiabilidad, se utilizó la correlación de Pearson, se obtuvieron valores mayores de 0,6 para las subescalas de proteccionismo y supervisión y cercano a esta cifra en el apartado de tolerancia al riesgo. Sin embargo, fue mucho menor en la subescala de destino.

Esta mala consistencia tanto interna como externa en este ítem, la intentan explicar los autores portugueses como una posible diferencia entre el significado, tanto literario como social, de este término entre la lengua y cultura canadienses y la portuguesa.

## NUESTRO ESTUDIO

Se ha obtenido buena consistencia interna con valores de  $\alpha$  de Cronbach superiores a 0,7 en tres de las cuatro subescalas que consta el cuestionario (proteccionismo, supervisión y destino/fatalidad), con un valor muy similar en la restante.

Estos resultados indican que la versión española del cuestionario presenta una fiabilidad interna aceptable, demostrando que los ítems que forman parte de cada subescala están relacionados y valoran un mismo constructo.

Por lo que a la fiabilidad se refiere, se ha obtenido un coeficiente de correlación de Pearson  $> 0,7$  para las subescalas de supervisión y proteccionismo, y muy cercano a este valor en tolerancia al riesgo y destino/fatalidad, éste último mayor que el trabajo de Andrade et al.<sup>106</sup> en Portugal, siendo muy similares estos resultados a los obtenidos en el cuestionario realizado por los autores canadienses.

En la siguientes tablas, se van a comparar los resultados obtenidos por el grupo canadiense, portugués y nuestro trabajo:

**Tabla 37.** Comparación  $\alpha$  de Cronbach entre entre los estudios de Morrongiello & Corbett<sup>68</sup> (Canadá), Andrade et al.<sup>106</sup> (Portugal) y el presente estudio.

	Consistencia interna mediante estudio $\alpha$ Cronbach			
	Proteccionismo	Supervisión	Tolerancia al riesgo	Destino/Fatalidad
Morrongiello & Corbett	0,78	0,77	0,79	0,78
Andrade et al.	0,76	0,72	0,61	0,48
Presente estudio	0,80	0,75	0,68	0,87

**Tabla 38.** Comparación correlación de Pearson entre los estudios de Morrongiello & Corbett<sup>68</sup> (Canada), Andrade et al.<sup>106</sup> (Portugal) y el presente estudio.

	Consistencia externa o fiabilidad mediante correlación Pearson			
	Proteccionismo	Supervisión	Tolerancia al riesgo	Destino/Fatalidad
Morrongiello & Corbett	0,72	0,76	0,76	0,80
Andrade et al.	0,69	0,72	0,52	0,36
Presente estudio	0,81	0,79	0,67	0,65

Si analizamos todos estos resultados, podemos afirmar que nuestro test posee muy buenas valores tanto a nivel de consistencia interna como externa, siendo muy similares a los del test inicial ( Canadiense).

No es así en el estudio Portugués en el cual, dentro la subescala de destino se obtiene resultados bajos tanto a nivel del  $\alpha$  de Cronbach y de la Correlación de Pearson. Como hemos citado anteriormente, estos los autores de este trabajo intentan explicar estos resultados atendiendo a que hay una diferencia de significado tanto idiomático como cultural de este ítem. Nuestros resultados ponen en duda esta explicación dado que la lengua y culturas Portuguesa y Española sin bastante similares y en nuestro trabajo si hemos obtenido buenos resultados.

Además de todas estas diferencias que acabamos de citar y comentar, cabe destacar que en nuestro estudio se han analizado otros parámetros que en los estudios anteriores no se han tenido en cuenta.

Estos ítems fueron elegidos en el diseño inicial del trabajo dado que al ser revisada la bibliografía se encontró que habían publicaciones que los citaban como factores de riesgo en la producción de accidentes infantiles por lo que, nuestro objetivo fue estudiar si también se relacionaban con el grado de supervisión parental.

De esta forma, el primero de ellos es las **nacionalidades del padre y la madre**, debido a que existen estudios que indican que el nivel de accidentes infantiles es mayor en unas etnias ( africana y latina) que en otras<sup>44,45,39</sup>, debido a que la percepción del riesgo es diferente entre ellas y por tanto, la adhesión a las campañas de prevención de estos accidentes es menor en unas que en otras<sup>45</sup>.

Además, en un estudio<sup>37</sup> se compara el nivel socio-económico entre emigrantes para ver si esto es un factor de riesgo de accidentes no intencionados y se observa que sí existe mayor número de éstos entre emigrantes con menor nivel socio-económico.

Existe un estudio reciente<sup>119</sup> en el cual se indica que cuanto más tiempo lleva un inmigrante viviendo en el país receptor, existe una mayor incidencia de accidentes infantiles dado que se adaptan menos a los programas de prevención.

En nuestro estudio no se observan diferencias estadísticamente significativas entre el grado de supervisión parental y la nacionalidad tanto del padre como de la madre aunque si se observa una mayor tendencia al proteccionismo en progenitores no españoles.

Asimismo, se observa mayor tolerancia al riesgo cuando uno de los dos progenitores es español y mayor creencia en el destino en el caso de que ambos sean de esta nacionalidad.

Estos resultados contrastan con los estudio previamente citados ya que si en personas de nacionalidad española ( no emigrantes) existe mayor tolerancia al riesgo y mayor creencia en el destino, existe menor grado de supervisión y por tanto, mayor probabilidad de accidentes infantiles. Por el contrario, si en la población emigrante existe mayor grado de proteccionismo, hay menos riesgo de accidentes.

Este ítem debería ser estudiado con más profundidad en otros estudios dada la existencia de diversa bibliografía al respecto pero ninguna de ella concluyente.

El segundo de estos ítems es el **número de hermanos del sujeto a estudio y la posición** que éste ocupa entre ellos.

Según el estudio de accidentes infantiles en la población española realizado por la fundación Mapfre conjuntamente con la Sociedad española de pediatría<sup>12</sup>, los niños que presentan más riesgo de accidentes son los segundos de dos hermanos ( 32,3% del total en este estudio), seguidos de los hijos únicos con un porcentaje del total en el citado trabajo del 27,4%.

En otros estudios también se indica que las familias que poseen más de dos hijos tiene más riesgo de accidentes no intencionados que en las que solo existe uno<sup>63</sup>.

Además, en nuestro trabajo se observa que los niños que poseen una posición intermedia entre los hermanos ( familias de 3 o más hijos) tiene un mayor grado de proteccionismo que el resto, siendo también una cifra elevada en cuanto a la supervisión.

Por el contrario, las cifras más elevadas de los subgrupos de tolerancia al riesgo y destino corresponden a los hijos únicos.

Los niños que ocupan la última posición entre los hermanos han obtenido cifras intermedias en todas las subescalas excepto en la de destino donde han obtenido cifras elevadas.

Por tanto, según estos resultados, los niños que deberían tener un menor riesgo de accidentes son aquellos que ocupan una posición intermedia entre los hermanos y los que tiene más riesgo de accidentes son los hijos únicos.

Los niños que ocupan una posición final tienen un riesgo intermedio. Estos resultados contrastan con los obtenidos por la Fundación Mapfre donde los niños en los que se registra mayor tasa de accidentes son en aquellos que ocupan la última posición entre los hermanos.

Sin embargo, nuestros resultados apoyan los del estudio con que comparamos pudiendo afirmar que los hijos únicos tiene un riesgo elevado de accidentes no intencionados.

Una posible explicación a estos resultados podría ser que los hijos que adoptan una posición intermedia estén más supervisados si alguno de sus hermanos mayores ha sufrido algún accidente no intencionado. Por el contrario, los padres de hijos únicos podrían no tener tanta consciencia del riesgo de los accidentes infantiles no intencionados y de que estos son prevenibles.

El **nivel socio-cultural familiar** es un factor de riesgo citado y estudiado en diversas publicaciones<sup>62,63,64,39,38,37,120,36,40,41,42,43</sup>.

En estos estudios, se muestra que existe un mayor riesgo de accidentes no intencionados y un mayor número de los mismos en familias con niveles socio-económicos bajos. En uno de ellos también se indica que el número de hospitalizaciones secundarias a estos accidentes también son mayores en este grupo de población<sup>37</sup>.

Además, también se indica que no existe variación en estas conclusiones si se estratifican los resultados atendiendo al sexo de los menores o al nivel de estudios del padre o de la madre.

La explicación que estos autores dan a estos resultados es que las campañas de prevención posiblemente sean menos efectivas en la ciudadanía con bajos niveles socio-económicos

respecto a los de mayor. De esta forma, indican que se debería realizar campañas centradas en este tipo de población.

En otros trabajos<sup>15,121</sup>, en los cuales también se obtiene resultados similares, se indica que las personas con nivel socio-económico más elevado tienen mayor hábito de lectura y comprensión de mensajes a nivel de prensa; se informan más en libros y tienden a prestar más atención a las indicaciones dadas por los profesionales.

Posiblemente, además de esta explicación, también se deberían tener en cuenta otras posibles explicaciones como el menor acceso a medidas de protección/prevención, la menor percepción del riesgo, etc. en las clases bajas.

Sin embargo, la mayoría de estos estudios están realizados en países cuya sanidad no es universal, por tanto es menos accesible para niveles socio-económicos bajos, lo cual, también podría explicar no tanto el mayor número de accidentes no intencionados que se produce en este grupo de población pero si la peor evolución que se indica que estos tienen.

No se ha encontrado literatura al respecto en nuestro país, sin embargo, en nuestro estudio se refleja que si estudiamos el nivel socio-económico familiar atendiendo al trabajo de los padres y lo resumimos en tres estratos según la clasificación de Goldthorpe modificado por el grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE)<sup>117</sup>: Alto (niveles I-II), Medio (niveles III-V), Bajo (niveles VI-VII), obtenemos los resultados de que los niveles más elevados de proteccionismo y supervisión corresponden a las clase medias seguidas de cerca por las bajas. Sin embargo, las subescalas de tolerancia al riesgo y destino son bastante mayores en las clases altas.

Si analizamos los niveles de estudio de la familia (para ello se escogió el más alto de entre el padre y la madre), podemos observar que las cifras más elevadas en las subescalas de proteccionismo y supervisión corresponden a los estudios secundarios (bachillerato/FP), siendo las de tolerancia al riesgo y destino más elevadas en los estudios primarios (graduado social) seguidos muy de cerca por los superiores (universitarios).

Estos últimos resultados apoyan los obtenidos en la clase social de la familia y, cabe destacar que varían respecto a los estudios citados anteriormente en los que se concluye que a

menor nivel socio-económico, más riesgo de accidente dado que en nuestro trabajo las clases más altas tienen menor grado de supervisión y de proteccionismo y mayor grado de tolerancia al riesgo y creencia en el destino por lo que, los niños de estas clases tendrían mayor riesgo de accidentes infantiles.

Estos resultados podrían ser explicados atendiendo a que posiblemente las clases socio-económicas elevadas dan mayor permisividad a que sus hijos descubran y experimente por ellos mismos. Por otro lado, las clases bajas dedican gran parte de su tiempo a trabajar para atender las necesidades básicas pudiendo dedicar menos tiempo a supervisar a sus hijos además de que, probablemente tengan menor percepción del riesgo.

Por el contrario, las clases medias son las que tiene mayor grado de proteccionismo y supervisión y menor tolerancia al riesgo y creencia en el destino por lo que en estas clases habría menor riesgo de accidentes infantiles.

Todo esto hace ver que sería en las familias de nivel socio-económico elevado, seguidas de los de bajo en las que más se debería trabajar las medidas para aumentar el grado de

supervisión y, de esta forma, disminuir los accidentes no intencionados.

Por otro lado, si estudiamos por separado el nivel educacional de la madre y del padre, observamos que las madres con estudios primarios tienen un mayor nivel de proteccionismo y supervisión que el resto, siendo las de mayor nivel educativo las que poseen mayor tolerancia al riesgo y creencia en el destino.

Por lo que a los padres se refiere, los resultados son similares a los obtenidos en las madres, sin embargo, cabe destacar que las diferencias obtenidas en las diversas subescalas entre unos niveles educacionales y otros son menores que en el subgrupo de madres. Por esto, podemos afirmar que aunque no existe diferencia de resultados con las estratificaciones, igual que el estudio citado anteriormente<sup>37</sup>, realmente si son menores las diferencias obtenidas entre el grupo de padres que el de madres.

Sobre la relación entre la presencia de **patología de base en los menores** y su posible relación tanto con el mayor o menor riesgo de accidentes infantiles, así como con el grado de supervisión parental:

En el estudio llevado a cabo por la Fundación Mapfre, si hay más accidentes no intencionados en los niños con patología de base y, dentro de ellos aquellos que toman medicación crónica, sobre todo psicofármacos.

Nuestra hipótesis inicial a este respecto fue que en este tipo de niños, existía un mayor grado de supervisión por parte de los cuidadores dadas las características especiales de este tipo de población. Los resultados obtenidos apoyan esta hipótesis dado que los padres de niños con patología de base tienen un mayor proteccionismo y supervisión hacia sus hijos, siendo menor la tolerancia al riesgo y la creencia en el destino que los padres cuyos hijos no tiene ninguna patología de base.

En nuestro estudio no hemos podido comparar si los resultados de niños con patología neurológica o que estén en tratamiento con algún psicofármaco varían respecto al resto ya que solo obtuvimos un niño con estas características.

Otro ítem que hemos estudiado es si existe un **mayor grado de supervisión en los niños que han tenido un accidente no intencionado en los últimos 6 meses.**

De los pacientes que se obtuvo, se objetiva que los padres de aquellos pacientes que sufrieron un accidente no intencionado en los último 6 meses, tienen mayor grado de proteccionismo y supervisión y una menor tolerancia al riesgo y creencia en el destino que los que no lo sufrieron.

Además, sobre este ítem debemos destacar que en nuestro estudio únicamente un 8.7% de la muestra obtenida respondió de forma afirmativa a que su hijo había sufrido un accidente no intencionado en los último 6 meses. Este dato destaca frente a los resultados obtenidos en trabajos donde se estudio este factor.

Así en un estudio italiano<sup>15</sup> se obtiene una incidencia del 63.3% en 12 meses de estudio, en otro japonés<sup>122</sup> 68% en 18 meses. Sin embargo, son similares a estudios realizados en china<sup>121</sup>. Estos resultados tan diversos pueden ser explicados tanto por la forma de recolección de datos ( tanto en nuestro estudio como en el chino pueden haber sesgos de memoria) como por la características socio-culturales de cada país.

Además de todos estos posibles factores de riesgo, que solos o la suma de ellos, influyen en mayor o menor medida en el grado de supervisión parental y, por tanto, en la aparición de accidentes no intencionados en la edad pediátrica, tal y como se ha ido comentando a lo largo de toda esta exposición, se quiso estudiar otro ítem algo diferente pero que nos parecía interesante y es que **según el criterio del pediatra de atención primaria de los niños participantes en el estudio, cuál era el grado de supervisión parental.**

Esta variable es importante tenerla en cuenta porque la mayor parte de la prevención primaria de los accidentes infantiles se realiza a nivel de la atención primaria ya que es uno de los objetivos de este nivel asistencial, de hecho, dentro del programa de salud infantil de la Comunidad Valenciana, existe un apartado específico de este ítem.

Sin embargo, como ya se ha demostrado a lo largo de esta tesis, existen muchas variables a tener en cuenta para realizar esta prevención primaria.

En nuestro estudio no se ha observado una correlación entre el grado de supervisión parental obtenido con la encuesta PSAPQ y el declarado por el profesional sanitario

Este resultado, no puede ser comparado con ningún otro ya que no se ha encontrado bibliografía a este respecto.

Este resultado es uno de los más importantes obtenidos en este trabajo ya que demuestra la necesidad de la utilización de un test específico en este nivel asistencial para reconocer realmente cual es el grado de supervisión de los padres a sus hijos y, de esta forma, aplicar consejos y campañas específicas para cada familia según los resultados.

Además de este nivel asistencial, el PSAPQ test también podría ser utilizado en otros ámbitos en los que el conocimiento del grado de supervisión de los padres a sus hijos es importante, por ejemplo en servicios sociales, justicia, etc.

## LIMITACIONES Y PUNTOS FUERTES

El presente trabajo muestra una serie de limitaciones que deben reseñarse.

La primera de ellas es el tamaño muestral que, aunque los resultados son estadísticamente significativos, posiblemente se hubiese precisado un tamaño muestra mayor, sobre todo si se compara con el trabajo Portugués, ya que en el canadiense únicamente se recogieron 42 pacientes más que en el nuestro.

El motivo de que la n de esta tesis sea menor es que la recogida de datos se realizó utilizando la consulta del niño sano de diferentes centros de salud, con la colaboración de pediatras los cuales, en el mismo acto de la revisión, y a los niños que cumplían criterios de inclusión, se les explicaba el proyecto y si los padres estaban de acuerdo realizaban la entrevista y se les pasaba el cuestionario. Esto se traducía en una sobrecarga de trabajo añadida a la elevada presión asistencial que estos profesionales tienen por lo cual, tras el cálculo del tamaño muestral suficiente para la obtención de resultados estadísticamente significativos, se decidió recoger este número de pacientes para no sobrecargar más a los profesionales colaboradores.

La segunda es el número de pacientes a los que se les vuelve a pasar el test para el estudio de la consistencia interna. A pesar de que es suficiente para la obtención de un alfa de Cronbach significativa, hubiese sido interesante haber podido recoger una muestra de mayor tamaño pero fue muy complicado ya que se reenvió el cuestionario vía e-mail mediante el programa de formularios de Google Drive a todos aquellos pacientes que dieron su consentimiento en la visita inicial y facilitaron su dirección de correo electrónico ( 82 pacientes) o por vía telefónica a aquellos que así lo indicaron en la visita inicial. De todos estos pacientes, únicamente 24 respondieron a al cuestionario telemático y 6 quisieron responder por teléfono.

La tercera de las limitaciones fue la imposibilidad de encontrar una escala similar al PSAPQ test para poder estudiar la validez de criterio. Sin embargo, tanto en los estudios Canadiense como Portugués, tampoco se estudia esta variable supuestamente por esta misma limitación.

En cuanto a los puntos fuertes del presente estudio cabe destacar que es el primer cuestionario de estas características que se valida a lengua castellana, con las implicaciones que supone la validación de un cuestionario a la segunda lengua de

habla mundial dado el impacto y la utilidad que éste puede tener.

Además, como ya se ha citado en diversas ocasiones en apartados anteriores, los accidentes infantiles son la segunda causa de morbi-mortalidad en nuestro país, suponiendo un intenso impacto tanto a nivel sociológico y psicológico como de carga asistencial y económica. A pesar de estos datos, no existen muchos trabajos cuya finalidad sea el estudio de las causas de estos accidentes y la forma de prevenirlos.

La mayoría de los trabajos existentes en este respecto de son tipo descriptivo por lo que no tiene una elevada relevancia estadística. En nuestro trabajo, además de validar un test que permite la medición de forma objetiva del grado de supervisión parental ( citado en diversos trabajos como factor de riesgo de accidentes infantiles<sup>65,66,67,68,69,72,,84,91,106,123</sup>), se realiza un estudio analítico de diversos factores que pueden influir en este grado de supervisión, y por tanto, factores de riesgo de accidentes infantiles sobre los que actuar con el objetivo final de disminuir la incidencia de estos accidentes.

Finalmente, cabe destacar que se compara la percepción que tiene el pediatra de atención primaria sobre el grado de supervisión de los padres entrevistados a sus hijos y los resultados obtenidos en el test con las contestaciones obtenidas de los padres.

Hasta este momento no se había estudiado este ítem ni ninguno similar y dado el resultado obtenido que no se correlaciona la respuesta del pediatra con la puntuación obtenida en el test, apoya la necesidad de utilización del PSAPQ test en atención primaria para disminuir valorar las familias de riesgo y realizar campañas de prevención en las mismas y de esta forma disminuir un factor de riesgo de accidentes infantiles.

## IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA Y SALUD PÚBLICA DE LOS RESULTADOS DE LA TESIS:

Dado que los accidentes infantiles no intencionados son la segunda causa de morbi-mortalidad en nuestro país ( la primera en paciente previamente sano), así como las consecuencias psicológicas y económicas que esta patología supone, la prevención de los mismos es vital para disminuir su incidencia.

Para realizar esta prevención es muy importante conocer los factores de riesgo implicados así como la población más susceptible y de esta forma actuar de forma más eficiente.

Además, es muy importante tener una unidad de medida objetiva para identificar esta población.

Por esto, la validación al español del PSAPQ test va a permitir medir de forma totalmente objetiva el grado de supervisión de los padres a sus hijos y de esta forma poder actuar sobre aquellos que presenten riesgo para de esta forma prevenir uno de los factores de riesgo de accidentes infantiles y así intentar disminuir la incidencia de los mismos.

Con este trabajo también hemos analizado diversos factores que influyen en la supervisión de los padres a sus hijos para reconocer la población más susceptible a tener alterado alguno de los mismos y actuar más activamente y realizar campañas de concienciación.

Además, dado que hemos demostrado que no existe correlación entre la percepción del pediatra a este respecto y los resultados del test, sería una indicación que en las diversas revisiones del niño sano se aplicase este test a los padres para identificar las familiar de riesgo y actuar sobre las mismas de forma precoz y disminuir la incidencia de accidentes no intencionados en la población pediátrica.

También, sería interesante aplicarlo en otros ámbitos en los que por diversas causas es importante conocer el grado de supervisión de los padres a sus hijos: Derecho, Trabajo Social,...

## PROPUESTAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS

El proyecto de investigación que se propone que sea el siguiente paso a esta tesis doctoral es el estudio para la confirmación de que en el grado de supervisión parental es un factor de riesgo de accidentes infantiles.

Hasta este momento, existen diversos estudios que han intentado confirmar esta hipótesis, en el último de ellos<sup>69</sup> se utiliza una metodología con un diseño de casos cruzados utilizando como caso los pacientes que consultaban en urgencias de pediatría de diversos hospitales de EEUU por lesiones no intencionadas ( desde leves a graves), siendo los controles estos mismos pacientes una hora antes del accidentes.

A pesar de mejorar algunos sesgos de selección frente a estudios anteriores, este tipo de estudio puede presentar sesgos de información o memoria, influidos por un sentimiento de culpabilidad ya que los cuidadores deben responder a una serie de cuestiones tras el accidente.

Además, todos estos estudios están realizados en población anglosajona, la cual posee una cultura socio-sanitaria diferente a nuestro medio.

Por todo esto, proponemos un estudio observacional, analítico de casos-controles donde los casos ( niños cuyo motivo de atención en urgencias sea un accidente no intencionado), serían comparados con:

- Niños de la misma edad y sexo atendidos en urgencias hospitalarias por motivos no relacionados con siniestralidad ( controles hospitalarios)
- Niños atendidos en la consulta del niño sano ( controles comunitarios).

Se utilizaría un esquema de selección 1:1:1.

También, el proyecto de validación del PSAPQ test así como el trabajo que acabamos de mencionar se podría ampliar a otros sistemas geográficos y ámbitos culturales dentro de nuestro país, mediante la realización de estudios multicéntricos en los que puedan participar pacientes de otras comunidades autónomas. Con esto, se podría incrementar la potencia del estudio así como comparar si entre diversas comunidades autónomas existen diferencias en los resultados obtenidos.

Finalmente, se recomienda realizar un mayor de estudios no meramente descriptivos sobre los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de producción de accidentes infantiles y que pese a su importancia, no existe mucha bibliografía al respecto

# CONCLUSIONES

- 1) Se ha obtenido un instrumento validado y adaptado transcultural al idioma español de mediante un proceso de metodología reglada, pudiendo ser utilizado para la medición de forma objetiva y fiable del grado de supervisión parental como factor de riesgo de accidentes no intencionados en la edad pediátrica.
- 2) Se ha realizado una adaptación idiomática, gramatical y conceptual al idioma español mediante la utilización de una metodología de traducción-retrotraducción y posterior evaluación de los resultados.
- 3) No se ha podido determinar la validez de criterio dado que, hasta este momento, no existe ningún cuestionario validado al idioma español que mida la supervisión parental ni otro concepto similar.

- 4) En cuanto a la fiabilidad se refiere, se ha obtenido un coeficiente de correlación de Pearson  $> 0,7$  para las subescalas de supervisión y proteccionismo, y muy cercano a este valor en tolerancia al riesgo y destino/fatalidad. Por esto, se puede afirmar que el presente estudio posee buena concordancia, siendo esta positiva entre las respuestas obtenidas separadas en el tiempo en el test-retest.
  
- 5) A nivel de la consistencia interna, se han obtenido valores de  $\alpha$  de Cronbach superiores a  $0,7$  en tres de las cuatro subescalas de las que consta el cuestionario (proteccionismo, supervisión y destino/fatalidad), con un valor muy similar en la restante. Estos resultados indican que la versión española del cuestionario presenta una fiabilidad interna aceptable, demostrando que los ítems que forman parte de cada subescala están relacionados y valoran un mismo constructo.

- 6) A diferencia de otros estudios, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el grado de supervisión parental y las nacionalidades de los progenitores. Sin embargo, se ha observado mayor tendencia al proteccionismo en los no españoles, mayor creencia en el destino si ambos son de esta nacionalidad y, mayor tolerancia al riesgo si uno de ellos es español.
- 7) Los menores con uno o más hermanos poseen menos riesgo de accidentes no intencionados.
- 8) Los menores que ocupan una posición intermedia entre el resto de hermanos de la familia, poseen un menor riesgo de accidentes no intencionados ya que tienen un mayor grado de proteccionismo y supervisión; no siendo así en los hijos únicos los cuales tiene mayor riesgo de este tipo de accidentes dado que en este subgrupo se han obtenido cifras elevadas en las subescalas de tolerancia al riesgo y destino.

- 9) Los hijos de personas cuya ocupación está clasificada en clase media son los que menor riesgo de accidentes no intencionados presentan dado que en este grupo existen niveles elevados de proteccionismo y supervisión.
- 10) Los padres con niveles de estudio primarios y superiores poseen más riesgo de que sus hijos sufran un accidente no intencionado debido a que en estos subgrupos existe mayor tolerancia al riesgo y creencia en el destino/fatalidad.
- 11) Los menores que poseen patología crónica presenta mayor grado de proteccionismo y supervisión por lo que, tiene menor probabilidad de sufrir un accidente no intencionado.
- 12) Los menores que han tenido un accidente no intencionado en los últimos 6 meses presentan mayores cifras de proteccionismo y supervisión que el resto de la población.

- 13) No se ha observado correlación entre el grado de supervisión parental expresado de forma objetiva por los padres mediante el cuestionario PSAPQ y el declarado por los pediatras de atención primaria. El cuestionario que se ha obtenido podría ayudar a evitar este sesgo.
  
- 14) Dada la importancia socio-sanitaria de los accidentes infantiles no intencionados se debería realizar más campañas preventivas, utilizando los datos obtenidos en esta tesis, u otros reflejados en la literatura. Además, se debería promocionar la realización de estudios encaminados a detectar factores de riesgo para actuar sobre los mismos y disminuir la incidencia de esta problemática.

# **BIBLIOGRAFIA**

1. Jaques ML, Weaver TL, Weaver NL, Willoughby L. The association between pediatric injury risks and parenting behaviours. *Child Care Health Dev.* 2018;44(2):297-303.
2. Ablewhite J, Peel I, McDaid L, et al. Parental perceptions of barriers and facilitators to preventing child unintentional injuries within the home: a qualitative study. *BMC Public Health.* 2015;15(1):280.
3. UNICEF. CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO. <http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>.
4. ONU. Objetivos de Desarrollo del Milenio. <http://www.un.org/es/millenniumgoals/poverty.shtml>.
5. OMS. UNICEF. Informe Mundial sobre la prevención de las lesiones en los niños. <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Lesiones/>.
6. Injury database - European Commission. [https://ec.europa.eu/health/indicators\\_data/idb\\_en](https://ec.europa.eu/health/indicators_data/idb_en).
7. Rogmans WHJ. Joint action on monitoring injuries in Europe (JAMIE). *Arch Public Health.* 2012;70(1):19.

8. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad- Campañas-Campañas 2007-Prevención de accidentes infantiles: [www.mscbs.gob.es](http://www.mscbs.gob.es)
9. Instituto Nacional de Estadística. Mortalidad por causas.2015. <http://www.ine.es/>.
10. Dirección General Tráfico. Siniestrabilidad Vial España. 2013:165-169.
11. SEUP. Grupo de trabajo de intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. [www.seup.org](http://www.seup.org).
12. Fundación Mapfre. Accidentes en la población infantil española Área de Salud y Prevención. <https://www.aepap.org/sites/default/files/noticia/archivos-adjuntos/grupo.pdf>.
13. SOCVALPED - NOTICIAS. <https://socvalped.com/index.php/noticias>.
14. Smith D, Kirkwood G, Pott J, Kourita L, Jessop V, Pollock AM. Childhood injury in Tower Hamlets: Audit of children presenting with injury to an inner city A&E department in London. *Injury*. 2015;46(6):1131-1136.

15. Santagati G, Vezzosi L, Angelillo IF. Unintentional Injuries in Children Up to Six Years of Age and Related Parental Knowledge, Attitudes, and Behaviors in Italy. *J Pediatr*. 2016;177:267-272.e2.
16. Mytton J, Ingram J, Manns S, et al. The feasibility of using a parenting programme for the prevention of unintentional home injuries in the under-fives: a cluster randomised controlled trial. *Health Technol Assess (Rockv)*. 2014;18(3).
17. Morrongiello BA, McArthur BA, Bell M. Managing children's risk of injury in the home: Does parental teaching about home safety reduce young children's hazard interactions? *Accid Anal Prev*. 2014;71:194-200.
18. Carlsson A, Dykes A-K, Jansson A, Bramhagen A-C. Mothers' awareness towards child injuries and injury prevention at home: an intervention study. *BMC Res Notes*. 2016;9(1):223.
19. Watson M, Benford P, Coupland C, et al. Validation of a home safety questionnaire used in a series of case-control studies. *Inj Prev*. 2014;20(5):336-342.

20. N. *Boletín Epidemiológico Periódico*. 2007;37(1851-2950).
21. INEbase / Sociedad /Salud /Encuesta de morbilidad hospitalaria / Últimos datos.  
[http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176778&menu=ultiDatos&idp=1254735573175](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176778&menu=ultiDatos&idp=1254735573175).
22. Finkelstein EA, Corso PS, Miller TR. *Incidence and Economic Burden of Injuries in the United States.*; 2006.
23. Recomendaciones PrevInfad/PAPPS sobre actividades preventivas y de promoción de la salud en la infancia y la adolescencia. <http://www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm>. Published 2014.
24. GT Intoxicaciones - SEUP | Sociedad Española de Urgencias de Pediatría.  
<https://seup.org/gt/gtintoxicaciones.html>.
25. Hyder A, Puvanachandra P, et al. Child and adolescent injuries: a new agenda for child health. *Inj Prev*. 2008;14(1).

26. Miller T, Romano E, et al. The cost of childhood unintentional injuries and the value of prevention. *Futur Child*. 2000;10:137-163.
27. Esparza, J. Mintegi, S. Lopez, V. Benitez M. Guía para padres sobre la prevención de lesiones no intencionadas en la edad infantil. 2016.
28. Kuhn J, Damashek A. The role of proximal circumstances and child behaviour in toddlers' risk for minor unintentional injuries. *Inj Prev*. 2015;(21):30-34.
29. Haddon W. The changing approach to the epidemiology, prevention, and amelioration of trauma: the transition to approaches etiologically rather than descriptively based. *Am J Public Health Nations Health*. 1968;58(8):1431-1438.
30. Rivara FP. Developmental and Behavioral Issues in Childhood Injury Prevention. *J Dev Behav Pediatr*. 1995;16(5):362-370.
31. Borse N, Sleet DA. CDC Childhood Injury Report. *Fam Community Health*. 2009;32(2):189.

32. Winston FK, Durbin DR, Kallan MJ, Moll EK. The danger of premature graduation to seat belts for young children. *Pediatrics*. 2000;105(6):1179-1183.
33. Jaques ML, Weaver TL, Weaver NL, Willoughby L. The association between pediatric injury risks and parenting behaviours. *Child Care Health Dev*. 2018;44(2):297-303.
34. Morrongiello BA, Marlenga B, Berg R, Linneman J, Pickett W. A new approach to understanding pediatric farm injuries. *Soc Sci Med*. 2007;65(7):1364-1371.
35. Sato N, Hagiwara Y, Ishikawa J. Association of socioeconomic factors and the risk for unintentional injuries among children in Japan: a cross-sectional study. *bmjopen.bmj.com*. 2018;8.
36. Bashah DT, Dachew BA TB. Prevalence of injury and associated factors among patients visiting the Emergency Departments of Amhara Regional State Referral Hospitals, Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Emerg Med*. 2015;25:15-20.
37. Beiki O, Karimi N, Mohammadi R. Parental educational level and injury incidence and mortality among foreign-born children: a cohort study with 46 years follow-up. *J Inj Violence Res*. 2014;6(1):37-43.

38. Birken C, Parkin P, et al. Trends in rates of death from unintentional injury among Canadian children in urban areas: influence of socioeconomic status. *Can Med Assoc.* 2006;175(8):1013-1020.
39. Cubbin C, LeClere FB, Smith GS. Socioeconomic status and the occurrence of fatal and nonfatal injury in the United States. *Am J Public Health.* 2000;90(1):70-77.
40. Chien L-C, Wu J-C, Chen Y-C, et al. Age, Sex, and Socio-Economic Status Affect the Incidence of Pediatric Spinal Cord Injury: An Eleven-Year National Cohort Study. Kazembe L, ed. *PLoS One.* 2012;7(6):e39264.
41. Gilbride SJ, Wild C, Wilson DR, Svenson LW, Spady DW. Socio-economic status and types of childhood injury in Alberta: a population based study. *BMC Pediatr.* 2006;6(1):30.
42. Cause specific social class mortality differentials for child injury and poisoning in England and Wales. *ncbi.nlm.nih.gov.* 1997;51(3):334-335.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1060483>.

43. Laflamme L. 20 years of research on socioeconomic inequality and children's—unintentional injuries understanding the cause-specific evidence at hand. *Int J Pediatr.* 2010;2010(819687).
44. Karr CJ, Rivara FP, Cummings P. Severe Injury among Hispanic and Non-Hispanic White Children in Washington State. *Public Health Rep.* 2005;120(1):19-24.
45. Heerman WJ, Perrin EM, Sanders LM, et al. Racial and Ethnic Differences in Injury Prevention Behaviors Among Caregivers of Infants. *Am J Prev Med.* 2016;51(4):411-418.
46. Cardona PG, Nicholson BC, Fox RA. Parenting Among Hispanic and Anglo-American Mothers With Young Children. *J Soc Psychol.* 2000;140(3):357-365.
47. Hanna B. Negotiating motherhood: the struggles of teenage mothers. *J Adv Nurs.* 2001;34(4):456-464.
48. Jiménez de Domingo A, Rubio García E, Marañón Pardillo R, et al. Epidemiología y factores de riesgo de las lesiones por caídas en niños menores de un año. *An Pediatría.* 2017;86(6):337-343.

49. Lobeiras A, Zugazabeitia A, Uribarri N. Consultas relacionadas con la ingesta de un cuerpo extraño en Urgencias. *An Pediatría*. 2017;86(4):182-187.
50. European Child Safety Alliance.  
<http://www.childsafetyeurope.org/>.
51. Unni P, Locklair M.R, Morrow S.E. Age variability in pediatric injuries from falls. *Am J Emerg Med*. 2012;30(8):1457-1460.
52. Kendrick D, Maula A, Reading R, et al. Risk and Protective Factors for Falls From Furniture in Young Children. *JAMA Pediatr*. 2015;169(2):145.
53. MacK KA, Rudd RA, Mickalide AD, Ballesteros MF. Fatal unintentional injuries in the home in the U.S., 2000-2008. *Am J Prev Med*. 2013;44(3):239-246.
54. Ramdzan SN, Liew SM, Khoo EM. Unintentional injury and its prevention in infant: Knowledge and self-reported practices of main caregivers. *BMC Pediatr*. 2014;14(1).

55. Victoria M<sup>a</sup>. ACCIDENTES INFANTILES (1) ALCANCE DEL PROBLEMA Y CONSIDERACIONES EPIDEMIOLÓGICAS.  
<http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero1/accinfantil1.htm>.
56. Gascón Pérez E. Estudio epidemiológico de la mortalidad y morbilidad por accidentes infantiles. 1990:1.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=67585>.
57. Blanco OFS, Mesa DPM, Velásquez CMN, Gómez HR, Escobar JCC, Restrepo MBM. *Iatreia*. Vol 14. Universidad de Antioquia; 2006.
58. García LM. Tipos de diseños de investigación Curso de introducción a la metodología de la investigación (I).  
[http://www.cochrane.es/files/Recursos/presentacio\\_LMartinez.pdf](http://www.cochrane.es/files/Recursos/presentacio_LMartinez.pdf).
59. Kochanska A, Kuczynski L R-YM. Correspondence between mothers' self-reported and observed child-rearing practices. *Child Dev*. 1989;69(1):56-63.
60. Rivara FP, Mueller BA. The Epidemiology and Causes of Childhood Injuries. *J Soc Issues*. 1987;43(2):13-31.

61. Agran PF, Anderson C, Winn D, Trent R, Walton-Haynes L, Thayer S. Rates of pediatric injuries by 3-month intervals for children 0 to 3 years of age. *Pediatrics*. 2003;111(6 Pt 1):e683-e692.
62. Larson CP PI. Risk factors for injury in a 3-years-old birth cohort. *Am J Dis Child*. 1988;142:1052-1057.
63. Scholer S, Hickson G, et al. Sociodemographic factors identify US infants at high risk of injury mortality. *Am Acad Pediatr*. 1999;103(6).
64. Olsen LL, Oliffe JL, Brussoni M, Creighton G. Fathers' Views on Their Financial Situations, Father-Child Activities, and Preventing Child Injuries. *Am J Mens Health*. 2015;9(1):15-25.
65. Morrongiello B, Ondejko L, Littlejohn A. Understanding toddlers' in home injuries:II.Examining parental strategies, and their efficacy,for managing child risk injury. *J Pediatr Psychol*. 2004;29:433-436.
66. Morrongiello B, Ondejko L, Littlejohn A. Understanding toddlers' in home injuries:I.context,correlates and determinants. *J Pediatr Psychol*. 2004;29:415-431.

67. Morrongiello B, House K. Measuring parent attributes and supervision behaviors relevant to child injury risk: examining the usefulness of questionnaire measures. *Inj Prev.* 2004;10(2):114-118.
68. Morrongiello BA, Corbett M. The Parent Supervision Attributes Profile Questionnaire: A measure of supervision relevant to children's risk of unintentional injury. *Inj Prev.* 2006;12(1):19-23.
69. Schnitzer PG, Dowd MD, Kruse RL, *et al* Supervision and risk of unintentional injury in young children. *Injury Prevention* 2015;21:e63-e70.
70. Morrongiello BA, Corbett M, McCourt M, Johnston N. Understanding unintentional injury-risk in young children I. The nature and scope of caregiver supervision of children at home. *J Pediatr Psychol.* 2006;31(6):529-539.
71. Ozanne-Smith J, Day L, Parsons B, Tibballs J, Dobbin M. Childhood poisoning: Access and prevention. *J Paediatr Child Health.* 2001;37(3):262-265.
72. Landen MG, Bauer U, Kohn M. Inadequate supervision as a cause of injury deaths among young children in Alaska and Louisiana. *Pediatrics.* 2003;111:328-331.

73. Buck D. Safe on playgrounds?The nature and causes of children's playground accidents and opportunities for prevention. *Public Health Rep.* 1988;102:603-611.
74. Roberts I. Adult accompaniment and the risk of pedestrian injury on the school-home journey. *Inj Prev.* 1995;1:242-244.
75. Malek M, Guyer B, Lescohier I. The epidemiology and prevention of child pedestrian injury. *Accid Anal Prev.* 1990;22:301-313.
76. Brogan T, Bratton S, Dowd M, Pediatrics MH-, 1995 U. Severe dog bites in children. *Am Acad Pediatr.* 1995;96:947-950.
77. Overall K. Dog bites to humans—demography, epidemiology, injury, and risk. *J Am Vet.* 2001;218(112):1923-1934.
78. Harrell W. Dangerous activities by children in grocery carts: is adult supervision important? *Psychol Rep.* 2003;92(3):957-962.

- 
79. Towner E, Dowswell T. What works in Preventing Unintentional Injuries in Children and Young Adolescents? An update systematic review. *Heal Dev Rev.* 2001: <http://eprints.uwe.ac.uk/2058>
  80. Kendrick D, Barlow J, Hampshire A, Stewart-Brown S, Polnay L. Parenting interventions and the prevention of unintentional injuries in childhood: systematic review and meta-analysis. *Child Care Health Dev.* 2008;34(5):682-695.
  81. Gielen A, McDonald E, et al. Effects of improved access to safety counseling, products, and home visits on parents' safety practices: results of a randomized trial. *Arch pediatr Adolesc Med.* 2002;156:33-40.
  82. Morrongiello BA. Caregiver supervision and child-injury risk: I. Issues in defining and measuring supervision; II. Findings and directions for future research. *J Pediatr Psychol.* 2005;30:536-552.
  83. Morrongiello B, Corbett M, McCourt M. Understanding unintentional injury risk in young children II. The contribution of caregiver supervision, child attributes, and parent attributes. *J Pediatr.* 2006;31(540-551).

- 
84. Morrongiello B, Schell S. Child injury: The role of supervision in prevention. *Am J lifestyle*. 2010;4(1):65-74.
  85. Barton B. The roles of age, gender, inhibitory control, and parental supervision in children's pedestrian safety. *academic.oup.com*.  
<https://academic.oup.com/jpepsy/article-abstract/32/5/517/932186>.
  86. Schwebel D. The role of parents and temperament on children's estimation of physical ability: Links to unintentional injury prevention. *J Pediatr Psychol*. 2003;28:505-516.
  87. Harrell WA. Does Supervision by a Lifeguard Make a Difference in Rule Violations? Effects of Lifeguards' Scanning. *Psychol Rep*. 2001;89(2):327-330.
  88. Morrongiello BA. Elaborating a conceptual model of young children's risk of unintentional injury: the importance of considering causal attributions. *Heal Psychol*. 2008;(2):191-205.
  89. Peterson L, Ewigman B, Kivlahan C. Judgments regarding appropriate child supervision to prevent injury: The role of environmental risk and child age. *Child Dev*. 1993;64(3):934-950.

90. Gärling A, Gärling T. Mothers' supervision and perception of young children's risk of unintentional injury in the home. *J Pediatr Psychol.* 1993;18(1):105-114.
91. Morrongiello B, Pickett W, Berg R. Adult supervision and pediatric injuries in the agricultural worksite. *Accid Anal.* 2008;40(3):1149-1156.
92. Schwebel D, Speltz M, et al. Unintentional injury in preschool boys with and without early onset of disruptive behavior. *J Pediatr Psychol.* 2002;27:727-737.
93. Schwebel D, Brezausk C. Interactions between child behavior patterns and parenting: Implications for children's unintentional injury risk. *J Pediatr Psychol.* 2004;29:93-104.
94. Zuckerman M. *Behavioral Expression and Biosocial Bases of Sensation Seeking.*; 1994.
95. Cataldo M, Finney J, Richman G. Behavior of injured and uninjured children and their parents in a simulated hazardous setting. *J Pediatr.* 1992;7(1):73-80.

96. Morrongiello B, Dawber T. Toddlers' and mothers' behaviors in an injury-risk situation: Implications for sex differences in childhood injuries. *J Appl Dev.* 1998;19(4):625-639.
97. Morrongiello B, Hogg K. Mothers' reactions to children misbehaving in ways that can lead to injury: Implications for gender differences in children's risk taking and injuries. *Sex Roles.* 2004;50(1-2):103-118.
98. Petrass L, Finch C, Blitvich J. Methodological approaches used to assess the relationship between parental supervision and child injury risk. *Inj Prev.* 2009;15(2):132-138.
99. Simon H, Tamura T, Colton K. Reported level of supervision of young children while in the bathtub. *Ambul Pediatr.* 2003;3(2):106-108.
100. Morrongiello B, Dawber T. Mothers' responses to sons and daughters engaging in injury-risk behaviors on a playground: Implications for sex differences in injury rates. *J Exp Child Psychol.* 2000;76(2):89-103.
101. Johnson S, Bolstad O. Methodological issues in naturalistic observation: Some problems and solutions for field research. *Methodol.* 1973:68.

102. DeVellis R. *Scale Development: Theory and Applications*. 2nd ed.; 2003.
103. Caspi A, Moffitt T. When do individual differences matter? A paradoxical theory of personality coherence. *Psychol Inq*. 1993;4(4):247-271.
104. Davidson L, Hughes S, Richards M. Maternal personality and injury in children: is stability a protective factor? *Personal Individ*. 1987;8(6):961-963.
105. Morrongiello B, Dayler L. A community-based study of parents' knowledge, attitudes and beliefs related to childhood injuries. *public Heal Rev Can* 1996;87(6):383-388.
106. Andrade C, Carita AI, Cordovil R, Barreiros J. Cross-cultural adaptation and validation of the Portuguese version of the Parental Supervision Attributes Profile Questionnaire. *Inj Prev*. 2013;19(6):421-427.
107. Harrell W. Effect of two warning signs on adult supervision and risky activities by children in grocery shopping carts. *Psychol Rep*. 2003;92(3):889-898.

- 
108. CVC. Anuario 2012. El español y sus hablantes en cifras.  
[https://cvc.cervantes.es/lengua/anuario/anuario\\_12/i\\_cervantes/p01.htm](https://cvc.cervantes.es/lengua/anuario/anuario_12/i_cervantes/p01.htm).
  109. Lam LT. Parental risk perceptions of childhood pedestrian road safety. *J Safety Res.* 2001;32(4):465-478.
  110. Juan J.Gascón-Cánovasa, Jessica Roxanna Russo de Leon, Antonio Cózar Fernandez JMHC. Adaptación cultural al español y baremación del Adolescent Peer Relations Instrument (APRI) para la detección de la victimización por acoso escolar: Estudio preliminar de las propiedades psicométricas. *An Pediatría.* 2017;87(1):9-17.
  111. Bullinger M, Alfonso J, Apolone G, Lepage M, Sullivan M W-DS. Translating Health Status Questionnaires and Evaluating Their Quality: The IQOLA Project Approach. *J Clin Epidemiol.* 1998;51(11):913-923.
  112. Sousa VD, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *J Eval Clin Pract.* 2011;17(2):268-274.

113. Guillemin F, Bombardier C BD. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993;46(12):1417-1432.
114. Baranda AG. Aproximación al manejo del maltrato infantil en la Urgencia Grupo de trabajo de atención al maltrato infantil de la Sociedad española de urgencias de pediatría.  
[http://seup.org/pdf\\_public/gt/maltrato\\_aproximacion.pdf](http://seup.org/pdf_public/gt/maltrato_aproximacion.pdf).
115. Beaton DE, Dorcas E., Bombardier C, Claire MD GF. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-report measures. *Spine*. 2000;25(24):3186-3191.
116. Wild D, Grove A, Martin M, et al. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Heal*. 2005;8(2):94-104.
117. Regidor E. La clasificación de clase social de Goldthorpe: marco de referencia para la propuesta de medición de la clase social del grupo de trabajo de la Sociedad. *Rev Esp Salud Publica*. 2001;1(75):13-22.

- 
118. Álvarez-Dardet, C. Alonso, J. Domingo A. (1995). *La Clase Social En Ciencias de La Salud*. Madrid: Editores S
  119. Saunders NR, Macpherson A, Guan J, Sheng L, Guttmann A. The shrinking health advantage: unintentional injuries among children and youth from immigrant families. *BMC Public Health*. 2018;18(1):73.
  120. Mayes S, Roberts MC, Stough CO. Risk for household safety hazards: Socioeconomic and sociodemographic factors. *J Safety Res*. 2014;51:87-92.
  121. Xu T, Gong L, Wang H, Zhang R, Wang X, Kaime-Atterhög W. Epidemiology of Unintentional Injuries Among Children Under Six Years Old in Floating and Residential Population in Four Communities in Beijing: A Comparative Study. *Matern Child Health J*. 2014;18(4):911-919.
  122. Fujiwara T, Okuyama M, Takahashi K. Paternal involvement in childcare and unintentional injury of young children: a population-based cohort study in Japan. *Int J Epidemiol*. 2010;39(2):588-597.

# APÉNDICE

## Anexo 1. Matriz de componentes rotados

Matriz de componentes rotados<sup>a</sup>

	Componente					
	1	2	3	4	5	6
P1. Me siento muy protector con mi hijo	,077	-,171	,121	,783	,064	,182
P2. Pienso en todas las cosas peligrosas que podrían ocurrir	,142	,047	-,106	,832	,113	,127
P3. Impido a mi hijo que participe en juegos bruscos o haga algo en lo que pueda salir lastimado	,155	-,269	,023	,216	,668	,085
P4. Le mantengo alejado de todo aquello que pueda ser peligroso	,136	-,041	,000	,186	,830	,166
P5. Temo que algo pueda sucederte a mi hijo	,190	,105	,058	,660	,319	-,036
P6. Advierto a mi hijo sobre cosas que podrían ser peligrosas	,017	,429	-,148	,218	,376	,150
P7. Vigilo la expresión de la cara de mi hijo para ver cómo está	,214	,264	-,105	,307	,131	,503
P8. Tengo una gran sentido de responsabilidad	,103	,360	-,066	,236	,361	,292
P9. Pruebo las cosas con mi hijo antes de dejar que las haga por su cuenta	,280	-,067	-,017	,300	,315	,322
P10. Tengo a mi hijo al alcance de la mano en todo momento	,177	-,139	,134	,074	,404	,643
P11. Sé exactamente lo que está haciendo mi hijo	,273	,002	-,001	-,202	,473	,534
P12. Puedo confiar en que mi hijo juegue solo sin supervisión constante	-,154	-,029	-,100	-,122	-,058	-,047
P13. Estoy cerca de mi hijo cuando juega en el parque	,802	-,118	-,014	,133	,048	,188
P14. Vigilo de cerca de mi hijo	,730	-,087	,012	,242	,077	,332
P15. Confío en que juegue de forma segura	,270	-,025	,116	,087	,403	,073
P16. Me quedo lo suficientemente cerca de mi hijo para poder alcanzarlo rápidamente	,687	,147	-,024	,078	,141	,332
P17. Estoy "encima" de mi hijo	,307	-,173	-,019	,308	,043	,720
P18. Me aseguro de que sé dónde está mi hijo y de los que está haciendo	,705	,016	-,122	,061	,206	-,036
P19. Animo a mi hijo a probar cosas nuevas	,440	,576	,016	,040	,047	-,166
P20. Dejo que aprenda de sus propios errores	,060	,498	-,253	-,158	,011	-,100
P21. Dejo que mi hijo corra algunos riesgos en lo que hace	,029	-,044	-,082	,077	-,079	-,228
P22. Dejo que mi hijo haga cosas por sí mismo	-,036	,827	,056	-,055	-,098	-,159
P23. Si lo que está haciendo mi hijo es muy divertido, permitiría que tuviera un pequeño percance	-,307	,018	,227	,143	-,158	,160
P24. Dejo que mi hijo tome decisiones por sí mismo	-,062	,742	-,104	-,052	-,165	,120
P25. Animo a mi hijo a arriesgarse si eso supone que se divierta cuando juega	-,096	,040	,290	-,042	-,017	,132
P26. Antes de involucrame espero a ver si él puede hacer las cosas por sí mismo	-,098	,707	,283	,003	-,041	-,030

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 23 iteraciones.

Matriz de componentes rotados<sup>a</sup>

	Componente	
	7	8
P1. Me siento muy protector con mi hijo	-.008	,139
P2. Pienso en todas las cosas peligrosas que podrían ocurrir	,041	-.134
P3. Impido a mi hijo que participe en juegos bruscos o haga algo en lo que pueda salir lastimado	-.118	,111
P4. Le mantengo alejado de todo aquello que pueda ser peligroso	-.078	,045
P5. Temo que algo pueda sucederle a mi hijo	,096	-.084
P6. Advierto a mi hijo sobre cosas que podrían ser peligrosas	-.075	-.113
P7. Vigilo la expresión de la cara de mi hijo para ver cómo está	-.019	,248
P8. Tengo una gran sentido de responsabilidad	-.003	,222
P9. Pruebo las cosas con mi hijo antes de dejar que las haga por su cuenta	-.129	-.201
P10. Tengo a mi hijo al alcance de la mano en todo momento	-.026	-.273
P11. Sé exactamente lo que está haciendo mi hijo	,008	-.190
P12. Puedo confiar en que mi hijo juegue solo sin supervisión constante	,209	,709
P13. Estoy cerca de mi hijo cuando juega en el parque	-.101	-.023
P14. Vigilo de cerca de mi hijo	-.095	-.077
P15. Confío en que juegue de forma segura	-.029	,539
P16. Me quedo lo suficientemente cerca de mi hijo para poder alcanzarlo rápidamente	-.101	,131
P17. Estoy "encima" de mi hijo	,014	,170
P18. Me aseguro de que sé dónde está mi hijo y de los que está haciendo	-.007	-.027
P19. Animo a mi hijo a probar cosas nuevas	,241	-.157
P20. Dejo que aprenda de sus propios errores	,515	-.234
P21. Dejo que mi hijo corra algunos riesgos en lo que hace	,781	,011
P22. Dejo que mi hijo haga cosas por sí mismo	-.062	-.019
P23. Si lo que está haciendo mi hijo es muy divertido, permitiría que tuviera un pequeño percance	,711	,191
P24. Dejo que mi hijo tome decisiones por sí mismo	,100	,144
P25. Animo a mi hijo a arriesgarse si eso supone que se divierta cuando juega	,693	,151
P26. Antes de involucrarme espero a ver si él puede hacer las cosas por sí mismo	-.055	-.024

Método de extracción: Análisis de componentes principales.  
Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 23 iteraciones.

Matriz de componentes rotados<sup>a</sup>

	Componente					
	1	2	3	4	5	6
P27. Si mi hijo se lastima es debido a la mala suerte	-.048	,001	,884	-.024	-.014	-.022
P28. Que mi hijo se lastime o no es en gran medida cuestión de suerte	-.057	,042	,877	,051	-.046	,068
P29. La buena suerte determina en gran medida que mi hijo salga herido o no	-.012	,028	,862	,004	,070	-.052

Método de extracción: Análisis de componentes principales.  
Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 23 iteraciones.

Matriz de componentes rotados<sup>a</sup>

	Componente	
	7	8
P27. Si mi hijo se lastima es debido a la mala suerte	,058	-.050
P28. Que mi hijo se lastime o no es en gran medida cuestión de suerte	,054	-.095
P29. La buena suerte determina en gran medida que mi hijo salga herido o no	,077	,090

Método de extracción: Análisis de componentes principales.  
Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 23 iteraciones.

**Anexo 2.** Premios y publicaciones que apoyan la tesis.



**XXI**

Edició  
Premis AISSA

**ASSOCIACIÓ PER A LA INVESTIGACIÓ  
SANTÀRIA A LA SAFOR**

COMUNICACIÓ CIENTÍFICA

**PRIMER PREMI**

**ASSOCIACIÓ INVERNIVA A L'ETAT JUVENIL**  
AISSA  
C/12 de Generosa  
46200 VALÈNCIA

Dr. Carlos Romero Eschbauer  
Secretari AISSA

Dr. Josep Vicent Carrion Morat  
President AISSA

En Qualità a 23 / 02 / 2018  
Registri nº 04/18

**TÍTOL: "ADAPTACION TRANSCULTURAL DEL CUESTIONARIO PSAPQ (PARENTAL SUPERVISION ATTRIBUTES PROFILE QUESTIONNAIRE) EN NIÑOS ESPAÑOLES DE 2-5 AÑOS".**

**Autors:**  
**Dra. Lorete Martí Martí, Dr. José M<sup>o</sup>. Tomás Barrión, Dra. Pilar Cordero Franch.**

Concedit per AISSA a la millor comunicació presentada en congressos mèdics durant l'any 2017.



## Anexo 3. Autorización Dra.B.Morrongiello

Re: **Doctoral thesis** and validation of your PSAPQ test



Barbara Morrongiello <b Morrongiello@uoguelph.ca>

15/01/2015 7:02



Para: Leyre Marti Marti

Yes, thank you. I am eager to be in touch with you.

----- Original Message -----

From: "Leyre Marti Marti" <leymar@alumni.uv.es>

To: b Morrongiello@uoguelph.ca

Sent: Wednesday, January 14, 2015 3:19:33 PM

Subject: **Doctoral thesis** and validation of your PSAPQ test

Dear Mrs.Morrongiello,

My name is Leyre Marti and I am the doctor doing the **doctoral thesis** in collaboration with Dr.Pilar Codofier about the validation and transcultural adaptation of your PSAPQ test.

I would like to inform you that we have recently began with the project. At the moment we are doing the retrotransduction of the test and we are working with the **thesis** Project. We would like to keep in contact with you and inform you punctually of our advances.

Thank you for all and we would welcome any comments or suggestions from your part.

Yours sincerely,