

Diseño y aplicación de un cuestionario de detección precoz en salud mental infantil

Núria ANGLÈS VIRGILI

Universitat Ramon Llull, Barcelona (España)

Roser VENDRELL MAÑÓS

Universitat Ramon Llull, Barcelona (España)

Ana ANDRÉS VALLÉ

Universitat Ramon Llull, Barcelona (España)

Resumen

Los problemas en salud mental infantil son frecuentes, complejos y pueden conllevar un riesgo en el desarrollo. La prevención en salud mental es un compromiso colectivo, especialmente por parte de las instituciones que atienden la primera infancia: la escuela y la consulta pediátrica. El objetivo de esta investigación es validar un instrumento diseñado *ad hoc* de detección precoz en salud mental para la primera infancia. En el diseño del instrumento, denominado *Detectar para Prevenir-Salud Mental Infantil-25 (DxP-SMI-25)*, se tuvo en cuenta la literatura previa y las limitaciones actuales en la detección precoz en salud mental. El contenido del cuestionario se validó mediante un juicio de expertos y se aplicó el cuestionario, junto al *Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional-2*, con el fin de obtener la validez de criterio. El instrumento diseñado muestra una buena predisposición y permite una evaluación global del desarrollo.

Palabras clave: detección precoz, primera infancia, instrumentos de cribado.

Abstract

Child mental health problems are frequent, complex and can lead to developmental risk. Prevention in mental health is a collective commitment, especially on the part of the institutions that care for early childhood: the school and the pediatric office. The aim of this paper is to validate an ad hoc instrument designed for early mental health screening in early childhood. The design of the instrument, called *Detectar para Prevenir- Salud Mental Infantil-25 (DxP-SMI-25, Detect to Prevent- Children's Mental Health-25)*, took into account previous literature and current limitations in early mental health screening. The content of the questionnaire was validated by means of expert judgment and the questionnaire was applied, together with the *Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional-2*, in order to obtain criterion validity. The designed instrument shows a good predisposition and allows a global assessment of development.

Key words: early detection; early childhood; screening instruments.

Según la Organización Mundial de la Salud (2013), se estima que el 50% de los trastornos mentales se desarrollan antes de los 14 años de edad, y más del 70% empiezan antes de los 18 años. En niños y adolescentes, se estima que entre un 10% y un 20% sufre algún trastorno mental, según un metaanálisis de alcance mundial (Polanczyk, Sa-

lum, Sugaya *et al.*, 2015). La patología en salud mental es frecuente, crónica, compleja y aumenta con la edad en las consultas pediátricas. Si estas dificultades no son atendidas en la infancia, se sufre un alto riesgo de alteración del desarrollo y la reducción de la capacidad de aprendizaje (Carballal Mariño, Gago Ageitos, Ares Álvarez *et al.*, 2018).

Dirección de las autoras: Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i l'Esport Blanquerna. Carrer del Císter, 34. 08022 Barcelona. *Correo electrónico:* nuriaav3@blanquerna.url.edu

Recibido: enero de 2022. *Aceptado:* marzo de 2022.

Actualmente existe un gran interés en la etiopatogenia de los trastornos, los factores de riesgo y las actividades preventivas, quedando la salud mental en segundo lugar (de Pedro Cuesta, Saiz Ruiz, Roca y Noguer, 2016). En este sentido, la prevención en salud mental persigue el objetivo de reducir los trastornos, síntomas, factores de riesgo y el impacto en la persona y su entorno (Mrazek y Haggerty, 1994). Es un compromiso colectivo dentro de las estrategias de salud global (Sabrià-Pau, 2017), especialmente por parte de las instituciones que, desde un abordaje multidisciplinar atienden al niño: la escuela y la consulta pediátrica (Buitrago Ramírez y Grupo de Salud Mental del PAPPS, 2018). En esta labor, la colaboración de la familia es fundamental en la prevención y detección precoz durante los primeros años de vida (Carratalá e Ilieva, 2016).

La detección precoz es clave para proporcionar una atención y reducir las consecuencias a nivel individual, social y económico (Buitrago Ramírez *et al.*, 2018). El seguimiento y monitorización del desarrollo por parte de pediatras y maestros constituye una oportunidad ideal para la detección precoz (Andrés Vilorio y Fernández González, 2016). Los instrumentos utilizados para desarrollar esta labor preventiva son los cuestionarios de cribado, que permiten mejorar la identificación de sintomatología en salud mental (Anglès-Virgili y Vendrell-Mañós, 2017; Sabrià-Pau, 2017). Sin embargo, estudios previos concluyen que los profesionales tienen dificultades para realizar una detección precoz de la sintomatología en salud mental, mediante el uso de instrumentos de cribado (Anglès-Virgili y Vendrell-Mañós, 2017; Horwitz, Storfer-Isser, Kerker *et al.*, 2016; O'Brien, Harvey, Howse *et al.*, 2016). Algunas de las causas que refieren son: la falta de seguimiento después de la derivación, los costes económicos que conlleva la detección precoz, la reticencia de los profesionales a etiquetar y la falta de formación en la administración de instrumentos de cribado. Estas limitaciones presentes en la práctica profesional justifican la necesidad de diseñar un instrumento que fomente la detección temprana de los problemas de conducta y/o emocionales en el período correspondiente a la primera infancia, del nacimiento a los seis años de edad, período clave en el desarrollo infantil y en la detección precoz en salud mental, como elemento de prevención.

El objetivo del estudio fue validar un instrumento diseñado *ad hoc* de detección precoz en salud mental para la primera infancia, destinado a profesionales de pediatría y educación. Para ello se plantearon dos objetivos específicos:

- Analizar la validez de contenido del instrumento mediante el juicio de expertos.
- Analizar validez de criterio a través de los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario a una muestra de niños entre los seis meses y los seis años, contestado por los profesionales que los atienden.

Método

Participantes

Validez de contenido

En la validez de contenido del cuestionario participaron expertos procedentes de los campos de la psicología ($n = 2$), la pediatría ($n = 2$) y la educación ($n = 2$). Los criterios de elección de los expertos se basaban en la amplia experiencia que poseían en la práctica profesional y la investigación. Estuvo formado por 4 mujeres y 2 hombres de edades comprendidas entre los 40 y los 75 años. Los profesionales procedentes de la psicología fueron un Doctor en Psicología, profesor universitario y una psicóloga de un Equipo de Asesoramiento Psicopedagógico. En pediatría, los expertos fueron un pediatra emérito del *Institut Català de la Salut* y una enfermera pediátrica. En el ámbito educativo, se seleccionaron una directora de escuela y una maestra, profesora de universidad.

Aplicación del cuestionario

El cuestionario se administró a una muestra ($n = 29$) formada por 12 niños y 17 niñas procedentes de centros de educación infantil (44'82%) y consultas pediátricas (55'17%). Los participantes tenían edades entre los 6 y 67 meses ($M = 34$ meses) y procedían de las ciudades de Tarragona y Barcelona (España). Se incluyeron en la muestra niños que eran atendidos por los servicios de salud mental, como aquellos que no, con el fin de determinar si el cuestionario diseñado discriminaba correctamente. Los centros participantes fueron el Hospital *HM Nens* y los centros educativos *La Salle Tic-Tac* y *Mare de Déu del Carme*.

Instrumentos

En la aplicación, se administró el cuestionario diseñado *ad hoc*, junto a un cuestionario validado.

Detectar para Prevenir - Salud Mental Infantil -25 (DxP-SMI-25)

El instrumento DxP-SMI-25 se diseñó *ad hoc* teniendo en cuenta la literatura previa y las necesidades actuales de profesionales en ejercicio. Por un lado, se identificó el estado actual del tema de estudio mediante dos revisiones de la literatura. Una primera, sobre los instrumentos de cribado en salud mental y su uso en el ámbito pediátrico y escolar (Anglès-Virgili y Vendrell-Mañós, 2017). Y una segunda, sobre los factores de riesgo en salud mental en la primera infancia.

Por otro lado, con el fin de conocer las necesidades actuales, se realizaron ocho entrevistas en profundidad a profesionales que trabajaban con la primera infancia (maestros, pediatras y psicólogos) y se analizaron cualitativamente

mediante la teoría fundamentada (Glaser y Strauss, 1967). En las entrevistas se identificaron los factores de riesgo en salud mental durante la primera infancia y la tarea de detección y derivación actual en salud mental.

A partir de las revisiones de la literatura y las entrevistas a profesionales, se obtuvieron cinco dimensiones que conformaron el cuestionario y que son esenciales en el desarrollo socio-emocional durante la primera infancia: (1) el embarazo y nacimiento, (2) el contexto familiar, (3) la conducta del niño en los distintos contextos, (4) la gestión y regulación emocional; y (5) la socialización. Cada dimensión corresponde a un número determinado de ítems. En la tabla 1 se presenta cada dimensión con sus características y un ítem de ejemplo. El instrumento está formado por 25 ítems con cuatro opciones de respuesta, escala tipo Likert, situadas entre el 0 (en completo desacuerdo - nunca) y el 3 (completamente de acuerdo - siempre).

El cuestionario se dirige a los profesionales que atienden la primera infancia en centros educativos y consultas

pediátricas. Está disponible para ser administrado ante cualquier sospecha que pueda conllevar una derivación a los servicios de salud mental. El resultado permite conocer si es necesaria una derivación a los servicios de salud mental, y determinar la/s dimensión/es que evaluar posteriormente.

Agas & Questionnaires: Social-Emotional (ASQ:SE-2; Squires, Bricker y Twombly, 2015)

El ASQ:SE-2 es una herramienta sobre el desarrollo socioemocional de niños entre 1 y 72 meses. Evalúa (1) la autorregulación, (2) la conformidad, (3) el funcionamiento adaptativo, (4) la autonomía, (5) el afecto, (6) la comunicación social y (7) la interacción con otras personas. El cuestionario es contestado por padres o cuidadores que están al menos unas 15 horas semanales con el niño. Está compuesto por nueve cuestionarios, correspondientes a los rangos de edad. Las opciones de respuesta son una escala Likert con 3 opciones “a menudo o siempre”, “a veces”, o “rara vez o

Tabla 1. Dimensiones, número de ítems por dimensión, características y ejemplos.

<i>Dimensiones (n° ítems)</i>	<i>Características</i>	<i>Ejemplo de ítem que conforma la dimensión</i>
Embarazo y nacimiento (3)	Salud mental y física de los padres, gestación, embarazo y eventos adversos durante el período prenatal.	¿Se conocen incidencias durante la fecundación y el embarazo (problemas de salud, de fecundación, embarazo no deseado, embarazo subrogado, una adopción, etc.)?
Contexto familiar (7)	Vínculo, estilo parental, tiempo de calidad, soporte social de la familia, salud mental de los padres y rutinas.	¿La familia ofrece protección y autoridad: marca unos límites de manera equilibrada, teniendo en cuenta la edad y las demandas del/la niño/a?
Conducta del niño en los distintos contextos (4)	Rabietas, inhibición conductual, adaptación al contexto, gestión de la conducta por parte de los padres.	¿El/la niño/a desarrolla rabietas frecuentes y de alta intensidad, con o sin agresividad?
Gestión y regulación emocional (6)	Gestión y regulación emocional del niño, de los padres y eventos adversos.	¿El niño o la niña manifiesta emociones ajustadas (ríe, llora, se enfada) cuando se relaciona con otros/as niños/as o adultos?
Socialización (5)	Interés en la relación con los otros, las habilidades comunicativas y las oportunidades de relación.	Teniendo en cuenta la edad, cuando está con otros/as niños/as, ¿muestra ganas de relacionarse?

Tabla 2. Correspondencia de las áreas evaluadas DxP-SMI-25 y ASQ:SE-2.

<i>DxP-SMI-25: dimensiones</i>	<i>ASQ:SE-2: áreas que evalúa</i>
- Embarazo y nacimiento	- Ø
- Contexto Familiar	- Ø
- Conducta del niño en los distintos contextos	- Conformidad
- Gestión y regulación emocional	- Autorregulación - Afecto
- Socialización	- Autonomía - Comunicación Social - Interacción con los otros
- Ø	- Funcionamiento adaptativo

nunca”. Además, se incluye la opción de marcar si el ítem es una preocupación en el desarrollo socio-emocional para el profesional, el padre o el cuidador. Una vez contestado el cuestionario, se obtiene una puntuación que permite situar al desarrollo socio-emocional en tres posibilidades: “dentro de las expectativas”, cuando todo es correcto y esperable en el desarrollo socio-emocional; a “observar” que implica la necesidad de monitorizar el desarrollo o a “consultar” que conlleva la necesidad de realizar evaluaciones adicionales con un profesional.

En la tabla 2, se detallan las áreas que evalúan ambos cuestionarios. La convergencia de las dimensiones a evaluar y el rango de edad que evalúan ambos cuestionarios, fueron los argumentos que llevaron a elegir el ASQ:SE-2 para proceder en la validación de criterio.

Procedimiento

Validez de contenido

El objetivo de la validez de contenido fue determinar si los ítems del cuestionario diseñado *ad hoc* evaluaban correctamente las dimensiones y los indicadores claves (consultar tabla 1) en el desarrollo psicosocial de la primera infancia. Para ello, se presentaron mediante un correo electrónico a los seis expertos la hoja de información y el consentimiento informado. Paralelamente, se adjuntó un dossier con la explicación del objetivo de la investigación (diseñar un instrumento de cribado en salud mental para niños entre los seis meses y los seis años), el objetivo del cuestionario (un cribado para determinar la presencia de sintomatología en salud mental) y las plantillas de evaluación.

La evaluación de cada ítem constó de cuatro variables (Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez, 2008): la suficiencia (determinar si los ítems son suficientes para medir la dimensión), la claridad (el ítem se entiende fácilmente, la forma sintáctica y semántica son adecuadas), la coherencia (el ítem tiene una relación lógica con la dimensión que mide) y la relevancia (el ítem es esencial o importante y tiene que ser incluido). Cada variable se cualificó con una escala Likert, con cuatro opciones de respuesta: 1 (no cumple con el criterio), 2 (nivel bajo), 3 (nivel moderado) y 4 (nivel alto). De forma opcional, en cada puntuación, se ofrecía la posibilidad de complementarla con una breve explicación. El proceso de aceptación de los ítems requirió alcanzar la máxima puntuación en todas las variables, por parte de todos los expertos (6/6) o todos menos uno (5/6). La validez de contenido prosiguió en tres fases y en cada evaluación se incorporaron las modificaciones propuestas, y de nuevo estas, se reevaluaron.

Aplicación del cuestionario

Una vez obtenido el instrumento definitivo DXP-SMI-25, se administró junto al ASQ:SE-2. Todos los participantes fueron reclutados de centros de educación infantil y consulta pediátrica de Barcelona y Tarragona (España). El procedimiento consistió en presentar la investigación a los centros y si aceptaban, se reclutaban participantes. Antes de responder el cuestionario, el profesional informaba al padre, la madre o tutor/a legal y presentaba la hoja de información y el consentimiento informado. El 100% de los padres autorizó al profesional a responder los dos cuestionarios sobre el desarrollo socio-emocional de su hijo. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la *Universitat Ramon Llull*.

Una vez se obtuvo la autorización por parte de los padres, el profesional procedente del centro educativo o la consulta pediátrica, respondió a los dos cuestionarios sobre el desarrollo socio-emocional: el cuestionario diseñado *ad*

hoc DXP-SMI-25 y el cuestionario validado previamente ASQ:SE-2. Se precisaron aproximadamente de unos 10 minutos para cumplimentar los dos cuestionarios. Se decidió que los cuestionarios fueran contestados por los profesionales como criterio de objetividad en las respuestas sobre el desarrollo emocional. No obstante, si el profesional tenía dudas sobre algún ítem, podía preguntar a los padres o cuidadores.

Resultados

Validez de contenido

La validez de contenido se realizó en tres evaluaciones. En la evaluación inicial, se presentaron 23 ítems. Todos los ítems precisaron modificaciones y se añadieron tres ítems más al cuestionario, obteniendo un total de 26 ítems. Dos de ellos surgieron por la necesidad de analizar las incidencias en la fecundación, embarazo y parto, de forma separada: un ítem evaluaba las incidencias en la fecundación y el embarazo (como problemas de salud, de fecundación, un embarazo no deseado, un embarazo subrogado, una adopción, etc.) y otro ítem evaluaba las incidencias en el parto (un bebé prematuro, el bajo peso al nacer, etc.). El tercer ítem añadido, correspondió a la necesidad de clarificar si había antecedentes de problemas de salud mental (depresión, ansiedad, adicciones, etc.) en la familia extensa (padre, madre, abuelos/as, tíos/as, etc.) y diferenciarlo de la capacidad de la familia de hacer frente a problemas y proporcionar figuras de referencia.

En la segunda evaluación, se presentaron 26 ítems. Se obtuvo el 60% de los ítems del cuestionario con un grado de acuerdo de 5/6 o 6/6 en todas las variables evaluadas de cada ítem. El 40% de las modificaciones restantes propuestas por los expertos fueron relacionadas con la claridad de los ítems.

En la tercera y última evaluación se presentaron los 25 ítems que conformaron la versión final del instrumento. Se eliminó un ítem (*En la familia, las situaciones complicadas que se han vivido, ¿se han superado, a pesar del malestar emocional que conllevan (perdidas familiares, problemas económicos, violencia física o psíquica, etc.)?*), que evaluaba la capacidad de hacer frente a problemáticas y la vivencia de eventos adversos, ya evaluadas en 3 ítems incluidos en el cuestionario: *¿El/la niño/a ha vivido eventos adversos en su familia, como problemas económicos, divorcio, abusos, pérdidas familiares, enfermedades físicas, violencia, etc. que le hayan generado malestar?*; *¿La familia se caracteriza por tener la capacidad de enfrentarse a los problemas con empatía en relación con el/la niño/a?* y *¿La familia favorece la expresión de sentimientos: tiene la capacidad de poner nombre a aquello que siente y acompañar al/la niño/a en el malestar?* El resto de cambios correspondieron a pequeñas modificaciones, como el añadir o eliminar palabras en los ítems. Por ejemplo, la formulación inicial del ítem ocho era

la siguiente: *En la familia extensa (padre, madre, abuelos/as, tíos/as), ¿ha habido antecedentes de trastorno mental en tratamiento (depresión, ansiedad, adicciones, etc.)?* En la tercera evaluación, se decidió eliminar la expresión “en tratamiento”, ya que se puede sufrir un trastorno mental, sin la necesidad de seguir un tratamiento.

Al finalizar el juicio de expertos, se obtuvieron 25 ítems que correspondían a las cinco dimensiones: el embarazo y nacimiento, el contexto familiar, la conducta del niño en los distintos contextos, la gestión y regulación emocional y la socialización, obteniendo la versión final del DxP-SMI-25.

Aplicación del cuestionario

Mediante la aplicación del cuestionario, se pretendía obtener la validez de criterio, que permitía relacionar las puntuaciones de un instrumento con otras variables, denominadas criterio (Argibay, 2006). En este caso, se quería obtener una aproximación sobre el funcionamiento del DxP-SMI-25 y la capacidad de discriminación, en aquellos participantes que requerían una derivación a los servicios de salud mental, relacionando las puntuaciones obtenidas en el ASQ:SE-2.

Tabla 3. Puntuaciones directas obtenidas en los cuestionarios ASQ:SE-2 y DxP-SMI-25 (d=días; m=meses y a=años).

	Edad	ASQ:SE-2 Rango edad	ASQ:SE-2 Puntuación	Puntuación DxP-SMI-25					Total	
				EyN	CF	C	GE	S		
1	6m 23d	6m	30 - Dentro de las expectativas/Observar	3			4	1	8	
2	6m 23d	6m	10 - Dentro de las expectativas	2			4		6	
5	9m 1d	12m	20 - Dentro de las expectativas	1		1	4	4	10	
4	9m 13d	12m	80 - Puede necesitar evaluaciones adicionales				5	4	2	11
3	1a 2m	12m	20 - Dentro de las expectativas.							0
6	1a 4m	18m	15 - Dentro las expectativas.		2	1	1			4
8	1a 8m	18m	10 - Dentro de las expectativas.		2	3	2			7
7	1a 9m	18m	30 - Dentro de las expectativas.	6	1	4	2	1		14
11	1a 10m	24m	95 - Puede necesitar evaluaciones adicionales		6	6	6			18
10	2a	24m	45 - Dentro de las expectativas.		2	6	4			12
9	2a 1m	24m	10 - Dentro de las expectativas.		5	1	1	1		8
12	2a 5m	30m	20 - Dentro de las expectativas.	3			2	1		6
13	2a 6m	30m	45 - Dentro de las expectativas.		2	2	2	2		8
15	2a 10m	36m	10 - Dentro de las expectativas.		4	4	2	1		11
17	2a 11m	36m	40 - Dentro las expectativas.				3	2	2	7
14	3a 2m	36m	30 - Dentro de las expectativas.		1	4	6	1		12
16	3a 6m	36m	20 - Dentro de las expectativas.					3	3	6
18	3a 11m	36m	55 - Dentro de las expectativas.	1			3	1		5
24	3a 7m	48m	50 - Dentro de las expectativas	5	3	2	1			11
20	3a 7m	48m	25 - Dentro de las expectativas.		2	1	2			5
22	4a	48m	85 - Puede necesitar evaluaciones adicionales		10	8	6	1		25
21	4a	48m	5 - Dentro de las expectativas.		1					1
23	4a 1m	48m	15 - Dentro las expectativas.		2	2	2			6
25	4a 2m	48m	50 - Dentro de las expectativas		1	3	3	1		8
19	4a 6m	48m	20 - Dentro de las expectativas.							0
29	5a	60m	45 - Dentro de las expectativas.				5	4	1	10
28	5a 3m	60m	20 - Dentro de las expectativas.				1	2		3
27	5a 5m	60m	15 - Dentro las expectativas.		3			3		6
26	5a 7m	60m	30 - Dentro de las expectativas.	8	1	5	3			17

Las siglas corresponden a las dimensiones del cuestionario DxP-SMI-25: Embarazo y Nacimiento (EyN), Contexto Familiar (CF), Conducta (C), Gestión Emocional (GE) y Socialización (S)

Se obtuvieron datos de 29 participantes, correspondientes a las respuestas emitidas sobre el desarrollo socio-emocional por parte de profesionales procedentes de centros de educación infantil y consultas de pediatría.

Cada profesional, contestó el DxP-SMI-25 y el ASQ:SE-2, tanto con información cuantitativa, como cualitativa.

Una vez obtenidas las respuestas, se realizó el sumatorio de los ítems y las dimensiones, con el fin de obtener una puntuación total de cada cuestionario administrado.

En el caso del DxP-SMI-25, las opciones de respuesta eran 0-1-2-3, en una escala Likert siendo 0, en completo desacuerdo/nunca; y 3, completamente de acuerdo/siempre. Para obtener una puntuación del cuestionario, se puntuó cada ítem, según la respuesta seleccionada y se realizó el sumatorio de las puntuaciones. Así pues, en el caso de seleccionar el 0, no obtenía puntuación, en el caso de 1, se obtenía 1 punto, en el caso de 2, obtenía 2 puntos y en el caso de 3, obtenía 3 puntos. Esta operación se realizó con todos los ítems, teniendo en cuenta que había 12 ítems donde la respuesta era inversa, es decir que cambiaba la puntuación según la formulación de las preguntas. Por ejemplo, en el ítem 12 *¿La familia se caracteriza por tener la capacidad de enfrentarse a los problemas con empatía en relación con el/la niño/a?*, la puntuación de 0, correspondía a un 3; la puntuación de 1, correspondía a un 2; la puntuación de 2, correspondía a un 1; y la puntuación de 3, correspondía a un 0, en el sumatorio total de los ítems. Las puntuaciones se presentan por dimensiones y se obtiene una puntuación global, que permite ayudar a entender y visibilizar la/s dimensión/es con más afectación en el desarrollo socio-emocional del niño. Se deduce, por lo tanto, que, a menor puntuación global, más salud mental, y a mayor puntuación, menor salud mental.

Sobre las puntuaciones correspondientes al ASQ:SE-2, se obtuvo que el 86'2% de los participantes situaban el desarrollo socio-emocional dentro de las expectativas; el 3'44% de los participantes, requerían una observación del desarrollo-socioemocional (realizar una conducta expectante); y el 10'34% de los participantes, requerían una evaluación por parte de un profesional de la salud mental.

Las puntuaciones obtenidas en el cuestionario validado y las obtenidas en el cuestionario diseñado *ad hoc* muestran unos datos que precisan un análisis concreto y exhaustivo. En la tabla 3 se presentan las puntuaciones obtenidas de cada participante, en los dos cuestionarios administrados y organizados por edades de menor a mayor edad.

En los resultados, se analiza, en primer lugar, aquellos participantes que requieren una evaluación adicional, es decir que el cuestionario validado identifica con posible derivación a los servicios de salud mental (tabla 4).

El análisis de las puntuaciones, se organiza según los rangos de edad establecidos en el cuestionario ASQ:SE-2 (6 meses -12 meses -18 meses -24 meses - 30 meses -36 meses - 48 meses - 60 meses), pudiendo comparar la información obtenida entre el ASQ:SE-2 y el DxP-SMI-25 para cada uno de los participantes señalados.

En el rango de edad de 6 meses (3 meses 0 días a 8 meses 30 días) se identifica el participante 1. La puntuación del ASQ:SE-2 indica que hay que observar el desarrollo, es decir, realizar una conducta expectante, por lo tanto, no se sitúa en una zona de riesgo claramente. Los resultados en el DxP-SMI-25 indican mayores puntuaciones en las dimensiones de embarazo y nacimiento ($PD = 3$) y en gestión emocional ($PD = 4$).

El participante 4, correspondiente al cuestionario de 12 meses (9 meses 0 días a 14 meses 30 días), se sitúa en una

Tabla 4. Participantes que requieren una derivación de los servicios de salud mental y preocupación sobre el desarrollo socio-emocional.

Sujeto	Edad	Puntuación ASQ:SE-2	Puntuación DxP-SMI-25					Preocupaciones expresadas del desarrollo socio-emocional en ambos cuestionarios	
			EyN	CF	C	GE	S		Total
1	6m23d	30	3			4	1	8	A veces, hasta que no eructa está intranquilo.
4	9m 13d	80			5	4	2	11	Le cuesta mucho relajarse y dormir. Cuando se duerme, duerme toda la noche. Chilla mucho y está activo durante el día, le cuesta relajarse.
11	1a 10m	95		6	6	6		18	Solo duerme cuando la mama la tiene en brazos y está en pie. Le reclama diciendo "abrázame" y así se relaja. Si la deja en la cuna, se despierta de nuevo. No acepta que el papá le atienda. Duerme muy mal. Es muy dependiente de la mamá. Rechaza al papá y a los hombres en general. Si la mamá no está, solo se queda con la abuela. Pega a papá cuando mamá y papá están juntos.
22	4a	85		10	8	6	1	25	Le cuesta seguir las normas. Es muy desobediente y llama la atención. Busca el límite de las situaciones frente al adulto para poder salir con la suya.

Las siglas corresponden a las dimensiones del cuestionario DxP-SMI-25: Embarazo y Nacimiento (EyN), Contexto Familiar (CF), Conducta (C), Gestión Emocional (GE) y Socialización (S)

zona de riesgo, dado que el ASQ:SE-2 indica la necesidad de derivación a los servicios de salud mental ($PD = 80$). En este caso, el cuestionario diseñado marca puntuaciones en la conducta ($PD = 5$), la gestión emocional ($PD = 4$) y la socialización ($PD = 2$). En la valoración cualitativa del participante 4, el profesional detalla que “Chilla mucho y está activo durante el día, le cuesta relajarse”. Así pues, se observa una correlación que permite confirmar los elementos a tener en cuenta en el desarrollo y evaluación posterior, en este caso, la conducta y la gestión emocional.

En el cuestionario ASQ:SE-2 correspondiente a 24 meses (21 meses 0 días a 26 meses 30 días), el participante 11, de 1 año y 10 meses, obtiene una puntuación que indica una necesaria derivación a los servicios de salud mental ($PD = 95$). En el DxP-SMI-25, obtiene puntuaciones relevantes en las dimensiones de contexto familiar ($PD = 6$), la conducta del niño ($PD = 6$) y la gestión y regulación emocional ($PD = 6$). A nivel cualitativo, la profesional destaca “la dependencia de la mamá, rechaza al papá y a los hombres en general, pega a papá cuando mamá y papá están juntos”. De nuevo, coinciden las dimensiones más puntuadas: una situación problemática en el contexto familiar, que incide en la gestión emocional y en la conducta del niño.

En el rango del cuestionario de 48 meses (42 meses 0 días a 53 meses 30 días), el participante 22, requiere según el ASQ:SE-2 ($PD = 85$), una evaluación por parte de los servicios de salud mental. Las puntuaciones obtenidas por el DxP-SMI-25 por dimensiones son del contexto familiar ($PD = 10$), en la conducta del niño ($PD = 8$), en la gestión y regulación emocional ($PD = 6$) y en la socialización ($PD = 1$). El profesional describe al participante 22, como “desobediente y que llama la atención. Busca el límite de las situaciones frente al adulto”. A nivel de dimensiones, se observa una coherencia entre las dimensiones más puntuadas y la preocupación que expresan los profesionales: el contexto familiar, la conducta y la gestión y regulación emocional.

En el resto de participantes, las puntuaciones del ASQ:SE-2, indican que el desarrollo se sitúa dentro de las expectativas.

En el DxP-SMI-25, destacan las puntuaciones más elevadas (<10 puntos), en los participantes 26, 7, 10, 14, 24 y 15. Es necesario indicar que, en todas ellas, se puntúan las dimensiones embarazo y nacimiento y/o contexto familiar, dimensiones no evaluadas en el ASQ:SE-2.

A nivel global, se valida el cuestionario, tanto la validez de contenido, como la validez de criterio. La validez de contenido, se consiguió con el acuerdo de los jueces sobre las 5 dimensiones y los 25 ítems que conforman el DxP-SMI-25. La validez de criterio, se alcanza con la correlación de las puntuaciones obtenidas en el DxP-SMI-25 y en el ASQ:SE-2. Esta relación entre los resultados, permite afirmar que el DxP-SMI-25, muestra una buena predisposición en discriminar los sujetos que necesitan una evaluación posterior. Así mismo, destaca la posibilidad de presentar

los resultados de forma global y por dimensiones, hecho que permite obtener un resultado integral del desarrollo socio-emocional y al mismo tiempo indicar una posible aproximación diagnóstica.

Discusión y conclusiones

Los datos de prevalencia en salud mental, han aumentado en los últimos años, en niños y adolescentes, y agravando según la edad (Carballal Mariño *et al.*, 2018; Lyons-Ruth, Todd Manly, Von Klitzing *et al.*, 2017). Ante este aumento y demanda, se constata la necesidad de ampliar la formación de los profesionales que atienden la primera infancia, fundamentalmente maestros y pediatras, en referencia a la prevención de los trastornos mentales (Anglès-Virgili y Vendrell-Mañós, 2017; Esquerda, Castan, Pera *et al.*, 2018; Horwitz *et al.*, 2016; O'Brien *et al.*, 2016). La detección precoz es la actividad preventiva más recomendada y se evidencia la necesidad de diseñar un instrumento breve, apto para profesionales con poca formación en salud mental y que proporcione la información práctica que aconseje realizar una derivación a los servicios de salud mental.

En el proceso de elaboración del cuestionario, se ha pretendido satisfacer las demandas y limitaciones actuales, presentes en la práctica profesional, obteniendo un instrumento fácil, rápido y que ha causado una satisfacción entre los profesionales que lo han aplicado.

En comparación con los otros instrumentos disponibles, el DxP-SMI-25, está compuesto por cinco dimensiones, teniendo en cuenta el desarrollo integral y la influencia del entorno en el crecimiento; evalúa el período prenatal y el contexto familiar, como posibles afectaciones en el desarrollo socio-emocional. El instrumento tiene en cuenta las carencias y limitaciones actuales en la identificación en salud mental. Permite realizar una detección precoz, con el fin de evaluar el desarrollo socio-emocional y, en el caso que sea necesario, ofrecer una derivación y atención precoz por parte de los profesionales de salud mental. Los resultados obtenidos, denotan un buen encaje, permitiendo mostrar el motivo de derivación.

El nuevo instrumento, con un largo recorrido, permite llevar a cabo una evaluación global del desarrollo. Destacan como fortalezas la evaluación global del desarrollo psicosocial durante los primeros años de vida, elemento esencial en la detección precoz. Se subraya posibilidad de ser utilizado por profesionales con poca formación en salud mental, como maestros y pediatras. De esta forma se aumenta la derivación a los servicios de salud mental, como prevención y método para la reducción de la afectación de problemas conductuales y/o emocionales.

Como limitaciones destaca la necesidad de ampliar la muestra de participantes, con el fin de determinar una puntuación de corte, en todos los segmentos de edad. De esta forma, se podrá disponer de un instrumento que permita

hacer una detección correcta, evitando la infradetección y/o sobredetección en la identificación.

Como futuras líneas de investigación se propone realizar una validación psicométrica del instrumento, hacer el instrumento extensible a otras edades y administrar el instrumento a otras administraciones o profesionales que atienden la infancia, como educadores sociales o especialidades concretas pediátricas.

La presentación del instrumento DxP-SMI-25, permite repensar la detección precoz en salud mental, concienciar de la importancia en el desarrollo socio-emocional de los niños y niñas, y trabajar de forma multidisciplinar con otros profesionales.

Referencias

- Andrés Viloria, C. y Fernández González, A. (2016). [Las prácticas de crianza de los padres: su influencia en las nuevas problemáticas en la primera infancia](#). *Revista de Educación Inclusiva*, 9(1), 30-42.
- Anglès-Virgili, N. y Vendrell-Mañós, R. (2017). [Revisión de los instrumentos de cribaje en salud mental infantil del ámbito pediátrico y escolar](#). *Apuntes de Psicología*, 35(3), 159-167.
- Argibay, J.C. (2006). [Técnicas psicométricas: cuestiones de validez y confiabilidad](#). *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 8, 15-33.
- Carratalá, E. y Ilieva, K. (2016). [Variables familiares relacionadas con el desarrollo cognitivo y comunicativo en el primer ciclo de educación infantil](#). *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 31-35.
- Buitrago Ramírez, F., Ciurana Misol, R., Chocrón Bentat, L., Fernández Alonso, M.C., García Campayo, J., Montón Franco, C. y Tizón García, J.L. (2018). [Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPS 2018](#). *Atención Primaria*, 50(1), 83-108 [DOI: 10.1016/S0212-6567(18)30364-0].
- Carballal Mariño, M., Gago Ageitos, A., Ares Alvarez, J., del Río Garma, M., García Cendón, C., Goicoechea Castaño, A. y Pena Nieto, J. (2018). [Prevalencia de trastornos del neurodesarrollo, comportamiento y aprendizaje en Atención Primaria](#). *Anales de Pediatría*, 89(3), 153-161 [DOI: 10.1016/j.anpedi.2017.10.007].
- de Pedro Cuesta, J., Saiz Ruiz, J., Roca, M., y Noguer, I. (2016). [Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención](#). *Psiquiatría Biológica*, 23(2), 67-73 [DOI: 10.1016/j.psiq.2016.03.001].
- Escobar-Pérez, J. y Cuervo-Martínez, Á. (2008). [Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización](#). *Avances en Medicina*, 6, 27-36.
- Esquerda, M., Castan, A., Pera, V., Pérez, J.A. y Pifarré, J. (2018). [Pediatría i salut mental infantojuvenil: claus per millorar en l'abordatge dels pacients](#). *Pediatría Catalana*, 78(2), 59-66.
- Glaser, B.G. y Strauss, A.L. (1967). *The discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- Horwitz, S.M., Storf-Isler, A., Kerker, B.D., Szilagyi, M., Garner, A., O'Connor, K.G., Hoagwood, K.E. y Stein, R.E.K. (2015). [Barriers to the Identification and Management of Psychosocial Problems: Changes from 2004 to 2013](#). *Academic Pediatrics*, 15(6), 613-620 [DOI: 10.1016/j.acap.2015.08.006].
- Lyons-Ruth, K., Todd Manly, J., Von Klitzing, K., Tamminen, T., Emde, R., Fitzgerald, H., Paul, C., Keren, M., Berg, A., Foley, M. y Watanabe, H. (2017). [The Worldwide Burden of Infant Mental and Emotional Disorder: Report of the Task Force of the World Association for Infant Mental Health](#). *Infant Mental Health Journal*, 38(6), 695-705 [DOI: 10.1002/imhj.21674].
- Mrazek, P.J. y Haggerty, R.J. (1994). [Reducing Risks for Mental Disorders. Frontiers for Preventive Intervention Research](#). Washington: National Academies Press.
- O'Brien, D., Harvey, K., Howse, J., Reardon, T. y Creswell, C. (2016). [Barriers to managing child and adolescent mental health problems: a systematic review of primary care practitioners' perceptions](#). *British Journal of General Practice*, 66(651), e693-e707 [DOI: 10.3399/bjgp16X687061].
- Organización Mundial de la Salud. (2013). [Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020](#). Ginebra: Biblioteca de la OMS.
- Polancyk, G.V., Salum, G.A., Sugaya, L.S., Caye, A. y Rohde, L.A. (2015). [Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental health disorders in children and adolescents](#). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365. doi:10.1111/jcpp.12381
- Sabrià-Pau, J. (2017). [Prevención y detección precoz en la Atención Primaria pediátrica de los problemas emocionales y del comportamiento en la infancia](#). *Pediatría Integral*, 21(1), 8-14.
- Squires, J., Bricker, D. y Twombly, E. (2015). [Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional in Spanish](#). Baltimore: Paul Brookes.