

TRABAJO FIN DE MÁSTER: PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Título del Trabajo de Investigación: Conocimientos y creencias sobre el abuso sexual de una muestra de Pediatras de Atención Primaria

Alumno: Villamor Villarino, Marina

Tutor: Mataix Sancho, Javier

Máster Universitario de Investigación en Atención Primaria

Curso: 2017-2018

ÍNDICE

1. Justificación: antecedentes y estado actual del tema.....	2
2. Hipótesis y objetivos de la investigación.....	8
3. Aplicabilidad y utilidad de los resultados.....	9
4. Diseño y métodos:	
A. Tipo de diseño que se utilizará.....	10
B. Población de estudio.....	10
C. Método de recogida de datos.....	12
D. Variables.....	13
E. Estrategia de análisis estadístico.....	16
F. Estrategia de búsqueda bibliográfica.....	16
5. Calendario previsto para el estudio.....	17
6. Limitaciones y posibles sesgos.....	17
7. Problemas éticos.....	18
8. Plan de ejecución.....	19
9. Organización del estudio.....	19
10. Presupuesto económico.....	20
11. Bibliografía.....	21
12. Anexos.....	23

1. JUSTIFICACIÓN: ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA:

El abuso sexual infantil ha sido un problema **escasamente estudiado** en España y, sin embargo, se trata de un problema que **afecta a un importante porcentaje de niños, niñas y adolescentes** (en España entre un 10% y un 20% de la población ha sido víctima de abuso sexual en su infancia). (1,2)

La aparición, cada vez más frecuente, de casos de abuso sexual en los medios de comunicación (padres, sacerdotes, profesores, fundadores de ONG, entrenadores, futbolistas...denunciados, detenidos o juzgados por abuso sexual de menores) genera una creciente preocupación social sobre este problema (https://elpais.com/tag/abuso_menores/a).

El abuso sexual infantil se encuentra extendido en todos los países, culturas y estratos sociales. (3)

Factores como el secretismo que caracteriza la situación, la vergüenza que experimenta la víctima al relatar lo sucedido, las sanciones criminales que implica la denuncia de estos casos, así como la joven edad y la dependencia del adulto que caracterizan a estas víctimas, provocan que únicamente un escaso número de menores relaten lo sucedido en el momento en que ocurre, siendo más que **probable que las estadísticas oficiales subestimen la dimensión real del problema**. (2)

La gran mayoría de víctimas espera a la edad adulta para revelar la victimización sexual o no llega nunca a explicarla a nadie. El miedo a las reacciones negativas del entorno, el deseo de proteger a la familia y el temor a las amenazas del agresor son, entre otros, los motivos que hacen que la víctima permanezca en silencio. (2)

El abuso sexual infantil es un problema de magnitud considerable con **repercusiones a corto y a largo plazo para las víctimas** (depresión, estrés postraumático, comportamientos antisociales y suicidas, trastornos alimentarios, consumo excesivo de alcohol y sustancias, depresión posparto y dificultades en la crianza, revictimización sexual y disfunción sexual). (4)

Traumas sexuales tempranos provocan **trastornos emocionales** en adultos por acción-diferida. Las experiencias de abuso pudieron no tener significación sexual para la niña sino posteriormente, recién cuando la pubertad le permitió comprender las caricias y acosos como propiamente eróticos. (3)

Las **disfunciones sexuales** resultan más frecuentes en las mujeres que padecieron abuso sexual en la infancia y la adolescencia, y la satisfacción sexual percibida es menor. Las situaciones de abuso sexual con intento de penetración o penetración se asocian a más dificultades de excitación y mayor rechazo. Las mujeres que sufren abuso sexual en la infancia y la adolescencia manifiestan menos confianza y más dificultades de comunicación con la pareja. Por ello, es necesario identificar un posible abuso sexual en la infancia y la adolescencia en las mujeres que consultan por problemas con sus parejas, y continuar investigando sobre factores protectores e intervenciones terapéuticas tendentes a paliar las consecuencias de dicho abuso al llegar a la vida adulta. (5)

El abuso sexual infantil es un tema complejo y de difícil estudio. Para empezar, **no existe una definición universal del abuso sexual infantil**. Son las conductas llevadas a cabo con el menor (más que la existencia o no de consentimiento por parte de éste) el criterio principal que define el abuso sexual. No obstante, las conductas que se consideran abuso sexual han sido objeto de controversia puesto que en algunos casos incluyen únicamente contacto físico (caricias, masturbación, penetración), obviando la existencia de abuso sexual en aquellos casos que no implican directamente ese contacto (exhibicionismo, obligar al menor a presenciar actividades sexuales de otras personas, utilizar al menor para la producción de pornografía, etc). La ausencia de una definición unificada y reconocida de abuso sexual infantil por todos los profesionales, provoca que aquellos que no se encuentran trabajando directamente con estos casos tengan grandes dificultades para reconocer qué es un abuso sexual y, por tanto, se acojan, e incluso, en muchos casos, lleguen a establecer, aquella definición que mejor les funciona para los objetivos de su trabajo. (1, 4, 6)

Es la **etapa prepuberal** (entre los 7 y los 12 años de edad) aquella en la que se produce un mayor número de casos. Sin embargo, algunos autores consideran que existe una subestimación de las experiencias anteriores a los cinco años, probablemente porque éstas no son recordadas por las víctimas y, por tanto, no se reflejan en los estudios retrospectivos. (1, 4)

El contexto en el que se producen un mayor número de abusos sexuales es el **entorno familiar**. (1)

Si bien en la mayoría de estudios los abusos sexuales son **más frecuentes en las mujeres**, los estudios llevados a cabo a nivel nacional han indicado también un elevado porcentaje de víctimas de sexo masculino. (1)

Entre los **otros factores de riesgo** del abuso sexual infantil se incluyen: tener una discapacidad física o mental, vivir sin un padre natural, enfermedades mentales de los padres, dependencia de los padres de alcohol o sustancias y edad materna joven. (4)

Si bien el **agresor es mayoritariamente masculino**, la negación de la mujer como figura abusadora y la visión de este tipo de casos como menos graves y con menores repercusiones para sus víctimas, conlleva importantes perjuicios para las personas que sufren esta forma de abuso sexual y supone el escaso reconocimiento oficial de este tipo de situaciones. El abuso sexual cometido por una mujer no es tan infrecuente como se ha creído. (1)

Algunas de las **falsas creencias** vinculadas al abuso sexual permanecen en nuestra sociedad (como por ejemplo, atribuir una grave patología al abusador o no considerar abusador aquél con escasa diferencia de edad con su víctima). (1)

Los estudios llevados a cabo en España en las últimas décadas han repercutido positivamente en los conocimientos y creencias que presentan los jóvenes universitarios respecto al abuso sexual infantil, si bien **existe aún una importante falta de información y de preparación**, que debemos considerar especialmente grave cuando se refiere a los estudiantes de profesiones sanitarias y asistenciales, dado que puede conllevar una baja detección de estos casos y dificultar una correcta asistencia a la víctima. (1)

Los Estados deben garantizar que la formación de los profesionales sobre abuso sexual infantil forme parte del currículo educativo universitario de todos los profesionales que van a trabajar directamente con niños, niñas y adolescentes, en los cinco ámbitos profesionales relacionados: educativo, sanitario, social, policial y judicial. Esta formación debe complementar la que todas las personas han de recibir en la escuela, como parte de su currículo formativo como niños, niñas y adolescentes. Es decir, la sociedad en su conjunto ha de recibir una formación para la prevención del maltrato infantil como parte de la educación afectiva sexual que se imparte en las escuelas. De esta forma, se rompería el tabú social sobre la problemática y disminuiría la dificultad que tienen las víctimas para la revelación de su propia historia. Y cuando sean adultos, aunque no trabajen específicamente con niños y niñas, podrán tener herramientas para proteger a los niños y niñas con los que tengan relación a nivel personal. (7)

La **formación de los profesionales** debe contemplar tres ejes diferenciales: prevención (educación afectivo-sexual en la escuela, campañas de sensibilización), detección (revelación directa del niño o niña, indicadores de sospecha) e intervención (intervenciones cognitivo-conductuales). (7, 8)

En definitiva, es aconsejable **tener presente el abuso sexual infantil en el diagnóstico diferencial de múltiples motivos de consulta** (por ejemplo, el abuso sexual es un modo probable de transmisión de verrugas anogenitales o herpes genital). (6, 9, 10)

Las **verrugas anogenitales** son lesiones cada vez más frecuentes en la población infantojuvenil. Debido a las formas de contagio, constituyen un dilema para los profesionales, ya que pueden transmitirse por vía sexual y ser la forma de reconocimiento de un abuso sexual infantil. (9)

Se pensaba que el abuso sexual infantil era la forma más común de transmisión del virus del papiloma humano (HPV); sin embargo, los estudios más recientes sugieren además que la infección perinatal y la autoinoculación o heteroinoculación pueden ser mucho más frecuentes que lo que se consideró originalmente. (9)

El mecanismo habitual de transmisión de las **úlceras genitales** producidas por el virus del herpes tipo 2 (VH-2) es la sexual, pero la transmisión indirecta de VH-2 podría ocurrir por el cuidado íntimo del niño (como por ejemplo, el cambio de pañal por un adulto infectado), contacto con la ropa, materiales plásticos, aerosoles, toallas y los asientos del baño. (10)

Respecto a la violencia hacia los niños, el maltrato infantil y el abuso sexual, la OMS refiere que existe un **déficit en este tema**, tanto en el conocimiento de los aspectos epidemiológicos con registros de datos de la magnitud del problema como de la evaluación de la efectividad de los programas preventivos y abordajes terapéuticos. Dice que, aún cuando en las últimas décadas se ha creado una mayor conciencia de la relevancia de esta problemática a nivel mundial, la complejidad del problema de la violencia contra los niños hace que las medidas de prevención aún no sean suficientes, por lo que deben comprometerse en sus acciones todos los sectores y disciplinas, no sólo el sector salud. (11)

BIBLIOGRAFÍA MÁS RELEVANTE: Brevemente comentada

1. Pereda N, Arch M, Guerra-González R, Llerena G, Berta-Aleman M, Saccinto E, Gascón E. Conocimientos y creencias sobre abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. Anales de Psicología. 2012; 28 (2): 524-531.

El objetivo de este estudio fue evaluar el nivel de conocimientos de una muestra de estudiantes universitarios españoles sobre el abuso sexual infantil, así como analizar las creencias y los mitos acerca de esta tipología de maltrato. Para ello emplearon un cuestionario de 21 ítems en una muestra de 200 estudiantes matriculados en los estudios de psicología. Los resultados obtenidos evidencian un conocimiento bastante acertado por parte de los estudiantes encuestados respecto al abuso sexual infantil, si bien persiste la existencia de falsas creencias que pueden comportar dificultades en el ejercicio práctico de la profesión.

2. Pereda N. ¿Uno de cada cinco?: victimización sexual infantil en España. Papeles del Psicólogo. 2016; 37 (2): 126-133.

El objetivo de esta revisión fue presentar los últimos estudios sobre la extensión de la victimización sexual infantil, centrando la atención en aquellos que afectaban a población española, con la finalidad de acercar esta realidad a los profesionales de nuestro país.

Las cifras obtenidas, entre un 10 y un 20%, aluden a un importante grupo de niños y niñas cuyas experiencias deben salir a la luz para que sean reconocidos y se les otorguen los recursos y apoyos que necesitan.

La victimización sexual de menores es un grave problema a nivel mundial y, también, en nuestro país. Negar la evidencia favorece que el problema siga permaneciendo oculto y que miles de víctimas no reciban la atención y ayuda que requieren.

3. Programas educativos escolares para la prevención del abuso sexual infantil (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2015. Issue 4. Art. No.: CD004380. DOI: 10.1002/14651858. CD004380.

El objetivo de esta revisión fue evaluar de forma sistemática las pruebas de la efectividad de los programas educativos escolares para la prevención del abuso sexual infantil. Los estudios incluidos en esta revisión mostraron pruebas de mejorías en los comportamientos protectores y el conocimiento entre los niños expuestos a los programas escolares.

Los estudios incluidos en esta revisión muestran pruebas de mejorías en los comportamientos protectores y el conocimiento entre los niños expuestos a los programas escolares. Además, los resultados muestran que la participación en programas puede aumentar las probabilidades de revelación.

4. Horno P. Formación de profesionales: una estrategia imprescindible para erradicar el abuso sexual infantil. Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil. 2011.

El propósito de este trabajo fue analizar algunos de los elementos que las instituciones responsables de cada Estado deben considerar a la hora de definir sus estrategias de formación de sus profesionales.

La formación de los profesionales sobre el abuso sexual infantil implica un cambio de actitud política y social hacia esta problemática, la necesidad de mirar esta problemática de frente y proporcionar a quienes acompañan y trabajan con las víctimas y los agresores elementos de esperanza y de vida, fruto de lo mejor de sí mismos como profesionales y del avance científico y social. Estos aprendizajes les permitirán realizar un trabajo que exige un compromiso claro y también a veces un desgaste personal importante, pero que da un sentido al trabajo que va más allá de lo meramente profesional.

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

HIPÓTESIS:

Existe un déficit de conocimientos y falsas creencias sobre el abuso sexual entre los profesionales sanitarios.

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar el nivel de conocimientos de una muestra de pediatras sobre el abuso sexual y analizar las creencias acerca de este tipo de maltrato.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer la prevalencia de Pediatras de Atención Primaria en la Región de Murcia con escasos conocimientos y/o falsas creencias sobre el abuso sexual infantil.

- Analizar si la edad, el sexo, el país de origen, la formación MIR, los años de actividad profesional en Atención Primaria o el ámbito de trabajo se asocia a un mayor o menor nivel de conocimientos y/o permanencia o ausencia de falsas creencias.
- Identificar qué métodos de evaluación del abuso sexual infantil conocen los Pediatras.
- Conocer la prevalencia de Pediatras que han detectado algún caso de abuso sexual en su carrera profesional.

3. **APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS:**

Estudiar los conocimientos y las creencias sobre el abuso sexual infantil de los médicos que ejercen la Pediatría en Centros de Atención Primaria (implicados profesionalmente con estos casos) de la Región de Murcia es especialmente importante, **dado el efecto que pueden tener los conocimientos erróneos en la detección, notificación y tratamiento de estas víctimas.**

Debido a lo anterior, este estudio nos podría ayudar como profesionales de la salud a concienciarnos sobre esta problemática y conocer la situación actual de partida para **evaluar las necesidades formativas**, para así solicitar la esencial formación teórico-práctica en este campo, esperando, de este modo, que se incremente la detección de casos de abuso sexual, así como se realice una correcta y temprana intervención con la víctima y su familia en la consulta.

4. DISEÑO Y MÉTODOS:

A. TIPO DE DISEÑO QUE SE UTILIZARÁ:

Se realizará un estudio observacional descriptivo transversal.

B. POBLACIÓN DE ESTUDIO:

- a. Población diana: todos los Pediatras y Médicos de Familia que ejercen la Pediatría en Centros de Atención Primaria en la Región de Murcia.
- b. Muestra: número de Pediatras y Médicos de Familia a los que se les pasará la encuesta en función del tamaño muestral calculado.
- c. Criterios de inclusión y exclusión:
 - i. *Criterios de inclusión*:
 1. Ser Pediatra o Médico de Familia en activo y ejercer la Pediatría en los Centros de Atención Primaria en las distintas Áreas de Salud de la Región de Murcia
 2. Aceptar participar en el estudio, después de haber leído la hoja de información
 3. Firmar el consentimiento informado
 - ii. *Criterios de exclusión*:
 1. No estar en activo profesionalmente
 2. No aceptar participar en el estudio
 3. No firmar el consentimiento informado
 4. Ser Pediatra o Médico de Familia que ejerce la Pediatría en Centros de Atención Primaria en otras Comunidades Autónomas o trabajar a nivel hospitalario o en centros privados

d. Método de muestreo:

Muestreo probabilístico aleatorio simple sobre la población que cumple los criterios de inclusión y exclusión y que ejercen en los Centros de Salud y Consultorios de Salud de las distintas Áreas de Salud de la Región de Murcia. La aleatorización se realizará una vez recogidos los nombres de los titulares de los posibles participantes mediante el programa Excel creando una lista total de población y usando su función “aleatorio”.

e. Cálculo del tamaño de la muestra:

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

Donde:

N = tamaño de la población (**239**)

Z α = nivel de confianza (**1'96** para una seguridad del 95%)

p = proporción esperada (50% = **0'5**)

q = 1 – p (1 – 0'5 = **0'5**)

d = precisión (3% = **0'03**)

por tanto, **n** = 195

Teniendo en cuenta que las pérdidas podrían ser del 10%, el tamaño de la muestra debe ampliarse a **215**.

f. Procedencia de los sujetos:

Pediatras y Médicos de Familia que ejercen la Pediatría tanto en Centros de Salud (área urbana) como en Consultorios de Salud (área rural) de las distintas Áreas de Salud de la Región de Murcia: 41 en el área de salud I (Murcia/Oeste), 49 en el área de salud II (Cartagena), 26 en el área de salud III (Lorca), 12 en el área de salud IV (Noroeste), 11 en el área de salud V (Altiplano), 40 en el área de salud VI (Vega Media del Segura), 35 en el área de salud VII (Murcia/Este), 16 en el área de salud VIII (Mar Menor) y 9 en el área de salud IX (Vega Alta del Segura).

C. MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS:

Se elabora un **cuestionario** (Anexo 1) para adaptarlo al objetivo del estudio, a partir de la revisión bibliográfica. El cuestionario ya ha sido utilizado en un estudio previo y se elaboró, para adaptarlo al objetivo del estudio, a partir de la revisión bibliográfica de las publicaciones dirigidas a evaluar creencias y conocimientos en relación al abuso sexual infantil de otros autores nacionales como López (1994), e instrumentos internacionales como el Child Sexual Abuse Myth Scale (Collings, 1997) o el Sexual Abuse of Males Perceptions Scale (Nalavany y Abell, 2004).

Se trata de un cuestionario anónimo y estará estructurado en dos partes: la primera incluye información de tipo sociodemográfico de los encuestados (edad, sexo, país de origen, formación MIR, años de actividad profesional en Atención Primaria, ámbito de trabajo) y la segunda incluye preguntas sobre conocimientos y percepciones de los Pediatras y Médicos de Familia que ejercen la Pediatría en Atención Primaria sobre el abuso sexual infantil.

Los Coordinadores Médicos de los distintos Centros y/o Consultorios de Salud a los que pertenecen los Pediatras incluidos en la muestra serán quienes informen (en persona o mediante correo interno) a estos últimos sobre la existencia de nuestro estudio.

El cuestionario será entregado en mano a los participantes por el investigador principal (el día que hayan acordado los participantes con sus respectivos Coordinadores Médicos para la reunión) para su autocumplimentación. El tiempo estimado para contestar el cuestionario es de aproximadamente 15 minutos.

D. VARIABLES:

1. Edad: cuantitativa discreta medida en años
2. Sexo: cuantitativa nominal dicotómica (Hombre/Mujer)
3. País de origen: cuantitativa nominal dicotómica (España, otro)
4. Formación MIR: cuantitativa nominal (Pediatría/Medicina de Familia/Otros)
5. Años de actividad profesional en Atención Primaria: cuantitativa discreta medida en años
6. Ámbito de trabajo: cuantitativa nominal dicotómica (Urbano/Rural)
7. Actualmente existen más abusos sexuales a menores que en épocas anteriores: cuantitativa nominal dicotómica (Verdadero/Falso)
8. Según los estudios, ¿qué porcentaje de población española ha sufrido abuso sexual en la infancia?: cuantitativa ordinal (Menor del 5%/Entre el 5 y el 10%/Entre el 10 y el 20%/Mayor del 20%)
9. Se produce un mayor número de casos de abuso sexual en: cuantitativa ordinal (Lactantes de 0 a 12 meses/Preescolares de 2 a 5 años/Escolares de 6 a 13 años/Adolescentes de 14 a 18 años)

10. El abuso sexual infantil: cualitativa nominal (Se produce en ambos sexos por igual/Es más frecuente en el sexo masculino/Es más frecuente en el sexo femenino)
11. Los menores víctimas de abuso sexual son responsables de lo que les ocurre, ya que pueden evitarlo: cualitativa nominal dicotómica (Verdadero/Falso)
12. El testimonio de un menor es igual de creíble que el de un adulto: cualitativa nominal dicotómica (Verdadero/Falso)
13. Los menores muchas veces inventan haber sido víctimas de abuso sexual, a veces influenciados por adultos: cualitativa nominal dicotómica (Verdadero/Falso)
14. Más de la mitad de las denuncias de abuso sexual infantil son falsas: cualitativa nominal dicotómica (Verdadero/Falso)
15. El agresor: cualitativa nominal (Pertenece a ambos sexos de forma similar/Es mayoritariamente masculino/Es mayoritariamente femenino)
16. El agresor: cualitativa nominal dicotómica (Acostumbra a ser desconocido/Suele encontrarse en el entorno familiar)
17. Los abusadores de menores no pueden controlar sus impulsos sexuales: cualitativa nominal dicotómica (Verdadero/Falso)
18. Los abusadores de menores son perturbados mentales, enfermos psiquiátricos o personas con un elevado grado de desajuste: cualitativa nominal dicotómica (Verdadero/Falso)

19. Existe un porcentaje de abusadores menores de similar edad a la de la víctima a tener en cuenta: cuantitativa nominal dicotómica
(Verdadero/Falso)
20. Si un menor de nuestro propio entorno sufriera abuso sexual nos daríamos cuenta cuantitativa nominal dicotómica
(Verdadero/Falso)
21. ¿Te has encontrado con algún caso de abuso sexual infantil durante tu carrera profesional?: cuantitativa nominal dicotómica
(Sí/No) Si has contestado que sí, indica cuántos: cuantitativa discreta (nº de casos)
22. ¿Conoces algún método de evaluación del abuso sexual infantil?: cuantitativa nominal dicotómica (Sí/No) Si has contestado que sí, indica cuál o cuáles: cuantitativa nominal
23. ¿Denunciarías el abuso?: cuantitativa nominal (Ante una sospecha/Si tuviera la certeza de que se ha producido/En ambos casos/En ninguno de los casos)
24. ¿Conoces sus consecuencias penales?: cuantitativa nominal dicotómica (Sí/No)
25. ¿Conoces los programas de prevención?: cuantitativa nominal dicotómica (Sí/No) Si has contestado que sí, indica cuál o cuáles: cuantitativa nominal

E. ESTRATEGIA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Para analizar los datos obtenidos de los cuestionarios se empleará el paquete estadístico SPSS 24.

Primero llevaremos a cabo un análisis descriptivo de las diferentes variables. En variables cuantitativas se realizarán medidas de tendencia central (media o mediana) y de dispersión (desviación estándar). En variables cualitativas se utilizarán frecuencias absolutas y relativas expresadas en porcentaje.

La distribución de las variables se mostrará mediante gráficos representativos: histogramas en variables cuantitativas y diagrama de barras en variables cualitativas.

Por último, los contrastes de variables cuantitativas entre dos grupos se realizarán mediante la prueba t de Student (U de Mann Whitey como alternativa no paramétrica) y los de variables cualitativas mediante prueba chi-cuadrado (test exacto de Fisher si el bajo número de efectivos esperados lo requería). Entre más de dos grupos el Análisis de la Varianza, ANOVA (Kruskall-Wallis si las condiciones del ANOVA no fueron aplicables).

Utilizamos con nivel de error alfa del 5% (nivel de significación estadística, $p < 0'05$).

F. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA:

En primer lugar se realizó una búsqueda exhaustiva en Pubmed utilizando los términos MeSH: child sexual abuse, knowledge, pediatricians. También se utilizaron bases de datos como: Embase, IME, Cochrane plus, Guía Salud, UpToDate y Preevid.

5. CALENDARIO PREVISTO PARA EL ESTUDIO:

Revisión bibliográfica	Octubre y noviembre	2018
Elaboración del cuestionario	Diciembre	
Prueba piloto		
Aplicación del cuestionario	Enero, febrero y marzo	2019
Recogida de los datos	Abril	
Análisis de los datos	Mayo	
Resultados y conclusiones	Junio	
Elaboración del documento	Julio	

6. LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS:

- **Sesgo debido a falta de representatividad de la población:** este estudio no se extiende a población general (queda limitado a la Región de Murcia).

- **Sesgos de selección:**

* **Sesgo debido a falta de representatividad de la muestra:** para minimizarlo realizaremos un muestreo probabilístico aleatorio simple.

* **Sesgo de no respuesta (de autoselección o de efecto del voluntario),** porque el grado de motivación de un sujeto que participa voluntariamente en una investigación puede variar sensiblemente en relación con otros sujetos, ya sea por sobre o infra reporte.

* **Sesgo de membreía (o de pertenencia),** que ocurre cuando entre los sujetos en estudio se presentan subgrupos de individuos que comparten algún atributo en particular, relacionado de forma positiva o negativa con la variable en estudio. Por ello, incluimos la variable formación MIR en el cuestionario y analizamos su relación con los conocimientos y las falsas creencias respecto al abuso sexual infantil.

* **Sesgo de pérdidas de seguimiento**: si no contactamos con el titular (ya sea por traslado, baja laboral, vacaciones,...) pasaremos el cuestionario al sustituto correspondiente.

- **Sesgos de información**:

* **Sesgo de obsequiosidad**, que es propio de entrevistados que responden lo que creen quiere escuchar el entrevistador (falta de sinceridad por parte del médico al rellenar el cuestionario); hecho que se puede evitar con una prolija formulación de preguntas.

7. **PROBLEMAS ÉTICOS**:

En primer lugar se deberá contar con el **permiso de la dirección de los departamentos de salud**. Para ello se realizará un escrito, exponiendo el deseo de realizar nuestro estudio, el objetivo y los métodos.

Se pedirá la aprobación del estudio por parte del **Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC)** de Murcia.

Cada participante en la investigación conocerá los objetivos, métodos, beneficios, riesgos e incomodidades del estudio de acuerdo con la **Declaración de Helsinki**, las **Normas de Buena Práctica Clínica** y con el **Título III de la ley de salud de Aragón del 15 de Abril de 2002**.

Tras proporcionar la información necesaria mediante una hoja informativa (Anexo 2), cada participante deberá firmar el consentimiento informado (Anexo 3) según se recoge en la **Ley General de Sanidad del 25 de abril de 1986** y la **Ley de Protección de Datos de Carácter Personal** para poder participar en el estudio.

Todas las partes implicadas en el estudio tendrán, en el tratamiento de datos, la garantía de total confidencialidad, obteniendo una estricta intimidad personal y familiar.

8. PLAN DE EJECUCIÓN:

- 1º) Búsqueda bibliográfica
- 2º) Elaboración del cuestionario y prueba piloto
- 3º) Calcular el tamaño de la muestra
- 4º) Tras un muestreo probabilístico aleatorio simple sobre la población que cumple los criterios de inclusión, contactar por vía telefónica con los Coordinadores Médicos de los distintos Centros y/o Consultorios de Salud a los que pertenecen los participantes para explicar el objetivo del estudio y negociar fechas para la aplicación del cuestionario
- 5º) Realización del cuestionario de manera presencial (el día acordado para ello el investigador principal proporcionará a los participantes una hoja informativa sobre el estudio y el consentimiento informado, junto al cuestionario)
- 6º) Recogida y análisis de los datos
- 7º) Sacar conclusiones y publicarlas

9. ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO:

- **Personal que participará en el estudio y cuál es su responsabilidad:**
 - o El investigador principal se encargará de:
 - Hacer una búsqueda bibliográfica
 - Elaborar el cuestionario
 - Hacer la prueba piloto
 - Calcular el tamaño de la muestra y hacer un muestreo probabilístico aleatorio simple sobre la población que cumple los criterios de inclusión

- Contactar con los Coordinadores Médicos de los Centros y Consultorios de Salud a los que pertenecen los sujetos de la muestra
 - Contactar con los CEIC correspondientes
 - Entregar los cuestionarios a los participantes, junto a la hoja informativa y el consentimiento informado y recogerlos una vez cumplimentados (los días acordados con los distintos centros o consultorios)
 - Recoger y analizar los datos
 - Redactar las conclusiones del estudio
- Los Coordinadores Médicos de los distintos Centros y Consultorios de Salud: comunicarán (en persona o mediante correo interno) a los médicos de su centro que han sido seleccionados para el estudio, la existencia de dicho estudio y el motivo del mismo, y los reclutará un día (acordado con los mismos y el investigador principal) en la sala de reuniones del centro
 - Los Médicos pertenecientes a la muestra: acudirán a la reunión y, tras firmar el consentimiento informado (quedándose una copia del mismo), realizarán los cuestionarios (si así lo desean)
- **Instalaciones**: sala de reuniones de los mismos centros o consultorios de salud para poder reunirnos con los participantes del estudio.

10. **PRESUPUESTO ECONÓMICO:**

- **Recursos humanos**: el médico realizará la investigación de forma voluntaria
- **Recursos materiales**: 1.640 euros en total

- Ordenador, impresora y cartuchos de tinta (disponibles en el puesto de trabajo)
- Internet (necesario para el acceso a la biblioteca virtual) → 300 €
- Compra del paquete estadístico SPSS 24 → 300 €
- Folios y bolígrafos (necesarios para la impresión de los cuestionarios y su formulación) → 40 €
- Teléfono (disponible en el puesto de trabajo para hacer llamadas internas)
- Coche (el médico que realiza la investigación dispone de vehículo propio) y gasolina (para los traslados a los distintos centros/consultorios de salud) → 200 €
- Sala de reuniones (serán cedidas por los distintos centros/consultorios de salud)
- Inscripción a un congreso (para su difusión) → 800 €

11. BIBLIOGRAFÍA:

1. Pereda N, Arch M, Guerra-González R, Llerena G, Berta-Alemanly M, Saccinto E, Gascón E. Conocimientos y creencias sobre abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Anales de Psicología*. 2012; 28 (2): 524-531.
2. Pereda N. ¿Uno de cada cinco?: victimización sexual infantil en España. *Papeles del Psicólogo*. 2016; 37 (2): 126-133.
3. Gustavo C. La seducción sexual infantil: revolución y repercusiones de la teoría de Freud. *Rev Med Chile*. 2014; 142: 84-89.
4. Programas educativos escolares para la prevención del abuso sexual infantil (Revisión Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015. Issue 4. Art. No.: CD004380. DOI: 10.1002/14651858. CD004380.

5. López S, Faro C, Lopetegui L, Pujol-Ribera E, Monteagudo M, Cobo J, Fernández MI. Impacto del abuso sexual durante la infancia-adolescencia en las relaciones sexuales y afectivas de mujeres adultas. *Gaceta Sanitaria*. 2017; 31 (3): 210-219.
6. Trenchs V, Curcoy AI, Gelabert G, Macias C, Pou J. Evolución de los ingresos por maltrato infantil durante 15 años. *Anales de Pediatría*. 2013; 78 (2): 118-122.
7. Horno P. Formación de profesionales: una estrategia imprescindible para erradicar el abuso sexual infantil. Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil. 2011.
8. Macdonald GM, Higgins JPT, Ramchandani P. Intervenciones cognitivo-conductuales para el abuso sexual de niños (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008. Número 4. Oxford: Update Software Ltd.
9. Mouesca JP, Indart de Arza MJ, Stabilito L. Verrugas anogenitales y sospecha de abuso sexual infantojuvenil. *Arch Argent Pediatr*. 2012; 110 (5): 438-444.
10. Albrecht MA. Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of genital herpes simplex virus infection. This topic last updated: Jan 10, 2017. In: *Uptodate*, Charles J Lockwood (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2017.
11. Bella M, Borgiattino V. Demanda de hospitalización por causas psicosociales en un hospital pediátrico. *Arch Argent Pediatr*. 2016; 114 (3): 252-257.

12. ANEXOS:

Anexo 1. Cuestionario

Al rellenar este cuestionario anónimo participas en un estudio sobre los conocimientos y las creencias que tenemos los profesionales de Pediatría de Atención Primaria sobre el abuso sexual infantil. Esto no es un examen. Te agradecemos tu colaboración y que contestes con sinceridad. Marca con una cruz [X] la respuesta correcta.

1. Edad: _____ años
2. Sexo: Hombre [] Mujer []
3. País de origen: España [] Otro []
4. Formación MIR: Pediatría [] Medicina Familiar y Comunitaria []
Otros []
5. Años de actividad profesional en Atención Primaria: _____ años
6. Ámbito de trabajo: Urbano [] Rural []
7. Actualmente existen más abusos sexuales a menores que en épocas anteriores (Verdadero/Falso)
8. Según los estudios, ¿qué porcentaje de población española ha sufrido abuso sexual en la infancia?
 - i. Menor del 5% []
 - ii. Entre el 5 y el 10% []
 - iii. Entre el 10 y el 20% []
 - iv. Mayor del 20% []

9. Se produce un mayor número de casos de abuso sexual en:
- Lactantes de 0 a 12 meses []
 - Preescolares de 2 a 5 años []
 - Escolares de 6 a 13 años []
 - Adolescentes de 14 a 18 años []
10. El abuso sexual infantil:
- Se produce en ambos sexos por igual []
 - Es más frecuente en el sexo masculino []
 - Es más frecuente en el sexo femenino []
11. Los menores víctimas de abuso sexual son responsables de lo que les ocurre, ya que pueden evitarlo (Verdadero/Falso)
12. El testimonio de un menor es igual de creíble que el de un adulto (Verdadero/Falso)
13. Los menores muchas veces inventan haber sido víctimas de abuso sexual, a veces influenciados por adultos (Verdadero/Falso)
14. Más de la mitad de las denuncias de abuso sexual infantil son falsas (Verdadero/Falso)
15. El agresor:
- Pertenece a ambos sexos de forma similar []
 - Es mayoritariamente masculino []
 - Es mayoritariamente femenino []
16. El agresor:
- Acostumbra a ser desconocido []
 - Suele encontrarse en el entorno familiar []

17. Los abusadores de menores no pueden controlar sus impulsos sexuales (Verdadero/Falso)
18. Los abusadores de menores son perturbados mentales, enfermos psiquiátricos o personas con un elevado grado de desajuste (Verdadero/Falso)
19. Existe un porcentaje de abusadores menores de similar edad a la de la víctima a tener en cuenta (Verdadero/Falso)
20. Si un menor de nuestro propio entorno sufriera abuso sexual nos daríamos cuenta (Verdadero/Falso)
21. ¿Te has encontrado con algún caso de abuso sexual infantil durante tu carrera profesional? (Sí/No) Si has contestado que sí, indica cuántos:
22. ¿Conoces algún método de evaluación del abuso sexual infantil? (Sí/No) Si has contestado que sí, indica cuál o cuáles:
23. ¿Denunciarías el abuso?:
- i. Ante una sospecha []
 - ii. Si tuviera la certeza de que se ha producido []
 - iii. En ambos casos []
 - iv. En ninguno de los casos []
24. ¿Conoces sus consecuencias penales? (Sí/No)
25. ¿Conoces los programas de prevención? (Sí/No) Si has contestado que sí, indica cuál o cuáles:

Anexo 2. **Hoja informativa**

Estimado/a Dr/Dra,

Estamos realizando un estudio cuyo objetivo es evaluar el nivel de conocimientos sobre el abuso sexual infantil y analizar las creencias acerca de este tipo de maltrato entre los profesionales sanitarios.

El abuso sexual infantil ha sido un problema escasamente estudiado en España y, sin embargo, se trata de un problema que afecta a un importante porcentaje de niños, niñas y adolescentes.

La aparición, cada vez más frecuente, de casos de abuso sexual en los medios de comunicación genera una creciente preocupación social sobre este problema.

La información recogida en este estudio nos será de utilidad para detectar un posible déficit de conocimientos y persistencia de falsas creencias sobre dicho tema entre los médicos que ejercemos la Pediatría en Atención Primaria que nos dificulta la detección de casos de abuso sexual, notificación de los mismos e intervención a nivel de la víctima y sus familiares.

Para ello es preciso que nos conteste con total sinceridad un breve cuestionario, cuya duración aproximada es de 15 minutos.

Todos los datos son confidenciales. En ningún caso se le identificará en las publicaciones que puedan realizarse con los resultados de este estudio.

Anexo 3. **Consentimiento informado**

Documento de consentimiento informado para la participación en un trabajo de investigación.

Título del trabajo de investigación: Conocimientos y creencias sobre el abuso sexual de una muestra de pediatras de Atención Primaria.

Yo,

Considerando que he recibido información suficiente sobre el estudio y comprendiendo que mi participación es de forma voluntaria, accedo a que se utilicen mis datos en las condiciones detalladas por el investigador y se conserven una vez terminado el estudio, siempre y cuando sea imposible, incluso para los investigadores, identificarlos por ningún medio.

