Arch Argent Pediatr. 2026;e202611255

Actitudes parentales hacia los derechos de los niños en un consultorio externo de pediatría: Cuidado y protección versus autodeterminación. Estudio transversal

Nevin Cambaz Kurt[1], *Özgür Karaarslan*[2], *Tuba Tınastepe*[3], *Binnur Kurt*[4]

RESUMEN

Introducción. Las actitudes parentales hacia los derechos de los niños pueden influir sobre cómo los niños participan en el cuidado de su salud de acuerdo a su edad y nivel de desarrollo. La evidencia desde el contexto de la atención ambulatoria en Turquía, es limitada.

Objetivos. Examinar las relaciones entre las subdimensiones de las actitudes parentales hacia los derechos de los niños e identificar aquellas que comparten varianza con las actitudes de autodeterminación.

Población y métodos. Estudio transversal, descriptivo, conducido en el consultorio externo pediátrico de un hospital de tercer nivel entre abril y junio de 2026. De 860 padres invitados, 513 completaron el cuestionario (59,7 %). Se utilizó la *Parental Attitudes Toward Children's Rights Scale* (escala de actitudes parentales hacia los derechos de los niños) con sus subdimensiones Asistencia y Apoyo del Estado, Cuidado y Protección, y Autodeterminación; alfa de Cronbach 0,811-0,867. Se aplicó la regresión jerárquica en 2-etapas, con las variables sociodemográficas en el Bloque 1 y con las otras dos subdimensiones actitudinales en el Bloque 2. Dado que las variables del Bloque 2 y los resultados derivan del mismo instrumento, los hallazgos se interpretaron como varianza actitudinal compartida y no como una predicción independiente.

Resultados. Cuidado y Protección tuvo el puntaje medio más alto (4,45 ± 0,34), seguido por Asistencia y Apoyo del Estado (4,39 ± 0,36); Autodeterminación fue el más bajo (3,97 ± 0,37). El Bloque 1 contribuyó en forma mínima ($R^2 = 0,011$; $p = 0,322$). El Bloque 2 aumentó en forma sustancial la varianza compartida ($R^2 = 0,523$; $\Delta R^2 = 0,512$; $p < 0,001$), con Asistencia y Apoyo del Estado ($\beta = 0,432$) y Cuidado y Protección ($\beta = 0,332$) en ambos casos en forma significativa ($p < 0,001$).

Conclusiones. Los padres apoyan fuertemente los derechos sobre protección y asistencia institucional, mientras que la autodeterminación tuvo el puntaje más bajo. Estos hallazgos avalan la necesidad de abordar las orientaciones protectoras junto con los derechos del niño a participar en su atención pediátrica.

Palabras clave: *niños; derechos humanos; padres; actitudes; autonomía personal.*

doi (español): http://dx.doi.org/10.5546/aap.2026-11255
doi (inglés): http://dx.doi.org/10.5546/aap.2026-11255.eng

Cómo citar: Cambaz Kurt N, Karaarslan O, Tinastepe T, Kurt B. Actitudes parentales hacia los derechos de los niños en un consultorio externo de pediatría: Cuidado y protección versus autodeterminación. Estudio transversal. *Arch Argent Pediatr.* 2026;e202611255. Primero en Internet 12-NOV-2026.

[1] *Departamento de Pediatría, Universidad de Ciencias de la Salud, Başakşehir Çam and Sakura City Hospital, Estambul, Turquía.* [2] *Dirección Provincial de Salud, Estambul, Ministerio de salud, Centro de Salud Familiar Pendik No. 34, Estambul, Turquía;* [3] *Departamento de Pediatría, Izmir City Hospital, Izmir, Turquía;* [4] *Departamento de Ingeniería en Inteligencia Artificial, Bahçeşehir University, Estambul, Turquía.*

Correspondencia para *Özgür Karaarslan: drokaraarslan@gmail.com*

Financiamiento: *Ninguno.*

Conflicto de intereses: *Ninguno que declarar.*

Recibido: *8-8-2026*
Aceptado: *22-9-2026*

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.
Atribución — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original.
No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.
Sin Obra Derivada — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

INTRODUCCIÓN

Rogers y Wrightsman conceptualizaron las actitudes hacia los derechos de los niños en dos dimensiones: crianza-protección, entendida como la protección del niño y el ejercicio de la autoridad del adulto para decidir en nombre del niño, y autodeterminación, entendida como el derecho del niño a participar en las decisiones que afectan su propia vida y expresar sus puntos de vista.[1] Los adultos sistemáticamente adhieren a la crianza-protección con más fuerza que a la autodeterminación,[2-4] y los estudios sobre muestras parentales reproducen este patrón con un nivel de adherencia que varía según las características sociodemográficas.[5]

Esta brecha puede estar acentuada en el contexto de Turquía. El Modelo de Cambio Familiar de Kagitcibasi propone que, en las sociedades con fuertes vínculos familiares, la relación padres-hijo se organiza en torno a la cercanía y conexión psicológicas, y la autonomía del hijo puede percibirse por momentos como una amenaza a la unidad familiar.[6] Los estudios que analizan las actitudes parentales con respecto a los derechos de los niños son escasos y varios se realizaron con muestras que no incluían a los padres, como ser estudiantes universitarios.[7] Las evaluaciones internacionales de la implementación en Turquía de la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, identificó en forma reiterada el respeto por los puntos de vista del niño como un área de menor progreso,[8] mientras que la Observación General N.º 12 coloca el derecho del niño a ser escuchado como una obligación que debe ser puesta en práctica, y no solo como un principio.[9]

La participación de los niños de acuerdo a su edad y desarrollo es importante no solo desde la ética sino también desde la clínica, en particular por la confidencialidad en la medicina del adolescente y por la transferencia gradual de la responsabilidad sobre el tratamiento en las enfermedades crónicas.

El objetivo fue examinar la relación entre las actitudes parentales sobre Cuidado y Protección, Asistencia y Apoyo del Estado y Autodeterminación, entre los padres que concurren a la consulta ambulatoria pediátrica, y su relación con las variables sociodemográficas.

Se plantearon tres hipótesis: H1) Cuidado y Protección, y Asistencia y Apoyo del Estado podrían estar asociados en forma positiva con Autodeterminación; H2) las variables sociodemográficas mostrarían una contribución explicativa limitada con Autodeterminación y H3) Autodeterminación mostraría los puntajes medios más bajos entre las tres dimensiones.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Diseño y participantes

Estudio transversal, descriptivo y correlacional conducido en la consulta ambulatoria pediátrica de un hospital de tercer nivel, entre el 18 de abril y el 16 de junio de 2026, con un muestreo consecutivo no probabilístico. Los criterios de inclusión fueron tener ≥18 años, con al menos un hijo de 1 a 18 años, capacidad para leer y comprender el idioma turco y deseos de participar.

Los padres que asistieron a los consultorios externos pediátricos fueron contactados en forma consecutiva por un miembro del equipo de investigación durante las horas de atención e invitados a completar un cuestionario electrónico mientras esperaban para ser atendidos, utilizando en primer término sus propios teléfonos celulares. No fue posible un muestreo probabilístico porque el consultorio tiene una rotación de pacientes continua y rápida, y no existe un marco de muestreo de los padres asistentes a partir del cual se hubiera podido extraer una muestra probabilística. Por ello, los hallazgos deben interpretarse como el reflejo de los padres que concurrieron al consultorio en el periodo de estudio y deseaban participar, y no como de los padres de Turquía en un sentido más amplio.

De los 860 padres elegibles invitados, 513 aceptaron y completaron el cuestionario (índice de participación del 59,7 %); los restantes 347 (40,3 %) declinaron hacerlo. Dado que la recolección de datos comenzó solo después de la firma del consentimiento informado, no se obtuvo información sociodemográfica de los padres que no quisieron participar, por lo que no se pudieron comparar los participantes y los no participantes. No hubo un ítem sobre datos faltantes porque el cuestionario no permitía avanzar si no se contestaba cada ítem.

Con un G*Power de 3,1, un tamaño del efecto mediano (f^2) de 0,15, α de 0,05 y potencia ($1 - \beta$) de 0,80, una regresión múltiple linear con siete variables explicativas requería aproximadamente 103 participantes.

Instrumentos

Los investigadores desarrollaron un Formulario de Información Personal para el registro de los datos sobre edad materna y

paterna, educación, ocupación, número de hijos, tipo de familia y nivel de ingresos.

La *Parental Attitudes Toward Children's Rights Scale* (escala sobre las actitudes parentales hacia los derechos de los niños) fue desarrollado por Yurtsever como una disertación doctoral[10] y publicada luego en una revista científica revisada por pares, de acceso libre,[11] donde se comunicó en forma completa su desarrollo y propiedades psicométricas; la disertación está disponible en forma libre en el Centro Nacional de Tesis del Consejo Turco de Educación Superior (Tesis No. 231 784). Comprende 63 ítems evaluados con una escala de Likert de 5 puntos (1: totalmente en desacuerdo a 5: totalmente de acuerdo) y operacionaliza los dos polos actitudinales descriptos por Rogers y Wrigtsman 1): Asistencia y Apoyo del Estado (2 ítems) y Cuidado y Protección (15 ítems) representan el Bloque sobre crianza, mientras que Autodeterminación (25 ítems) constituye una sola subdimensión. Los puntajes de las subdimensiones se calcularon como medias por lo que todos los puntajes están en la métrica de 1 a 5 con valores más altos indicando actitudes más positivas. La muestra de estandarización, la estructura factorial del estudio de desarrollo original y detalles adicionales se resumen en el *Material complementario* 3. Se obtuvo permiso por escrito del autor para utilizar la escala.

Análisis estadístico

Los análisis se realizaron con SPSS 26.0, con comprobación de supuestos en Python (SciPy, statsmodels). Las variables sociodemográficas se reportan como frecuencias y porcentajes y los puntajes de las escalas como media y desviación estándar; se usaron métodos paramétricos. La consistencia interna se evaluó con el alfa de Cronbach y las relaciones entre subdimensiones con los coeficientes de correlación de Pearson.

Las variables incluidas en el modelo fueron especificadas *a priori* y siguen la estructura del instrumento. Rogers y Wrightsman distinguen dos polos actitudinales,[1] y en esta escala el polo de la crianza está representado por dos subdimensiones mientras que el de autodeterminación incluye solo una.[10,11] La autodeterminación se designó como la variable dependiente y las dos subdimensiones de la crianza como las variables actitudinales, conformaron el Bloque 2 antes de realizar el análisis; no se probó ninguna combinación alternativa y el modelo no fue seleccionado sobre la base de estos resultados.

Se realizó una regresión múltiple jerárquica en dos etapas con el puntaje de Autodeterminación como variable dependiente. El Bloque 1 incluyó la educación materna y paterna, el nivel de ingresos y el número de hijos (incorporados como variables ordinales) y el tipo de familia (decodificado como ficticias: 0 nuclear, 1 ampliada); el Bloque 2 añadió Cuidado y Protección, y Asistencia y Apoyo del Estado. Dado que tratar las variables ordinales como continuas supone una equidistancia, el Bloque 1 se reestimó con todas las variables codificadas como ficticias como un control sensitivo.

Como las variables incluidas en el Bloque 2 son subdimensiones del mismo instrumento que la variable dependiente, el modelo se interpretó como varianza compartida con dimensiones codesarrolladas en lugar de predicciones independientes, y se utilizaron los términos asociación y varianza compartida en lugar de predicción. En el *Material complementario 1* se presentan los análisis complementarios de la validez discriminante y de la robustez de los hallazgos del Bloque 1.

Se evaluaron los supuestos de la regresión: normalidad de los residuos estandarizados, heterocedasticidad, multicolinealidad (tolerancia y factor de inflación de la varianza [VIF]) y observaciones influyentes (distancia de Cook).

Como análisis exploratorio se compararon Cuidado y Protección y Autodeterminación según la educación materna. El grupo con alfabetización básica (n: 6) se informó solo en forma descriptiva; los grupos con escolarización primaria, secundaria y universitaria se compararon mediante el ANOVA de Welch y pruebas *post hoc* de Games-Howell, utilizando η^2 como medida del tamaño del efecto. Se estableció un nivel de significación de $p < 0,05$, y de $p < 0,025$ (Bonferroni) para las dos comparaciones exploratorias.

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación Clínica No Intervencionista del Başakşehir Çam and Sakura City Hospital (KAEK/178, 15 de abril de 2026) y se llevó a cabo de conformidad con la Declaración de Helsinki. La participación fue voluntaria y se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todos los participantes.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes (N = 513)

Variable		n	%
Educación materna			
Alfabetización básica	6	1,2	
Educación primaria	69	13,5	
Educación secundaria	202	39,4	
Universitaria	236	46,0	
Educación paterna			
Alfabetización básica	6	1,2	
Educación primaria	53	10,4	
Educación secundaria	202	39,4	
Universitaria	252	49,1	
Número de hijos			
1	165	32,2	
2	259	50,5	
≥3	89	17,4	
Tipo de familia			
Nuclear	437	85,2	
Ampliada	76	14,8	
Nivel de ingresos			
Ingresos inferiores a los gastos	130	25,3	
Ingresos iguales a los gastos	283	55,2	
Ingresos superiores a los gastos	100	19,5	

Tabla 2. Estadística descriptiva, consistencia interna y correlaciones entre las subdimensiones (N = 513)

Subdimensión	Ítems	M	DE	α	1	2	3
1. Asistencia y Apoyo del Estado	23	4,39	0,36	0,867	—		
2. Cuidado y Protección	15	4,45	0,34	0,811	0,822***	—	
3. Autodeterminación	25	3,97	0,37	0,820	0,697***	0,679***	—
Puntaje total de la escala	63	4,24	0,32	0,929			

M: media; DE: desviación estándar; α: alfa de Cronbach.

****p <0,001.*

Las correlaciones desatenuadas y la prueba de un solo factor de Harman se informan en el Material complementario *1.*

RESULTADOS

Aproximadamente la mitad de los 513 padres participantes fueron graduados universitarios y tenían dos hijos (*Tabla 1*).

La consistencia interna fue de buena a excelente, y la media más alta fue para Cuidado y Protección, seguida por Asistencia y Apoyo de Estado, con Autodeterminación como la más baja (*Tabla 2*).

Todas las subdimensiones se correlacionaron en forma significativa, fuerte y positiva, en especial entre Asistencia y Apoyo del Estado, y Cuidado y Protección (r: 0,822; todas p <0,001) (*Tabla 2*).

Los análisis complementarios no revelaron un único factor dominante subyacente a los ítems (primer componente no rotado: 20,5 % de la varianza de los ítems); sin embargo, tras la corrección por atenuación, las dimensiones Asistencia y Apoyo, y Cuidado y Protección resultaron apenas distinguibles (r desatenuada: 0,98), mientras que Autodeterminación permaneció más claramente diferenciada de ambas (r: 0,83 cada una).

En la regresión jerárquica el Bloque 1 contribuyó apenas con Autodeterminación (R^2: 0,011; F(5,507): 1,17; p: 0,322), sin que ninguna variable sociodemográfica estuviera asociada de forma independiente con el resultado. Se llegó a la misma conclusión al codificar todas las variables ordinales como variables ficticias (R^2: 0,038; F: 1,80; p: 0,051; *Material complementario 1*).

A añadir Cuidado y Protección, y Asistencia y Apoyo del Estado en el Bloque 2, aumentó en forma sustancial la varianza compartida explicada (ΔR^2: 0,512; ΔF[2,505]: 271,23; p <0,001). El modelo final explicó el 52,3 % de la varianza

Tabla 3. Análisis de regresión jerárquica de las dimensiones que comparten la varianza con las actitudes de Autodeterminación

Variable	B	ES B	IC95% para B	β	t	p
Bloque 1: Variables sociodemográficas						
Educación materna	0,013	0,031	−0,049 a 0,075	0,027	0,415	0,678
Educación paterna	0,043	0,032	−0,020 a 0,105	0,084	1,333	0,183
Nivel de ingresos	−0,007	0,026	−0,058 a 0,044	−0,013	−0,286	0,775
Número de hijos	−0,014	0,024	−0,061 a 0,034	−0,025	−0,569	0,570
Tıpo de familia	0,035	0,048	−0,060 a 0,131	0,033	0,729	0,466
Bloque 2: Subdimenisones actitudinales						
Educación materna	−0,029	0,022	−0,072 a 0,014	−0,059	−1,333	0,183
Educación paterna	0,003	0,022	−0,041 a 0,047	0,007	0,153	0,879
Nivel de ingresos	0,001	0,018	−0,034 a 0,037	0,002	0,064	0,949
Número de hijos	−0,010	0,017	−0,043 a 0,023	−0,019	−0,595	0,552
Tıpo de familia	−0,026	0,034	−0,092 a 0,041	−0,025	−0,752	0,452
Cuidado y Protección	0,362	0,060	0,245 a 0,480	0,332	6,047	<0,001
Asistencia y Apoyo del Estado	0,441	0,056	0,332 a 0,550	0,432	7,942	<0,001

B: coeficiente no estandarizado; ES B: error estándar; IC: intervalo de confianza; β: coeficiente estandarizado.
Variables ordinales: eduación materna, educación paterna, nivel de ingresos y número de hijos; tipo de familia: variable ficticia (0 = nuclear, 1 = ampliada).
Bloque 1: R^2 = 0,011; R^2 ajustado = 0,002; F(5,507) = 1,17; p = 0,322. Bloque 2: R^2 = 0,523; R^2 ajustado = 0,517; F(7,505) = 79,22; p <0,001. Bloque 2 cambio: ΔR^2 = 0,512; $\Delta F(2,505)$ = 271,23; p <0,001.
Control sensitivo con predictores ordinales codificados como ficticios: Bloque 1: R^2 = 0,038; F = 1,80; p = 0,051

Tabla 4. Puntajes de las subdimensiones según nivel de eduación materna

Educación materna	n	Cuidado y Protección M (DE)	Autodeterminación M (DE)
Alfabetización básica	6	4,27 (0,51)	3,87 (0,56)
Educación primaria	69	4,29 (0,43)	3,87 (0,40)
Educación secundaria	202	4,45 (0,30)	4,00 (0,34)
Universitaria	236	4,50 (0,32)	3,98 (0,37)
F de Welch		F(2,174) = 6,84	F(2,185) = 2,92
p		0,001	0,057
η^2		0,040	0,013

Se efectuaron tests inferenciales (ANOVA de Welch con análisis post hoc *de Games–Howell) comparando los grupos de educación primaria, educación secundaria y universitaria; los datos del grupo con alfabetización básica (n = 6) se presentan solo en forma descriptiva.*
Cuidado y Protección: educación primaria < educación secundaria (p = 0.013) y educación primaria < universitaria (p = 0,001); educación secundaria vs. universitaria, no significativo (p = 0,306). Dado que la prueba ómnibus de Autodeterminación no resultó significativa, no se interpretaron las comparaciones post-hoc.

(F[7,505]: 79,22; p <0,001). Tanto Asistencia y Apoyo del Estado como Cuidado y Protección se asociaron de manera positiva y significativa con Autodeterminación (β: 0,432 y 0,332, respectivamente, en ambos casos, p <0,001), mientras que ninguna variable sociodemográfica mantuvo una asociación independiente (*Tabla 3*).

Se cumplieron los supuestos del modelo (Shapiro–Wilk p: 0,126; Breusch–Pagan p: 0,561; VIF 1,049–3,193; distancia de Cook máxima 0,049).

El nivel educativo materno generó una diferencia estadísticamente significativa en las actitudes de Cuidado y Protección: las madres con estudios primarios obtuvieron puntuaciones más bajas que aquellas con estudios secundarios o universitarios, grupos que no difirieron entre sí; no se hallaron diferencias significativas en cuanto a Autodeterminación tras aplicar la corrección de Bonferroni (*Tabla 4*).

DISCUSIÓN

Las tres subdimensiones no tuvieron respaldo por igual, lo que apoya la H3: la adherencia fue fuerte para los derechos relacionados con el cuidado, protección y asistencia, y más cautelosa en que el niño exprese sus puntos de vista y tome parte en las decisiones. Esto es consistente con la evidencia que los adultos adhieren a la crianza-protección con más fuerza que a los derechos

de autodeterminación y participación,[2-4] y con muestras de padres en las que la protección bajo la supervisión del adulto es aceptada más facilmente.[5,12] En el contexto de Turquía, esto es compatible con sociedades con fuertes lazos familiares que tienden hacia la autoridad parental y a la defensa del mejor interés del niño mediante la orientación del adulto.[6]

El menor apoyo a la autodeterminación es relevante en forma directa para el cuidado centrado en el niño, el consentimiento informado y el asentimiento acorde a su desarrollo.[9,13] En las enfermedades crónicas que requieren cuidados a largo plazo, como la diabetes tipo 1, el asma o la epilepsia, restringir la autonomía apropiada a su desarrollo puede afectar en forma adversa la adherencia y la asunción de responsabilidad para el tratamiento de la enfermedad.[14] Estas consideraciones derivan de una extensa bibliografía, más que de los datos de esta investigación que no evaluó la evolución de los niños ni su participación. Las orientaciones protectoras deben ser observadas por lo tanto no como un obstáculo para el cuidado centrado en el niño sino como un punto de partida para la comunicación clínica.

La escasa contribución de los factores sociodemográficos que apoyaban la H2 y fue importante en los análisis de sensibilidad, desvía la atención de la estratificación demográfica hacia correlatos menos fácilmente medibles de la disposición de los padres a apoyar la participación de sus hijos.

En forma contraria, añadir las dos subdimensiones actitudinales restantes, aumentó sustancialmente la varianza compartida explicada que apoya la H1. Por lo tanto, las dimensiones actitudinales hacia los derechos del niño no son constructos enteramente independientes sino que covarían dentro de un marco único basado en los derechos, en consonancia con los informes que indican que tales actitudes se desarrollan como una estructura holística.[13] En el estudio de desarrollo original, estas subdimensiones mostraron una correlación muy débil (r: 0,04 y -0,007), lo que sugiere que la magnitud de la varianza compartida observada en la presente muestra no puede ser atribuida solamente a su inclusión dentro del mismo instrumento.[11] Estos hallazgos son descriptivos y no causales (ver Limitaciones).

Resulta notable que Asistencia y Apoyo del Estado mostrara la asociación más fuerte con Autodeterminación: los padres que perciben al niño como un individuo titular de derechos pueden valorar más favorablemente tanto las obligaciones institucionales como el derecho del niño a participar. La expresión de la voz del niño no es suficiente; debe ser escuchada y reflejarse en la toma de deisiones.[15] La asociación positiva entre Cuidado y Protección y Autodeterminación también es importante: dentro de un marco basado en los derechos, la protección y la participación no son mutuamente excluyentes y pueden ser apoyadas simultáneamente.

La educación materna se relacionó con Cuidado y Protección, pero no con Autodeterminación; esto sugiere que la asociación entre educación y actitudes hacia los derechos de los niños puede ser específica a cada dimensión. Un mayor nivel educativo puede aumentar la conciencia sobre las necesidades de protección del niño, aunque el pequeño tamaño del efecto indica una importancia práctica limitada. Las actitudes hacia la participación de los niños en cambio, puede relacionarse a factores más profundamente arraigados como las normas culturales, concepciones de la infancia y estructuras de autoridad familiar.[16-18] Las asociaciones observadas podrían señalar ámbitos que futuras intervenciones de educación parental o alfabetización en salud podrían abordar, aunque en esta investigación no se evaluó ninguna intervención.

Incluir a los niños en la toma de decisiones, informándolos y escuchando sus puntos de vista son componentes centrales de la atención pediátrica,[13] aunque todavía la toma de decisiones compartida no está bien establecida en la práctica de rutina, con barreras y facilitadores a nivel de los padres, del niño y de los profesionales.[19] Por consiguiente, los modelos de comunicación estructurados que se dirigen directamente al niño e incorporan sus preferencias en el encuentro, pueden resultar útiles.[13,20]

Limitaciones

Algunas limitaciones deben tenerse en cuenta. Con respecto a la validez interna, las variables incorporadas al modelo y el resultado eran subdimensiones del mismo instrumento, y las dos subdimensiones de crianza no fueron empíricamente separables una vez que se tuvo en cuenta el error de medición (r desatenuada: 0,98); por lo tanto, el aumento del Bloque 2 refleja una varianza compartida dentro de una misma escala, los coeficientes carecen de significado causal y el diseño transversal impide extraer inferencias

sobre la direccionalidad. El estudio midió también las actitudes en lugar de la conducta parental observada o la participación real de los niños en las consultas, y las actitudes maternas y paternas se analizaron en forma conjunta bajo una sola categoría de "padres" aunque pueden ser diferentes.

Con respecto a la generalización y el alcance de las conclusiones, los datos provinieron de un único centro de tercer nivel y el 40,3 % de los padres declinaron su participación; dado que no se registraron datos de ellos, no su pudieron estimar ni la magnitud ni la dirección del sesgo por no responder, y los padres más a favor de los derechos de los niños pudieron tener más disposición para participar, sesgando hacia arriba los puntajes de las subdimensiones -en particular de Autodeterminación-. La muestra tuvo relativamente un nivel alto de educación (el 46,0 % de las madres y el 49,1 % de los padres eran graduados universitarios, el pequeño subgrupo con alfabetización básica (n: 6) limita la inferencia para dicho grupo; el instrumento fue estandarizado para padres con hijos de 6 a 14 años mientras que los padres que participaron tenían hijos de 1 a 18 años, por lo cual la adecuación a los padres de los hijos más pequeños o más grandes puede ser imperfecta. Los hijos no fueron estratificados por edad o nivel de desarrollo por lo que las aplicaciones clínicas como la confidencialidad del adolescente o la transferencia gradual de la responsabilidad del tratamiento en las enfermedades crónicas, deben interpretarse como posibles implicaciones que requieren una investigación estratificada por edad, más que como hallazgos de este estudio. Tomados en su conjunto, los resultados describen el perfil actitudinal de los padres que eligieron participar en un único centro, no establecen la prevalencia poblacional, un orden causal ni el efecto de ninguna práctica clínica. Estudios futuros deben abordar la participación y la toma de decisiones clínicas del niño con diferentes instrumentos, datos observacionales y diseños estratificados por edad.

CONCLUSIONES

Entre los padres que concurrían a un consultorio externo pediátrico, Cuidado y Protección, y Asistencia y Apoyo el Estado tuvieron los puntajes más altos, mientras que Autodeterminación mostró la media más baja. Las variables sociodemográficas contribuyeron poco en Autodeterminación mientras que las otras dos subdimensiones compartieron una varianza sustancial con ella dentro del mismo instrumento; estas relaciones describen una coocurrencia actitudinal y no determinantes causales. Estos hallazgos apoyan la importancia de crear oportunidades para que los niños participen en la atención pediátrica de manera apropiada a su edad y nivel de desarrollo. Dado que se midieron las actitudes y no la práctica clínica, y que los niños no fueron estratificados por su nivel de desarrollo, las aplicaciones como la confidencialidad en la adolescencia o la transferencia gradual de la responsabilidad del tratamiento en las enfermedades crónicas es mejor considerarlas como implicaciones a ser estudiadas en investigaciones estratificadas por edad y no como recomendaciones demostradas por los datos actuales. ■

Agradecimientos

Los autores agradecen a los padres que participaron voluntariamente en este estudio.

El material complementario que acompaña este artículo se presenta tal como ha sido remitido por los autores. Se encuentra disponible en: https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2027/11255_AO_Cambaz_Kurt_Anexo.pdf

REFERENCIAS

1. Rogers CM, Wrightsman LS. Attitudes toward children's rights: nurturance or self-determination? *J Soc Issues*. 1978;34(2):59-68. doi:10.1111/j.1540-4560.1978.tb01029.x.
2. Peterson-Badali M, Ruck MD, Ridley E. College students' attitudes toward children's nurturance and self-determination rights. *J Appl Soc Psychol*. 2003;33(4):730-55. doi:10.1111/j.1559-1816.2003.tb01922.x.
3. Cherney ID, Shing YL. Children's nurturance and self-determination rights: A cross-cultural perspective. *J Soc Issues*. 2008;64(4):835-56. doi:10.1111/j.1540-4560.2008.00591.x.
4. Cherney ID, Greteman AJ, Travers BG. A cross-cultural view of adults' perceptions of children's rights. *Soc Justice Res*. 2008;21(4):432-56. doi:10.1007/s11211-008-0079-7.
5. Peterson-Badali M, Morine SL, Ruck MD, Slonim N. Predictors of maternal and early adolescent attitudes toward children's nurturance and self-determination rights. *J Early Adolesc*. 2004;24(2):159-79. doi:10.1177/0272431603262667.
6. Kagitcibasi C. Adolescent autonomy-relatedness and the family in cultural context: what is optimal? *J Res Adolesc*. 2013;23(2):223-35. doi:10.1111/jora.12041.
7. Karaman-Kepenekci Y. A study of university students' attitudes towards children's rights in Turkey. *Int J Child Rights*. 2006;14(3):307-18. doi:10.1163/157181806778458095.
8. UN. Committee on the Rights of the Child. Concluding observations on the combined 4th and 5th periodic reports of Türkiye (CRC/C/TUR/CO/4-5). Geneva: United Nations; 2023. [Consulta: 10 de septiembre de 2026]. Disponible

en: https://digitallibrary.un.org/record/4022278?v=pdf
9. UN. Committee on the Rights of the Child. General Comment No. 12: the right of the child to be heard (CRC/C/GC/12). Geneva: United Nations; 2009. [Consulta: 10 de septiembre de 2026]. Disponible en: https://digitallibrary.un.org/record/671444?v=pdf
10. Yurtsever M. Ebeveyn çocuk hakları tutum ölçeğinin geliştirilmesi ve anne babaların çocuk haklarına yönelik tutumlarının farklı değişkenler açısından incelenmesi [The development of the Parental Attitudes scale for Children's Rights and examination of parental attitudes for their children's rights in terms of different variables] [doctoral dissertation]. Istanbul: Marmara University Institute of Educational Sciences; 2009. Thesis No. 231784. Turkish. [Consulta: 10 de septiembre de 2026]. Disponible en: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp
11. Yurtsever Kılıçgün M, Oktay A. Çocuk haklarına yönelik Ebeveyn TutumÖlçeğinin geliştirilmesi ve standardizasyonu [Development and standardization of the Parental Attitude Scale for Children's Rights]. *Buca Egit Fak Derg*. 2011;(31):1-22. Turkish.
12. Day DM, Peterson-Badali M, Ruck MD. The relationship between maternal attitudes and young people's attitudes toward children's rights. *J Adolesc*. 2006;29(2):193-207. doi:10.1016/j.adolescence.2005.05.002.
13. Katz AL, Webb SA; Committee on Bioethics. Informed consent in decision-making in pediatric practice. *Pediatrics*. 2016;138(2):e20161485. doi:10.1542/peds.2016-1485.
14. Lerch MF, Thrane SE. Adolescents with chronic illness and the transition to self-management: a systematic review. *J Adolesc*. 2019;72:152-61. doi:10.1016/j.adolescence.2019.02.010.
15. Lundy L. 'Voice' is not enough: conceptualising Article 12 of the United Nations Convention on the Rights of the Child. *Br Educ Res J*. 2007;33(6):927-42. doi:10.1080/01411920701657033.
16. Alsancak-Akbulut C, Kömürcü-Akik B. Helicopter parenting, autonomy support, and young adults' psychological adjustment in Turkey: The mediating role of psychological control. *Curr Psychol*.2024;43(29):24355-64.doi:10.1007/s12144-024-06107-0.
17. Zeyrek FB, Smetana J. Turkish mothers' judgments around personal choice and autonomy. *Dev Psychol*. 2025 Jun 9. Epub ahead of print. doi:10.1037/dev0002002.
18. Corapci F, Benveniste H, Bilge S. Does mothers' self-construal contribute to parenting beyond socioeconomic status and maternal efficacy? An exploratory study of Turkish mothers. *Front Psychol*. 2018;9:1245. doi:10.3389/fpsyg.2018.01245.
19. Boland L, Graham ID, Légaré F, Lewis K, Jull J, Shephard A, et al. Barriers and facilitators of pediatric shared decision-making: a systematic review. *Implement Sci*. 2019;14(1):7. doi:10.1186/s13012-018-0851-5.
20. Bosch I, Siebel H, Heiser M, Inhestern L. Decision-making for children and adolescents: a scoping review of interventions increasing participation in decision-making. *Pediatr Res*. 2025;97(6):1840-54. doi:10.1038/s41390-024-03509-5.