

## Disseny i estudi pilot d'un instrument de cribatge en salut mental per a la primera infància

Núria Anglès Virgili

<http://hdl.handle.net/10803/672174>

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

**WARNING.** The access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

## TESI DOCTORAL

Títol	Disseny i estudi pilot d'un instrument de cribatge en salut mental per a la primera infància
Realitzada per	Núria Anglès Virgili
en el Centre	Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna
i en el Departament	de Psicologia
Dirigida per	Dra. Roser Vendrell Mañós i Dra. Ana Andrés Valle



TESI DOCTORAL

**Disseny i estudi pilot d'un instrument de cribatge en salut  
mental per a la primera infància**

Núria Anglès Virgili

Dirigida per la Dra. Roser Vendrell Mañós i la Dra. Ana Andrés Valle

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna  
Universitat Ramon Llull

Barcelona, desembre del 2020





*“Un llarg viatge, il·lusions dins les maletes, junts podem arribar més lluny”*

Quan tot s'enlaira, Txarango



## Agraïments

---

Aquesta tesi doctoral, ha estat un llarg viatge, fet amb il·lusió i moltes ganes d'aprendre, com a professional i com a persona. Voldria agrair a totes aquelles persones que hi han format part i que han fet que el viatge prenguéssentit. Tot i les tempestes, els canvis de direcció sobtats, sempre hem trobat un camí per on seguir i fer que tot prenguéssentit, de nou. En aquest punt final, tornem a casa amb la maleta plena d'aprenentatges, lliçons, formes de treballar i persones que m'acompanyaran en la trajectòria professional i personal.

Voldria agrair a les directores de tesi, la tasca incansable d'acompanyament, la confiança dipositada en la recerca i les ganes d'aprendre juntes. A la Dra. Roser Vendrell, gràcies per introduir-me en el món de la recerca i ensenyar-me a treballar rigorosament. Gràcies per la prudència i per ser-hi sempre, seràs una referent com a investigadora i professional. A la Dra. Ana Andrés, des del primer moment en què vas conèixer la recerca, la teva implicació ha estat plena i sempre amb una somriure, afavorint que tot fos molt més fàcil. Sense vosaltres aquesta tesi no hauria estat possible, gràcies a les dues, per les rialles i les trobades, primer presencialment, i en la darrera etapa de forma virtual. La vostra escalfor traspasa les pantalles.

Al Grup de Recerca Psicologia, Persona i Context, i més concretament a la línia de recerca sobre infància, dirigida per la Dra. Roser Vendrell i que conforma el Grup d'Estudi i Recerca sobre la Infància. Des del primer dia en què vaig començar a formar-ne part, em vaig sentir una més en l'equip. Moltes gràcies per deixar-m'hi ser, per transmetre'm la passió pel món de la infància i per ser un gran exemple de treball en equip. Gràcies a la Dra. Roser Vendrell, la Dra. Mariona Dalmau, la Dra. Àngels Geis i la Dra. Montserrat Prat, treballar amb vosaltres és gaudir, compartir i admirar la feina ben feta, sense perdre mai el sentit de l'humor. Sou genials!

A la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Esport i l'Educació Blanquerna, gràcies per donar-me l'oportunitat de gaudir d'una beca de col·laboració amb el Vicedeganat d'Estudis de Postgrau i Recerca durant aquests anys de formació. Ha estat un plaer treballar juntament amb la Dra. Anna Vilaregut, el Dr. Xavier Pujadas, la Dra. Sacra Morejón, el Dr. Jordi Segura i la resta de l'equip de màsters universitaris, postgraus i recerca.

Als centres, professionals i famílies que han participat en les entrevistes i validació del qüestionari, en especial al Dr. Jaume Iglesias, la Dra. Mariona Dalmau, la Laura Ciller, la Dra. Lorena Sánchez, la Lina Zaurin, l'Araceli Cucala, el Roger Ballejà, la Sònia Vila, la Mariona Monterde, la Núria Batlle, l'Anna Mackay, el Dr. Pau López, la Teresa Huguet, la Núria Batlle

i la Dra. Josefina Llagostera. Un agraïment sincer al HM Nens de Barcelona, La Salle Tic-Tac i el Col·legi Mare de Déu del Carme, per la col·laboració i confiança en el projecte.

Al centre Tangram Psicologia, gràcies per confiar en mi i permetre'm créixer com a professional. A tots els nens, les nenes, els adolescents i les famílies que han estat font d'inspiració i exemple de resiliència. Aquest treball és per vosaltres, per a continuar treballant en la prevenció dels trastorns mentals i millorar la vostra qualitat de vida.

Gràcies a les companyes de viatge, per ser-hi juntes en aquest camí. A l'Ona, per ser un exemple de rigorositat i constància en el treball. A la Mireia, per l'acompanyament i escalf, gràcies per compartir llargues estones de reflexió, d'alegries i d'angoixes. La vostra companyia en el camí ha estat una necessària energia per a finalitzar aquest projecte.

Gràcies a les millors companyes i amigues, la Carla i la Sara. Hem crescut, hem conviscut i hem compartit molt. Continuem fent-ho, gràcies per ser-hi. En aquesta tesi hi ha una petita part vostra, per comprendre l'esforç i deixar espai, però també, per donar ànims.

A la meva família, per ser-hi sempre, sou un exemple de treball constant, esforç i dedicació. En darrer lloc, gràcies Àlex, el millor company d'equip. Gràcies per créixer junts i compartir somnis i il·lusions plegats. Amb tu, sempre és i serà tot molt més fàcil.

## Mèrits científics

---

### Publicacions

- Anglès-Virgili, N., Vendrell, R. i Andrés, A. (En revisió). Diseño y aplicación de un cuestionario de detección precoz en salud mental infantil. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*.
- Anglès-Virgili, N., Vendrell, R. i Andrés, A. (En revisió). Factores de riesgo y detección en salud mental infantil: Una aproximación multidisciplinar. *Salud Mental*.
- Anglès-Virgili, N., Vendrell, R. i Andrés, A. (En revisió). Revisión bibliográfica de los factores de riesgo en el desarrollo social y emocional en la primera infancia. *Apuntes de Psicología*.
- Prat, M., Anglès, N. Geis, A., i Vendrell, R. (En revisió). Diseño de un instrumento observacional de base neurocientífica para el análisis del juego libre infantil: ObPlay 9-36m. *Bordón, Revista de Pedagogía*.
- Vendrell Mañós, R., Geis Balagué, A., Anglès Virgili, N. i Dalmau Montalà, M. (2019). Percepción de los maestros sobre el derecho al juego libre en educación infantil y educación primaria. Estudio desarrollado en Barcelona (España). *Bordón. Revista de Pedagogía*, 71(4), 151-165. <https://doi.org/10.13042/Bordon.2019.71548>
- Anglès-Virgili, N. i 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.

### Contribucions en congressos

- Vendrell, R., Geis, A., Prat, M., Anglès-Virgili, N. i Dalmau, M. (2018). *Diseño de un instrumento observacional de base neuroeducativa para el análisis del juego libre infantil 0-3 años*. A IX Congreso Internacional de Psicología y Educación, Psicología, Educación y Neurociencias: Construyendo puentes para el desarrollo humano, Logronyo, Espanya.
- Vendrell, R., Dalmau, M., Geis, A., Anglès, N., Prat, M. i Capdevila, R. (2017). *Free Play in 0-3 Year-Old Children. Analysisi form a Neuroeducational Perspective*. A Early Childhood Education Research Association 27th Conference, Early Childhood Education Beyond the Crisis: Social Justice, Solidarity and Children's Rights, Bolonya, Itàlia.

- Anglès, N. i Vendrell, R. (2016). *Screening instruments in children's mental health in the field of paediatrics and early childhood school: A literature review*. A II International Congress of Clinical and Health Psychology on Children and Adolescents, Barcelona, Espanya.
- Vendrell, R., Dalmau, M., Geis, A. i Anglès, N. (2016). *Descriptive study on how children's right to play is met at Early Childhood and Primary Education schools*. A Early Childhood Education Research Association 26th Conference, Happiness, Relationships, Emotion & Deep Level Learning, Dublin, Irlanda.
- Vendrell, R., Dalmau, M., Geis, A. i Anglès, N. (2015). *The right to play at Early Childhood and Primary Education schools*. A European Early Childhood Education Research Association 25th Conference, Innovation, Experimentation and Adventure in Early Childhood, Barcelona, Espanya.

## Resum

---

La salut mental és fruit de la interrelació de diferents variables genètiques, biològiques i contextuals. Des dels primers anys de vida, cada infant presenta unes característiques pròpies que permeten predir trajectòries de desenvolupament diferenciades. El seguiment del desenvolupament es realitza per part dels professionals procedents majoritàriament de l'àmbit educatiu i pediàtric. Un element clau en la prevenció de la salut mental és la identificació dels factors de risc per part d'aquests professionals. En aquest sentit, l'aplicació d'instruments de cribatge permet la identificació i la derivació als serveis de salut mental. L'objectiu principal d'aquesta tesi doctoral és dissenyar i aplicar un qüestionari de cribatge en salut mental per a la primera infància. La investigació es presenta en quatre estudis. Els dos primers corresponen a revisions bibliogràfiques: sobre els instruments de cribatge i sobre els factors de risc en salut mental infantil. El tercer estudi complementa les dades extretes de les revisions bibliogràfiques, amb entrevistes a professionals en actiu del nostre context, a fi de conèixer l'experiència en la identificació i la detecció dels factors de risc en aquesta etapa. En darrer lloc, es presenta el disseny del qüestionari, anomenat *Detectar x Prevenir–Salut Mental Infantil–25 (DxP-SMI-25)* i l'aplicació a una mostra reduïda. Les dades obtingudes indiquen que l'instrument permet millorar la detecció precoç en la primera infància i subratllar els elements crítics en el desenvolupament, partint des d'una perspectiva biopsicosocial. Aquest fet, permet oferir propostes d'atenció precoç més ajustades i millorar la qualitat de vida dels infants i les famílies, que ho requereixin.

**Paraules claus:** Prevenció, salut mental, primera infància, educació, pediatria.



## Resumen

---

La salud mental es fruto de la interrelación de diferentes variables genéticas, biológicas y contextuales. Desde los primeros años de vida, cada niño presenta unas características propias que permiten predecir trayectorias de desarrollo diferenciadas. El seguimiento del desarrollo se realiza por parte de los profesionales procedentes mayoritariamente del ámbito educativo y pediátrico. Un elemento clave en la prevención de la salud mental es la identificación de los factores de riesgo, por parte de estos profesionales. En este sentido, la aplicación de instrumentos de cribaje permite la identificación y la derivación a los servicios de salud mental. El objetivo principal de esta tesis doctoral es diseñar y aplicar un cuestionario de cribaje en salud mental para la primera infancia. La investigación se presenta en cuatro estudios. Los dos primeros corresponden a revisiones bibliográficas: sobre los instrumentos de cribaje y sobre los factores de riesgo en salud mental infantil. El tercer estudio complementa los datos extraídos de las revisiones bibliográficas, con entrevistas a profesionales en activo de nuestro contexto, con el fin de conocer la experiencia en la identificación y la detección de los factores de riesgo en esta etapa. En último lugar, se presenta el diseño del cuestionario, denominado *Detectar para Prevenir - Salud Mental Infantil - 25 (DXP-SMI-25)* y la aplicación a una muestra reducida. Los datos obtenidos indican que el instrumento permite mejorar la detección precoz en la primera infancia y subrayar los elementos críticos en el desarrollo, partiendo desde una perspectiva biopsicosocial. Este hecho permite ofrecer propuestas de atención precoz más ajustadas, y mejorar la calidad de vida de los niños, las niñas y las familias, que lo requieran.

**Palabras claves:** Prevención, Salud mental, primera infancia, educación, pediatría.

## Abstract

---

Mental health is the fruit of the interrelation of different genetic, biological and contextual variables. From their first years of life, each child has its own characteristics which allow predictions to be formed in terms of differentiated developmental trajectories. The follow-up of a child's development is carried out by professionals ranging from educational and pediatric spheres. A key element in the prevention of mental health is the identification of risk factors, established by such professionals. From this, the use of screening tools allows the identification of, and later referral to, mental health services. The main objective of this doctoral thesis is to design and apply a screening questionnaire in terms of mental health throughout the early childhood years. The research carried out is presented in four studies. The first two correspond with two bibliographic reviews: the screening instruments and the risk factors involved in children's mental health. The third study complements the data of bibliographic reviews with interviews with active professionals of our context, to discover experiences in detecting and identifying risk factors at this stage. Lastly, the design of the questionnaire, called *Detectar para Prevenir – Salud Mental Infantil - 25 (DxP-SMI-25)* is presented and the application through a reduced sample. The results show that the instruments improve early detection of mental health during early childhood years and it also wants to highlight the critical elements within child development, starting from a biopsychosocial perspective. This fact makes it possible to offer more tailored early care proposals, and to improve the quality of life of children and families, who require it.

**Keywords:** Prevention, mental health, early childhood, education, pediatric.



## ÍNDIX

---

1	INTRODUCCIÓ.....	17
2	FONAMENTACIÓ TEÒRICA.....	19
2.1	Desenvolupament social i emocional en la primera infància.....	19
2.1.1	L'etapa prenatal.....	20
2.1.2	L'etapa del naixement als 3 anys d'edat.....	21
2.1.3	L'etapa dels 3 als 6 anys d'edat.....	26
2.1.4	El context familiar.....	28
2.2	Salut mental: dades i plans d'acció.....	31
2.3	Els factors de risc en el desenvolupament social i emocional en la primera infància.....	32
2.4	La prevenció en salut mental infantil: detecció precoç i instruments de cribratge.....	33
3	OBJECTIUS.....	35
4	INTRODUCCIÓ METODOLÒGICA.....	37
5	RESULTATS.....	39
	Estudi 1: Revisión de los instrumentos de cribaje en salud mental infantil del ámbito pediátrico y escolar.....	41
	Estudi 2: Revisión bibliográfica de los factores de riesgo en el desarrollo social y emocional en la primera infancia.....	59
	Estudi 3: Factores de riesgo y detección en salud mental infantil: una aproximación multidisciplinar.....	81
	Estudi 4: Diseño y aplicación de un cuestionario de detección precoz en salud mental infantil.....	95
6	DISCUSSIÓ GENERAL I CONCLUSIONS.....	113
6.1	Limitacions de la recerca i futures línies d'investigació.....	117
7	REFERÈNCIES.....	119
8	APÈNDIX.....	129



## 1 INTRODUCCIÓ

---

La tesi doctoral que es presenta sorgeix de la necessitat detectada en la pràctica clínica en psicologia infanto-juvenil. Treballar en aquest àmbit m'ha permès observar el creixement de l'infant i les diverses trajectòries de desenvolupament que poden derivar en problemes emocionals i conductuals que repercuteixen en els aprenentatges i/o la socialització.

Durant els anys de formació, cursant el grau en Psicologia i el màster universitari en Psicologia General Sanitària, he après de nombrosos professionals. Sempre m'ha admirat la manera com encaixaven, interrelacionaven i requerien la informació procedent de diversos contextos (escola, família...), amb la finalitat de treballar de forma holística en la problemàtica de l'infant.

Des dels inicis de la pràctica clínica, l'any 2016, he anat creixent com a professional i a la vegada he après la importància de treballar en equip amb l'infant, la família, l'escola i les institucions d'àmbit privat i públic, com els Equips d'Assessorament i Orientació Psicopedagògica (EAP), els Centres de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç (CDIAP) i els Centres de Salut Mental Infantil i Juvenil (CSMIJ) i els Serveis Socials, entre d'altres. Del treball en conjunt, se'n deriven aprenentatges, intercanvis de coneixements i sinergies que enriqueixen la pràctica professional, i a la vegada, el procés de canvi de l'infant.

Quan una família demanda, en la majoria de casos, la seva preocupació és palpable. Els dubtes dels pares o tutors sobre com ajudar a l'infant a desbloquejar la problemàtica o el malestar, duen a la recerca d'ajuda o assessorament professional. Aquest procés de derivació als serveis de salut mental es produeix per diverses vies, perquè l'escola o el pediatra proposen accedir-hi, o per demanda dels pares. Malauradament, en molts casos, la derivació es realitza quan els problemes emocionals o de conducta s'han cronificat o agreujat afectant total o parcialment els contextos on l'infant es desenvolupa. Així doncs, es considera imprescindible un treball de prevenció en salut mental, necessari i multidisciplinar, incloent-hi mestres, pediatres i psicòlegs. És essencial, que sigui a través d'una mirada integral i contextualitzada del desenvolupament.

La necessitat de millora de la detecció precoç en les primeres edats, és el principal argument que condueix a l'elaboració d'aquesta tesi doctoral, una convergència entre la investigació i la pràctica clínica, amb una finalitat: col·laborar amb els professionals que treballen en la primera infància en l'exercici de la tasca de detecció i, així poder intervenir i millorar el benestar dels infants i les seves famílies.

La tesi doctoral es presenta com un compendi d'estudis i mostra la següent organització. En primer lloc, s'inicia amb una exposició de la fonamentació teòrica sobre el desenvolupament social i emocional, element clau en la salut mental infantil. Es presenten les dades més rellevants i els plans d'acció en salut mental, a nivell global, nacional i local. Seguidament, es mostra l'afectació dels factors de risc en el desenvolupament social i emocional i es proposen possibles activitats preventives en salut mental, en particular la detecció precoç mitjançant l'administració d'instruments de cribatge.

En segon lloc, partint de la fonamentació teòrica, es plantegen els objectius i la metodologia emprada en cadascun dels estudis. Posteriorment, es presenten els resultats dels quatre estudis elaborats: (1) Revisió dels instruments de cribatge en salut mental infantil de l'àmbit pediàtric i escolar; (2) Revisió bibliogràfica dels factors de risc en el desenvolupament social i emocional en la primera infància; (3) Factors de risc i detecció en salut mental infantil: una aproximació multidisciplinària; i (4) Disseny i aplicació d'un qüestionari de detecció precoç en salut mental infantil. Cada estudi s'organitza en format article científic IMRD (Introducció, Mètode, Resultats i Discussió), incloent-hi les referències.

En darrer lloc es presenta una discussió general i les conclusions, les referències bibliogràfiques utilitzades en la fonamentació teòrica de la recerca i l'apèndix, amb la documentació utilitzada al llarg del procés d'elaboració d'aquesta tesi doctoral.

## 2 FONAMENTACIÓ TEÒRICA

---

### 2.1 Desenvolupament social i emocional en la primera infància

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) descriu la *salut* com “un estat de complet de benestar físic, mental i social, i no solament l'absència d'afectacions o malalties” (OMS, 2007, p. 1). Aquesta definició, vigent des de l'any 1948, mostra el desenvolupament des d'una perspectiva holística, tenint en compte la salut física i la salut mental.

En la nostra societat, des del naixement, el desenvolupament físic gaudeix d'una monitorització objectiva, a l'establir els criteris de salut i malaltia. No obstant això, en salut mental infantil es detecten dificultats en la identificació objectiva, degut a la presència de símptomes comuns de diverses patologies, l'ús de l'argument de la immaduresa infantil davant de les dificultats, l'escassa formació i l'escassa comunicació entre els mestres i els professionals de la salut mental (Arnaiz i Elorza, 2019).

L'estudi de la salut mental s'emmarca en el model proposat per Engel (1977), *el model biopsicosocial*, que proporciona una visió integral del desenvolupament i les interrelacions que es produeixen amb l'entorn. De la mateixa manera, en l'anàlisi de la salut mental s'hi inclouen les dimensions social i emocional que indiquen la trajectòria i determinen l'evolució des dels primers anys de vida.

La família, en la majoria de casos, és el nucli on es construeixen les primeres relacions i s'atenen les necessitats bàsiques dels infants (Brazelton i Greenspan, 2005). Juntament amb l'escola, són els escenaris de l'inici del desenvolupament de la dimensió social (Isaza Valencia, 2013; Mir Pozo et al., 2009). Tanmateix, la dimensió emocional s'inicia en l'entorn familiar, el nucli on l'infant aprèn a identificar i expressar les emocions (Isaza Valencia, 2013; Rutter, 1985). En aquest sentit, els estudis de Dunn i cols. (1991) mostren que la importància de parlar de les emocions en la família, proporciona eines per entendre les emocions dels altres. Així com també, s'interrelaciona la comunicació, el *self* i les emocions com un continu diari des dels primers mesos de vida que doten a l'infant d'eines per afrontar les situacions normatives i inesperades que experimentarà al llarg de la vida (Garvey i Silva, 2010).

Les teories de Bowlby (1973), vigents en l'actualitat, descriuen com la relació que estableix l'infant amb els cuidadors o figures de referència, influeix de forma notable en la qualitat de les relacions que mantindrà al llarg del cicle vital. En fan referència Bjorklund i Pellegrini (2000) que destaquen la importància de la qualitat i quantitat de la relació dels pares amb els seus fills i la influència que transmet des dels primers anys de vida. Atendre les necessitats dels infants, de manera amorosa, establint vincles estables afectius amb la família i



l'entorn és la condició essencial perquè els infants puguin viure amb plenitud. Els infants amb manca de vincles i relacions insegures, com estar gran part del temps sense un referent o, tot al contrari, la sobreprotecció, mostren dificultats en experimentar un benestar emocional. En aquest grup, també s'inclouen els infants que han de resoldre soledats de les persones adultes, situacions adverses o la falta de suport social. En la nostra societat, la presència d'aquestes situacions es produeix freqüentment, afectant a l'infant i a l'entorn en el desenvolupament social i emocional (Arnaiz i Elorza, 2019; Bustos Arcón i Russo de Sánchez, 2018).

La infància s'inicia amb el naixement i finalitza als 12 anys d'edat. Aquesta etapa pot determinar la vida futura, ja que les relacions emocionals constitueixen la base més important sobre la qual es construeix el creixement intel·lectual i social (Brazelton i Greenspan, 2005).

A continuació s'exposa el desenvolupament de la primera infància, estructurat en tres etapes: l'etapa prenatal, l'etapa del naixement als 3 anys d'edat i finalment l'etapa dels 3 als 6 anys d'edat. Aquesta fragmentació corresponen a les etapes escolars en el nostre context educatiu.

### ***2.1.1 L'etapa prenatal***

L'etapa prenatal s'inicia amb la fecundació, es perllonga durant les 36 setmanes de l'embaràs i finalitza amb el naixement del nadó. Es caracteritza per la formació dels òrgans i l'estructura bàsica del cos, i el creixement físic més ràpid de tot el cicle vital, essent notable la vulnerabilitat a les influències de l'ambient, principalment durant els dos primers mesos d'embaràs (Papalia et al., 2009).

A Catalunya, el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (2018) ha elaborat el protocol de seguiment de l'embaràs, en el qual, es recomana tenir fills entre els 20 i els 35 anys de la dona, per mantenir al màxim la salut del nadó. Durant l'embaràs, és imprescindible la cura de la salut de la mare, mitjançant patrons que es relacionen amb un bon desenvolupament del fetus: una alimentació equilibrada, mantenir un pes dins els patrons normatius, realitzar exercici físic i no consumir substàncies, com l'alcohol i les drogues (Barakat et al., 2015). En referència a l'alimentació, es proposa una dieta rica en cereals integrals, fruites, verdura, peix i reduir el consum de sucres i greixos, que poden comportar complicacions en la gestació (Lowenshon et al., 2016).

En les últimes dècades, s'ha descobert que el desenvolupament al llarg del cicle vital està determinat pel desenvolupament de l'embaràs. El fetus està immers en el líquid amniòtic, i tanmateix, en un "recipient emocional" connectat i influenciat per l'estat emocional dels

progenitors (Maldonado-Durán, 2011). En efecte, les respostes emocionals i fisiològiques dels pares repercuteixen de forma notable en el seu desenvolupament (Gaviria, 2006).

El vincle materno-fetal es produeix mitjançant els aspectes emocionals, cognitius i s'expressa a través de les pràctiques de salut dirigides a la protecció i el benestar del fetus (Gómez Maserà et al., 2011; Roncallo et al., 2015). La vinculació amb la mare és a través de la veu per aquest motiu, els nadons inicien una preferència pels sons que han escoltat abans del naixement, en gran majoria, la veu de la mare (Papalia et al, 2009).

Les dades reporten que el 30% dels embarassos no són planificats. Aquest fet pot augmentar les emocions, les sensacions negatives i el malestar (Maldonado-Durán, 2011). Tanmateix, en la majoria d'embarassos la culpabilitat, la preocupació i els canvis d'humor apareixen durant les diverses etapes de l'embaràs. És important conèixer l'evolució dels canvis psicològics que poden succeir al llarg dels mesos de gestació. En el primer trimestre, els canvis físics i hormonals poden comportar nàusees, vòmits, cansament i derivar en canvis d'humor, ambivalència, irritabilitat i una major sensibilitat. La parella es mou entre la incertesa i les ganes d'afrontar el procés. En el segon trimestre, els moviments fetals indiquen la bona marxa de la gestació. En aquest període es recomana fer un seguiment de l'estat emocional per detectar si es produeixen desajustos emocionals. En el darrer trimestre el part és desitjat, però a la vegada es denota un cert temor. És imprescindible el suport de l'entorn per un benestar emocional (Generalitat de Catalunya et al., 2018). Durant el procés influeixen les representacions que els progenitors es fan del nadó: les imatges, les esperances, les expectatives, els temors i els desitjos que repercuteixen en la conducta i el vincle amb el recent nascut (Grimalt i Heresi, 2012).

Quan els canvis psicològics provoquen un malestar que perdura en el temps, poden afavorir la manifestació d'un trastorn mental, que pot estar associat a complicacions en la gestació, en els resultats obstètrics i neonatals, en el vincle mare-fill o en el desenvolupament del nadó (Stein et al., 2014). La prevalença dels trastorns perinatals, es situa al voltant del 25%, essent la depressió i l'ansietat els problemes de salut mental més freqüents durant l'embaràs (Vesga-López et al., 2008).

### ***2.1.2 L'etapa del naixement als 3 anys d'edat***

Aquest període s'inicia amb el part i el naixement del nadó. Es caracteritza per una barreja d'emocions, malgrat que pot comportar el desenvolupament d'un estat emocional reactiu associat a factors psicosocials, econòmics, fisiològics o psicològics, independentment de la tipologia de part que es produeix (Gómez López et al., 2008). Per pal·liar i reduir el

malestar emocional, cal proporcionar informació sobre procediment del part, per tal que la família tingui un major control emocional de la situació, és el que s'anomena *humanització del part*. Aquest concepte es basa en oferir una atenció humana, natural i digna que permeti satisfer les necessitats de la dona i la seva família (Arnau Sánchez et al., 2012; Borges Damas et al., 2018).

Tot i així, el part comporta un risc en el desenvolupament de patologies, com una anòxia, hipòxia, prematuritat i baix pes al néixer, entre d'altres (Papalia et al., 2009). Ja en aquest moment s'inicia el seguiment del nadó, mitjançant *l'escala Apgar*. Aquesta escala avalua l'aparença, el pols, el reflex, el to muscular i la respiració, amb una puntuació de 0-1-2, obtenint un total de 10 i ajuda als professionals a conèixer l'estat físic del nadó i l'adaptació al nou medi (Apgar, 1953).

El naixement, segons Botbol (2005a) és un període de canvis i d'adaptació del nadó i la família. A mesura que la mare se sent més segura amb les reaccions i el desenvolupament de l'infant, es mostra més receptiva i percep millor l'humor i les necessitats del nadó. És important que l'entorn presti atenció a la mare, i no només al recent nascut, així doncs, la mare sent que es reforcen les seves capacitats i augmenta la seguretat.

El nadó dorm unes 14 hores diàries durant el primer any de vida, és el que Freud (1973) anomena *l'etapa oral*, que es produeix fins als 18 mesos, en que les necessitats del nadó són l'alimentació, el dormir i el sentir-se estimat de forma tranquil·la. L'alimentació permet proporcionar els nutrients necessaris pel creixement i afavoreix la construcció del vincle amb les figures de referència, que satisfan les seves necessitats bàsiques fisiològiques, emocionals i socials (Anguera et al., 2013; Brazelton i Greenspan, 2005).

Des dels primers mesos, s'estableix una base de confiança entre el nadó i les figures de referència que proporcionen seguretat i benestar (Bowlby, 1988; Freud, 1973). En aquest període, els nadons desenvolupen un equilibri entre la confiança, que permet formar relacions i la desconfiança, que els permet protegir-se, Erikson (1950) ho anomena *confiança versus desconfiança*. Si predomina la confiança dels infants, tindran la creença de que són capaços satisfer les necessitats i complir els desitjos. En canvi, si predomina la desconfiança, els infants percebran el món com un lloc hostil, imprevisible i amb dificultats a l'establir relacions.

En la forma com el nadó construeix la visió de l'entorn, juga un paper imprescindible el desenvolupament del vincle entre el lactant i les figures de referència. El *vincle* té una funció adaptativa, que garanteix que es satisfacin les necessitats psicosocials, com també les físiques. La seguretat que proporciona el vincle afecta al desenvolupament emocional, social i cognitiu. És la base segura a partir de la qual l'infant construirà la visió del món i realitzarà aprenentatges

(Erikson, 1950; Freud, 1973). En aquesta mateixa línia, Bowlby (1988) explicita que tots els éssers humans tenen la propensió d'establir llaços afectius. En els infants, desenvolupar un vincle segur, augmenta la curiositat en les conductes com el joc i l'exploració.

La naturalesa dels primers vincles pot influir significativament en les relacions posteriors. Ainsworth i Bell (1970) van donar continuïtat a les recerques de Bowlby i presenten tres *patrons de vinculació*: el vincle segur, el vincle ansiós-ambivalent i el vincle evitatiu. El *vincle segur* es produeix en els infants que demanden la figura de referència quan s'allunya i se n'alegren quan la tornen a veure, són infants capaços d'explorar l'entorn, sempre tenint un referent present. Els nadons que desenvolupen un vincle segur són més cooperadors, expressen afecte més positiu, són menys agressius i realitzen conductes menys evitatives (Safrany, 2005).

Dins d'una vinculació insegura, es localitza el *vincle ansiós-ambivalent* que es produeix quan l'infant està constantment amb la figura de referència, expressant una preocupació excessiva i produint-se una insatisfacció en les necessitats afectives. Els infants no tenen un control del vincle que estableixen i no saben com actuar, ni com reaccionaran les figures de referència. En el cas dels infants amb un *vincle evitatiu* s'estableix una relació amb el cuidador marcada per l'angoixa, el rebuig i l'hostilitat. Els pares perceben les demandes dels infants de forma incòmoda i tendeixen a ignorar-les. Al llarg del desenvolupament, els infants adquireixen un patró d'inexpressió emocional que produeix un alt grau de frustració.

Main i Salomon (1986) van proposar un nou patró de relació, el *vincle desorganitzat* que conté característiques del vincle ansiós-ambivalent i de l'evitatiu. Es caracteritza per la vivència d'experiències adverses i molt complicades en el nucli familiar. Les figures de referència mostren una insensibilitat vers als seus fills. Els infants actuen de forma confusa, amb missatges contradictòries. És palesa la dificultat d'interpretar les seves necessitats, demandes o desitjos.

En el marc d'aquesta vinculació afectiva, l'infant va adquirint aprenentatges mitjançant l'experimentació-acció, utilitza els sentits i les habilitats motores per entendre el món. En aquest període, es situa l'*estadi sensoriomotor*, que finalitza als 2 anys d'edat (Piaget, 1982). Durant els primers mesos, les respostes que desenvolupa el nadó són reflexes i automàtiques, és el que Wallon anomena *estadi impulsiu*, caracteritzat per la preconsciència (Wallon, 1972). Entre els 4 i els 8 mesos, comença a interaccionar amb l'entorn i a realitzar repeticions amb una intencionalitat, es mostra obert a l'estimulació, amb interès, curiositat, somriu amb facilitat i anticipa el que succeirà (Piaget, 1982; Sroufe, 1979). Els pares interaccionen amb el nadó i construeixen un diàleg emocional que afavoreix l'atenció i la concentració (Brazelton i

Greenspan, 2005). Aquesta evolució es produeix quan hi ha una base de seguretat i confiança amb les figures de referència i l'entorn (Erikson, 1950; Freud, 1973).

Al final de primer any es produeix l'inici de la marxa. Un moment crucial en què recull els progressos anteriors i els projecta, per assolir noves metes, aprenentatges i hàbits d'autonomia (Botbol, 2005a). La vinculació segura afavoreix el desenvolupament al possibilitar l'exploració i l'experimentació que són la base del coneixement (Piaget i Inhelder, 1997; Sroufe, 1979). Es produeix una exploració del món exterior i una comprensió del que envolta l'infant, és el que Wallon anomena *estadi sensoriomotor i projectiu*, que s'inicia amb el primer any i finalitza als 3 anys d'edat (Wallon, 1972). De la mateixa manera, el canvi de la passivitat a l'activitat en la conducta de l'infant, Freud ho denomina *etapa anal*, que també emmarca del primer al tercer any d'edat. L'inici de l'activitat comporta un procés d'independència, iniciativa, autonomia i separació dels pares. En aquest progrés una de les fites és el control d'esfínters (Freud, 1973).

Els nadons comparteixen característiques comunes de desenvolupament, encara que també mostren des d'un inici personalitats ben diferenciades, que denoten influències innates i ambientals. En efecte, el desenvolupament de l'infant és fruit de la interacció que ha tingut amb l'entorn (Bronfenbrenner, 1987).

Des del naixement, els primers senyals d'emoció identificables són el plaer i el dolor, expressats amb el somriure i el plor, respectivament. Aquests es mostren no només en l'expressió facial, sinó també en l'activitat motora, el llenguatge corporal i els canvis fisiològics (Sroufe, 1997). Durant els primers sis mesos de vida del nadó, els estats emocionals es diferencien en alegria, sorpresa, tristesa, fàstic, enuig i temor. Wallon (1972) anomena al període dels 6 als 12 mesos com *l'estadi emocional*, ja que es caracteritza per l'emoció, que permet comunicar-se amb l'entorn, adquirir l'autoconsciència d'un mateix i expressar les necessitats mitjançant les emocions.

Moltes emocions apareixen i es van desenvolupament durant el primer any, com la curiositat, l'interès davant un nou estímul i la capacitat de distingir el que els crida l'atenció del que els hi és més familiar. L'enuig provocat per una frustració quan no s'aconsegueix un objectiu, apareix al voltant dels 8 mesos. Per exemple, quan el nadó d'un any s'enfada per no poder realitzar una activitat d'exploració, perquè està als braços de la mare. Als 9 mesos, apareix la por, especialment cap als desconeguts i plora si la persona no li resulta familiar. L'ansietat de separació es produeix quan la persona de referència marxa. Aquestes reaccions denoten el desenvolupament d'un vincle segur (Berger, 2006).

La por a la separació és normal en el primer i el segon any de vida. Aquest procés forma part del desenvolupament del vincle segur, quan a partir dels 2 anys, l'infant entén que la falta de les figures de referència no és definitiva i pot predir el que passarà i desenvolupar estratègies per fer-hi front (Silverman i Dick-Niederhauser, 2004). Quan l'infant pren consciència de la separació del cuidador, elabora el que està passant a través de la fantasia, el joc i mitjançant la identificació i la regulació emocional amb els adults (Sroufe, 1979). En aquesta etapa que Piaget (1982) l'anomena *estadi preoperacional* (dels 2 als 7 anys d'edat) i es caracteritza per la capacitat de pensar en objectes, fets o persones que no hi són presents, és a dir, el desenvolupament de la funció simbòlica. Aquesta funció es representa mitjançant la imitació diferida (recordar i reproduir una acció o un model que no hi és present), el joc simbòlic (la simulació i la representació d'activitats quotidianes a través del joc) i el llenguatge (mitjà que facilita ampliar el coneixement del món i d'un mateix).

Durant el segon any, l'enuig i la por estan dirigits a estímuls concrets, frustrants o que provoquin por. El riure i el plor tenen una causa, i van enfocats a un estímulo. Entre els 15 i els 24 mesos s'inicia l'*autoconsciència*, la comprensió de la identitat pròpia, separada i diferent a la de la resta (Papalia et al., 2009). L'infant desenvolupa l'empatia i dependrà de la cognició social, la seva capacitat de determinar sentiments i emocions en els altres (Eisenberg, 2000).

És en aquesta etapa, quan s'inicia el desenvolupament de la *Teoria de la Ment* (Theory of Mind-ToM), l'habilitat per comprendre i predir els estats emocionals, les conductes, els coneixements i les intencions d'un mateix i d'altres persones (Premarck i Wordruff, 1978). La ToM s'inicia amb l'atribució d'una intenció comunicativa durant el primer any de vida, mitjançant la mirada, el reconeixement de les veus i sent l'inici de les relacions interpersonals. Fins al segon any, no és capaç d'identificar accions que desencadenen o eviten l'estat emocional de l'altre (Berger, 2006). Aquesta capacitat d'identificar les accions o els pensaments dels altres, és a dir, la mentalització, s'avalua mitjançant les proves de falses creences, com la *prova de l'Anna i la Sally* creada per Baron-Cohen i cols. (1985). En aquesta prova, es presenten a l'infant dues nines, l'Anna i la Sally, cadascuna amb un objecte, una cistella i una caixa. Es mostra que una de les nines deixa una bala dins de la cistella i se'n va de l'habitació. L'altra nina, canvia la bala de lloc i la deixa dins la caixa. Quan la nina que ha sortit, torna a entrar; on buscarà la bala? Fins als 3 anys, els infants no comencen a respondre correctament la pregunta, és a dir, indicar que buscarà la bala a la cistella. De fet, entre els 3 i els 5 anys és el període en que l'infant va adquirint la ToM, la capacitat de predir els estats emocionals, els pensaments i les intencions dels altres.

### 2.1.3 *L'etapa dels 3 als 6 anys d'edat*

L'etapa dels 3 als 6 anys d'edat es caracteritza pel desenvolupament de la curiositat, la iniciativa, l'entusiasme positiu, la consciència del jo, la consolidació de la personalitat i l'egocentrisme. En aquesta etapa, els infants assoleixen l'autoconsciència juntament amb les normes de conducta, socials i tenen la capacitat d'avaluar els pensaments, els plans, els desitjos i les conductes dels altres (Papalia et al., 2009).

Entre els 3 i els 5 anys, l'infant té un autoconcepte i autoestima molt positius, amb la creença que pot realitzar qualsevol objectiu que es proposi. Fruit d'aquest autoconcepte, augmenten les pors, les rebequeries, les gelosies i la rivalitat, mostrant emocions extremes, tant positives, com negatives (Botbol, 2005b). Aquesta etapa Wallon la denomina *estadi del personalisme*, caracteritzada pel desenvolupament d'una consciència del jo, l'autonomia i la reafirmació. En efecte, l'infant prepara les bases per assolir la independència de les figures parentals i prendre la iniciativa (Wallon, 1972).

L'infant és possessiu, per aquest motiu, busca tenir la propietat de les coses. Segons Freud (1973), aquest període, anomenat *etapa fàl·lica*, es caracteritza per conductes possessives i egocèntriques cap al progenitor de sexe diferent. Freud ho anomena en els nens, el *complex d'Edip*, el desig de mantenir una relació del fill amb la seva mare. Per altra banda, Carl Jung (1912), va aportar a la teoria proposada per Freud, el terme *complex d'Electra*, comú a partir dels 3 anys en nenes i que es tracta de l'atracció afectiva de la nena vers el pare. La superació d'aquests complexos implica vèncer les conductes possessives, egocèntriques i ser és capaç de cedir i compartir (Freud, 1973). En aquest mateix sentit, Piaget (1929) explica que el pensament de l'infant és egocèntric i això fa que entengui el món des d'una sola perspectiva, és el que anomena estadi preoperacional i que es produeix entre els 2 i els 7 anys (Piaget, 1982). A mesura que avança en aquest estadi, és capaç d'entendre la perspectiva, les intencions i els desitjos dels altres: el desenvolupament de la ToM, ho facilita. Aquesta habilitat s'assoleix als 6 anys, amb la capacitat d'identificar la causa de les emocions (Premarck i Wordruff, 1978).

En aquest sentit, l'entorn té un paper molt important, ja que actua com a model per a l'infant. Els pares, la família i l'escola, són els *microsistemes* que influeixen en el desenvolupament socioemocional de l'infant. En el context familiar es vetlla principalment pel desenvolupament emocional i en el context escolar per la socialització i els aprenentatges curriculars. Aquesta relació entre els microsistemes és bidireccional, les opinions que l'infant rebí de l'escola influiran en la forma com es comporta a casa i a l'inrevès (Bronfenbrenner, 1987).

Les figures de referència han d'acompanyar l'infant en el desenvolupament, fet que comporta comprendre l'evolució en aquesta etapa, caracteritzada per acompanyar els descobriments i posar límits. L'infant compleix uns límits quan aprèn a confiar i entén que no pot fer tot el que vol, establint prioritats. Des dels primers anys de vida, els infants desafien els límits dels pares, degut a que l'infant de 3 anys no entén de perill, com a conseqüència de l'autoconcepte i autoestima positius que presenta. És a través dels models de les figures de referència que aprèn a regular-se a nivell conductual. No obstant, si als 3 anys l'infant mostra una intensitat en l'ansietat per separació, que impedeix que pugui explorar i prendre la iniciativa l'activitat, sense la figura de referència present, es pot considerar un trastorn emocional (Silverman i Dick-Neiderhauser, 2004).

L'actitud dels pares ha de ser clara, aportant seguretat als membres de la família. A nivell emocional, el paper que ha d'assolir l'adult és d'ajudar a integrar les emocions de la millor manera: ajudant a identificar-les, proporcionant eines per a regular-les i actuant com a model en la regulació de les emocions (Botbol, 2005b).

Els trets de personalitat, no són fruit de característiques genètiques dominants o úniques, sinó d'una complexa interrelació de factors. Molts dels trets més importants de personalitat, com la capacitat de relacionar-se amb els altres, la confiança, la intimitat, l'empatia i el pensament lògic i creatiu, estan determinats de la forma en que s'educa la naturalesa infantil. Tanmateix, els pares desenvolupen expressions d'afecte, de disciplina, de comunicació i d'expectatives de maduresa vers l'infant i és a través de les interaccions entre els trets psicològics de l'infant i la conducta dels pares que sorgiran les característiques de personalitat (Brazelton i Greenspan, 2005).

Gaudir de l'infant afavoreix una bona relació amb ell mateix, un bon vincle amb la família i una bona interacció amb l'escola. La fortalesa psicològica depèn dels vincles, determina la forma d'experimentar les emocions, la socialització i els aprenentatges. Quan l'infant gaudeix de relacions segures i empàtiques, aprèn a ser considerat, a posar paraules als sentiments, als propis desitjos i a desenvolupar relacions (Brazelton, 2006; Brazelton i Cramer, 1993; Redón Quintero i Rodríguez-Gómez, 2016; Safrany, 2005). En aquesta línia l'estudi més recent de García-Carrión i cols. (2019) destaca la importància de la riquesa en les interaccions i la implicació dels diversos agents educatius, com element per afavorir l'equilibri mental en la infància.

El joc esdevé, des d'aquesta perspectiva un espai idoni on l'infant pot desenvolupar la seva personalitat, l'equilibri afectiu, la salut mental, conèixer's a un mateix i al món que l'envolta. Durant aquest període, es manifesten de forma accentuada els jocs que permeten



reproduir situacions o esdeveniments viscuts i que actuen com a instrument d'expressió i regulació emocional (Edo et al., 2016). Piaget (1982), en fa referència al estadi preoperacional o intuïtiu, l'etapa dels 2 als 7 anys, caracteritzada per l'aparició de la funció simbòlica que permet evocar objectes, persones o situacions no presents, mitjançant el joc simbòlic i el llenguatge, una de les bases més significatives del desenvolupament humà.

#### **2.1.4 El context familiar**

La família, que és el principal context de desenvolupament de l'infant, proporciona els aliments, les cures, la protecció, l'afecte, el recolzament i permet descobrir el món físic i social (Muñoz Silva, 2005). Segons Hurlock (1982), les aportacions més destacades de la família en el desenvolupament de l'infant són: l'emergència de les bases fonamentals de la personalitat i l'aportació de l'infant a la vida social. Així doncs, el context familiar aporta suport emocional des del naixement i construeix la història de l'infant. Els pares contenen, verbalitzen i posen paraules al que sent l'infant, donen respostes a les necessitats i influeixen en la capacitat d'atendre, imaginar, pensar i anticipar. Les relacions amb els pares són oportunitats perquè l'infant aprengui a tolerar la frustració, són la referència de la seguretat, la confiança i l'estabilitat (Andrés Vilorio i Fernández González, 2016).

El context familiar caracteritzat per la calma, la tranquil·litat i l'optimisme, ajuda a respectar el ritme de cada infant, trobar un equilibri, empatia, optimisme per a desenvolupar una relació segura (Reyes i Torres, 2019). Si no s'estableix una bona base, el procés de desenvolupament pot derivar en una baixa frustració i una poca mentalització, la capacitat de posar-se en la perspectiva dels altres i predir els desitjos, les expectatives i els pensaments (Andrés Vilorio i Fernández González, 2016). En efecte, gaudir d'una bona salut mental i emocional permet superar les dificultats.

Els infants necessiten passar temps de qualitat amb els referents diàriament, per compartir les vivències i les experiències, els problemes i anticipar les situacions. Es tracta de moments càlids, educatius i empàtics en el que es respecta la iniciativa infantil i s'estableixen les bases de la seguretat i confiança en les relacions (Brazelton i Greenspan, 2005). Els estudis de Spitz (1972) i Bowlby (1988) mostren la importància d'una correcta cura afectiva per al desenvolupament de la salut física, emocional, social i intel·lectual en la infància.

La societat actual presenta una major diversitat en l'estructura familiar que anys enrere i comporta tenir en compte certs aspectes. Per exemple, pel que fa a les famílies monoparentals és positiu gaudir d'una xarxa social que col·labori en la criança i permeti augmentar els referents de l'infant. En les famílies que han viscut migracions, cada vegada més freqüents, cal

destacar la vivència dolorosa, els dols que pateixen pares i fills. No obstant això, els infants tenen la capacitat de desenvolupar els propis recursos d'adaptació al nou entorn (Botbol, 2005b).

En el cas de les famílies divorciades, amb separacions, es destaca la necessitat de prendre consciència de l'objectiu comú de la parentalitat. És indispensable que els pares proporcionin la seguretat, l'afecte incondicional i sàpiguen involucrar el menys possible als infants en el procés (Vallejo Orellana et al., 2004). Tot i això, l'estructura familiar no es relaciona amb un valor de qualitat en el desenvolupament, sinó que són les variables sociodemogràfiques les que constitueixen la qualitat de les relacions. En són exemples, el estils educatius de les figures de referència o la manca de conflictes en el nucli familiar (Arranz, Oliva et al., 2010). En conjunt totes les tipologies de famílies, gaudeixen d'un denominador comú: la família com l'agent de socialització més important durant els primers anys de vida i que ajuden a entendre com es desenvolupen les primeres relacions (Andrés Vilorio i Fernández González, 2016).

Els hàbits permeten que l'infant s'adapti a la forma en que funciona la família i l'escola. En els primers anys, l'adquisició dels hàbits és de gran importància ja que la seva funció és desenvolupar l'autonomia i la independència de l'infant: afavoreixen l'adaptació escolar i social i el preparen pels aprenentatges. Com més aviat s'incorporin els hàbits i límits millor, així es proporciona una seguretat en les actuacions dels membres de la família. Cal destacar la necessitat de gaudir d'un equilibri entre la cura i l'atenció: ser capaços de posar límits i a l'hora permetre actuar a l'infant en el desenvolupament de l'autonomia.

Cal destacar, que la manera com els infants són tractats, amb el respecte, l'atenció i la comprensió, proporciona estratègies de relació als infants per a fer-ho de manera respectuosa, confiada i comprensiva amb les persones que els envolten. Tanmateix, que la cura de l'infant sigui de qualitat, depèn de l'actitud de l'adult, el qual busqui el seu benestar i que l'infant se senti una persona important. És les rutines, com en l'hora de dinar, en què no es prioritza la quantitat que l'infant menja, sinó el plaer de gaudir i la satisfacció de l'àpat (Fabrès, 2006).

Quan escoltem als infants, els hi donem respostes, donem valor a allò que fan i aprofitem els moments de relació, l'ambient es torna més tranquil i es pot gaudir molt més. Per tant, cal viure les rutines amb plaer, donant-los-hi una importància i una bona qualitat.

Segons Baumrind (1967), s'identifiquen tres *estils de criança* en les famílies: la criança autoritària, la criança permissiva i la criança disciplinada. En primer lloc, la *criança autoritària* es produeix quan els pares són els que dicten les normes i no hi ha espai per a una negociació. La conducta es castiga, inclús de forma física i manquen mostres d'afecte. Els pares, per la

seva experiència, creuen que saben què és el millor pels seus fills en tot moment. En segon lloc, la *criança permissiva* es caracteritza per una poca exigència. Els pares són molt permissius, i comparteixen de forma oberta tots els sentiments i emocions, mostrant molt afecte als infants. No tenen consciència sobre la responsabilitat vers la conducta de l'infant. En darrer lloc, en la *criança disciplinada*, els pares estableixen límits, però a la vegada escolten les demandes dels infants. Parlen dels sentiments i dels problemes i actuen com a guies, no com autoritats (criança autoritària), ni com amics (criança permissiva). S'ha demostrat els avantatges de la criança disciplinada ajuden als infants en el desenvolupament de la conducta prosocial, en la reducció l'abús de substàncies en l'adolescència i en l'augment de l'autoestima a llarg termini (Baumrind, 1991).

Maccoby i Martin (1983) reformulen la proposta de Baumrind (1967) i proposen un model de criança basat en el *control i exigència* que els pares projecten sobre els fills i el *grau d'afecte i comunicació* que expressen. La combinació de les dimensions, genera 4 estils parentals: el *democràtic* (amb un control i exigència alts, i afecte i comunicació alts), l'*autoritari* (control i exigència alts, i afecte i comunicació baixos), el *permissiu* (control i exigència baixos, i afecte i comunicació alts) i el *negligent* (control i exigència baixos, i afecte i comunicació baixos).

El naixement d'un germà implica renunciar a una posició privilegiada en la família. Per aquest motiu, les relacions entre els germans es caracteritzen per contenir una forta càrrega emocional positiva, negativa i ambivalent. En aquesta relació, els germans assoleixen un alt grau de coneixement entre ells, ja que comparteixen molt temps junts. Aquest fet, suposa comptar amb un recolzament, tot i les grans diferències individuals entre ells. Tanmateix, la relació entre els germans comporta desenvolupar habilitats en la resolució de conflictes i promou conductes constructives vitals pel bon desenvolupament (Botbol, 2005b; Howe i Recchia, 2011).

Més enllà del nucli familiar, els avis i les àvies tenen un paper essencial en la família i la societat, col·laborant en la cura dels infants. A més a més, formen part de l'educació, mitjançant la transmissió de valors com el respecte i la responsabilitat, augmenten la consciència de la cadena generacional, amplien el repertori d'experiències, solucionen problemes pràctics i estableixen complicitats amb els néts (García Díaz et al., 2014; Rivas, 2015). La relació amb els avis i les àvies és bidireccional i beneficiosa per ambdós: els avis aporten cures, amor, experiències, comprensió i temps als seus néts; a la vegada que reben afecte, companyia, vitalitat i diversió. L'inici d'una relació avi, àvia i nét/a, permet desenvolupar nous vincles i entendre la família com una unió i unitat (Osuna, 2006).

Al llarg del creixement, l'infant pot viure diferents esdeveniments adversos. Tot i els entrebancs, és essencial que visqui una seguretat efectiva per part de les figures de referència, mitjançant el desenvolupament de l'empatia, proporcionant autonomia als infants, acompanyar-los amb amor, serenitat, paciència i amb una mirada serena, positiva i vitalista. Aquestes característiques, permeten fer front a les circumstàncies adverses que poden aparèixer i afavoreixen desenvolupament de la resiliència (Redondo, 2019). Les pràctiques educatives basades en l'afecte, poden canviar certes trajectòries de desenvolupament i transformar-les en optimisme i confiança en la vida i en els altres. Afavorir la resiliència, és buscar el benestar psicològic i promoure una educació de qualitat, l'autoestima i les habilitats de comunicació. Ara bé, és necessari el recolzament de l'entorn per a possibilitar-ho (Uriarte Arciniega, 2005).

## 2.2 Salut mental: dades i plans d'acció

La prevalença de trastorns en salut mental es situa en un 29,2% de la població mundial (Steel et al., 2014). En el cas dels infants i adolescents, s'estima que entre un 10 i un 20% pateixen un trastorn mental, segons estudis de caràcter internacional (Kessler et al., 2007). Les dades que destaquen són les següents: un 50% dels trastorns mentals es desenvolupen abans dels 14 anys d'edat i més del 70% dels trastorns mentals comencen abans dels 18 anys (OMS, 2013), ja que indiquen la importància de la prevenció en la salut mental dels infants.

Els *trastorns mentals* es caracteritzen per una combinació d'alteracions del pensament, la percepció, les emocions, la conducta i les relacions amb els altres (OMS, 2019). Són presents arreu del món, amb diferents afectacions, segons les regions. Per exemple, els països del nord i sud-est asiàtic, mostren prevalences menors, per altra banda, els països de llengua anglesa presenten unes taxes de prevalença majors. Aquestes dades s'expliquen per la influència cultural i la presència de majors factors protectors en els països amb menors prevalences (Steel et al., 2014). Per tal de treballar pel benestar de la població i aconseguir que totes les persones puguin fer front a les exigències del dia a dia, s'han elaborat programes en diferents nivells d'actuació.

La OMS (2013) presenta el *Pla d'Acció sobre Salut Mental 2013-2020*, on es detallen les línies de treball en relació amb la salut mental a nivell global. Els objectius principals són reforçar el lideratge, els serveis comunitaris, les estratègies de promoció, de prevenció i de millora dels sistemes d'informació i recerca en salut mental.

A nivell europeu, s'ha presentat un pla d'acció a realitzar en el continent, amb mesures a implementar durant el període 2013-2020 destinades a tota la població. Es vol vetllar perquè les persones amb trastorns mentals puguin tenir les mateixes oportunitats d'aconseguir

un benestar, siguin ciutadans de ple dret en la societat i rebin un tracte respectuós. Per altra banda, es volen fer accessibles i disponibles els serveis de salut i dur un treball coordinat, amb una bona pràctica i coneixement professional (OMS, 2013).

En el nostre país, les investigacions situen la salut mental com una problemàtica i prioritat en la salut pública. Actualment a Espanya, existeix una ampla gama de serveis adaptats a les necessitats del pacient i fonts d'informació sobre els problemes de salut mental (serveis socials, atenció domiciliària, hospital de dia, entre d'altres). Ara bé, manquen mecanismes per integrar la informació epidemiològica, i així, unificar recursos, processos i resultats (De Pedro Cuesta et al., 2016). Aquestes mancances corresponen amb les exposades per l'OMS (2013) que les situa com a objectius de millora.

A Catalunya, seguint el pla europeu, es treballa en la promoció de l'atenció, els drets de les persones amb trastorn mental i les intervencions basades en una atenció integral a la persona. En referència a la salut mental infantil, les dades mostren que la prevalença dels menors de 18 anys, atesos als CSMIJ es situa al voltant del 5%, havent-hi un augment progressiu any rere any (Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2017). Per tant, es confirma un augment del nombre de consultes en els serveis de salut mental infanto-juvenil, i de nou, es situa el focus en la salut mental, com una preocupació en la salut pública. En definitiva, es confirma l'afectació de la salut mental en la societat, i com aquesta és una prioritat de treball a nivell global, tot i les diferents incidències segons el país. Actuar en l'etapa de la infància, a nivell global i tenint en compte les peculiaritats locals, és una inversió que reverteix en el present i el futur, i col·labora en la reducció de les conseqüències dels trastorns mentals en la societat (Irarrázaval et al., 2016).

### **2.3 Els factors de risc en el desenvolupament social i emocional en la primera infància**

La salut mental és fruit de la interrelació de diverses variables: genètiques, ambientals, de personalitat, etc. per aquest motiu és necessari fer un seguiment i monitorització del desenvolupament de l'infant des d'una dimensió biopsicosocial (Buitrago Ramírez et al., 2018). Identificar la prevalença dels trastorns mentals, permet conèixer la magnitud del problema en la societat.

Al llarg d'aquesta tesi doctoral es fa referència a l'afectació dels factors de risc en el desenvolupament de l'infant. Ara bé, és important i necessari clarificar la diferència entre els factors de risc i els senyals d'alarma i la incidència d'ambdós en l'infant. S'entén com a factor de risc aquella característica de l'infant, o qualsevol circumstància del seu entorn, que comporti una possibilitat significativament més gran de desenvolupar trastorns psicopatològics que la

que s'observa en la població general. Per altra banda, s'entén com a senyal d'alarma aquell signe, símptoma o conjunt de manifestacions que, si apareixen a determinada edat, han de fer pensar immediatament en la possible existència d'un trastorn psicopatològic (Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2008). En aquesta recerca, es vol posar el focus en els factors de risc, ja que poden comportar un augment de trastorns en edats posteriors.

Convé destacar que la identificació dels factors de risc i de protecció que afecten a la salut mental, ajuda a millorar els processos de prevenció i intervenció dels trastorns mentals (Kieling et al., 2011). Reduir els factors de risc o augmentar la prevalença d'un factor protector hauria de conduir a una reducció de l'aparició de la malaltia.

Els factors de risc i de protecció es produeixen al llarg de la vida de la persona i poden ser modificables (hàbits establers, rutines, etc.) i no modificables (antecedents genètics, edat, sexe, experiències de la infància, etc.) (Jacka et al., 2013). Existeixen diverses tipologies, de factors de risc i de protecció: biològics, psicològics i socials que afecten a l'infant, al context familiar i al desenvolupament social i emocional (Jacka et al., 2013; Metwally et al., 2016). La identificació dels factors de risc durant els primers anys és important per informar i guiar el desenvolupament i ajustar els esforços de prevenció i intervenció en la primera infància (Clauss et al., 2012; Pahl et al., 2012). En aquest sentit, els factors de risc permeten identificar els infants amb més possibilitats de desenvolupar dificultats posteriors i elaborar una intervenció per reduir-les (Gore et al., 2014). En efecte, existeix l'evidència que en infants amb determinats factors de risc, la intervenció precoç per part dels professionals i els recursos d'assistència social i/o comunitària eviten trastorns psicosocials greus (Buitrago Ramírez et al., 2018).

#### **2.4 La prevenció en salut mental infantil: detecció precoç i instruments de cribratge**

La prevenció en salut mental persegueix la finalitat de reduir la prevalença, els símptomes, els factors de risc i l'impacte de la persona afectada i el seu entorn. La tasca preventiva es desenvolupa en diferents nivells. La prevenció primària, caracteritzada per intervencions dirigides a l'eliminació dels factors de risc. La prevenció secundària que pretén reduir la prevalença mitjançant la detecció i tractament precoç de malalties. I, en la prevenció terciària, el treball es centra en la rehabilitació i la prevenció de recaigudes del pacient amb un trastorn confirmat (Mrazek i Haggerty, 1994).

Quan es detecta un infant amb símptomes en salut mental, es deriva als serveis de salut mental per tal d'oferir una atenció precoç: un conjunt d'intervencions adreçades a l'infant, la família i l'entorn, amb l'objectiu de donar resposta, el més aviat possible, a les necessitats. Aquestes intervencions consideren la globalitat de l'infant i són planificades per un equip de

professionals interdisciplinària (Grupo de Atención Temprana, 2001; Robles-Bello i Sánchez-Teruel, 2013). A Catalunya hi ha escassetat de serveis públics en salut mental infantil i els existents, solen estar saturats (Arnaiz i Elorza, 2019). En aquesta línia, són ilustratius els resultats de l'estudi elaborat per De Pedro Cuesta i cols. (2016), on es posa èmfasi en què en els darrers anys hi ha hagut un gran interès en la definició de l'etiopatogènia, els factors de risc i les activitats preventives, però en malalties com el càncer o els problemes cardiovasculars, quedant la salut mental, en segon lloc.

Un gran nombre de plans d'acció en salut mental recomanen fer ús de la detecció precoç (Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2017; OMS, 2013). Ara bé, en tots els àmbits d'actuació, convergeix la necessitat d'implementar activitats de promoció i prevenció, com també tenir la capacitat d'integrar informació procedents dels diferents especialistes. És a dir, treballar per proporcionar una atenció integral a l'infant i a la seva família.

Els índex de detecció i atenció als problemes emocionals i de conducta augmenten quan s'utilitza un instrument de cribratge (Simonian i Tarnowski, 2001). En conseqüència, es fa palesa la necessitat d'utilitzar instruments estandarditzats en institucions que estiguin en contacte amb els infants, com és el cas de les escoles i les consultes pediàtriques (Brugman et al., 2001). Aquests espais reuneixen les característiques òptimes per a mantenir el control del desenvolupament de l'infant, poden proporcionar una resposta adequada a les necessitats mitjançant recursos i treballant de forma coordinada en la detecció de trastorns. Actualment trobem múltiples instruments validats per a utilitzar en un context de salut i un context educatiu. Tot i així, l'ús no es fa de forma uniforme i existeixen certes mancances en el procés (Yarnall et al., 2003).

### 3 OBJECTIUS

---

A continuació es presenta l'objectiu principal d'aquesta tesi doctoral i els objectius específics que se'n deriven.

L'objectiu principal és dissenyar i validar un instrument de cribratge en salut mental destinat a la primera infància. L'instrument pretén ser útil en l'àmbit escolar i pediàtric. Aquest objectiu principal es vol assolir a través de la consecució de cinc objectius específics que conformen la tesi doctoral:

1. Revisar els instruments de cribratge en salut mental infantil disponibles, l'ús que se'n fa i les limitacions en la seva administració.
2. Revisar els factors de risc en salut mental presents en la primera infància, del naixement als 6 anys d'edat.
3. Identificar els factors de risc en salut mental, del naixement als 6 anys d'edat, que detecten els professionals en actiu del nostre context, procedents de diverses disciplines: l'atenció primària, l'educació i la salut mental.
4. Dissenyar el qüestionari de cribratge en salut mental infantil i determinar la validesa de contingut del qüestionari.
5. Analitzar la validesa de criteri mitjançant els resultats obtinguts en l'aplicació del qüestionari dissenyat.

Per tal d'assolir l'objectiu principal i els objectius específics, s'han dut a terme quatre estudis, que preténen donar resposta als objectius exposats en aquest apartat, tal i com es mostra en la taula 1.

*Taula 1.* Correspondència dels estudis realitzats amb els objectius plantejats.

Estudis	Objectius
1. Revisió dels instruments de cribratge en salut mental infantil de l'àmbit pediàtric i escolar.	1
2. Revisió bibliogràfica dels factors de risc en el desenvolupament social i emocional en la primera infància.	2
3. Identificació dels factors de risc en salut mental en la primera infància: una aproximació multidisciplinària.	3
4. Disseny i aplicació d'un qüestionari de detecció precoç en salut mental infantil.	4-5





## 4 INTRODUCCIÓ METODOLÒGICA

---

En aquest apartat es presenta de forma introductòria la metodologia utilitzada en cada estudi, no obstant l'exposició completa es detalla en l'apartat de resultats de la tesi doctoral. Cal descartar que aquesta tesi ha estat aprovada pel Comitè d'Ètica i Recerca de la Universitat Ramon Llull (Núm. 151600D) i pel Consell Científic de l'hospital HM Nens (Acta núm. 4/20) (consultar apèndix A, p. 131).

### ***Estudi 1: Revisió dels instruments de cribratge en salut mental infantil de l'àmbit pediàtric i escolar***

En la revisió dels instruments de cribratge en salut mental infantil corresponents a l'àmbit pediàtric i escolar, s'ha realitzat una recerca de la literatura científica publicada sobre els instruments de cribratge i l'ús que se'n fa en salut mental infantil. Mitjançant les paraules claus *Screening, Mental Health, Symptoms i Children* en els estudis publicats entre els anys 2005 i 2015. S'inclouen en la revisió els estudis que tracten sobre els instruments de cribratge en salut mental infantil administrats en l'àmbit escolar i/o la consulta pediàtrica i destinats a una població de 0 a 6 anys. S'exclouen els instruments destinats a infants que pateixen una malaltia física i/o mental, els instruments destinats a contextos excepcionals, com és el cas de les emergències i els estudis psicomètrics i de validació de qüestionaris.

### ***Estudi 2: Revisió bibliogràfica dels factors de risc en el desenvolupament social i emocional en la primera infància***

En la revisió bibliogràfica sobre els factors de risc en el desenvolupament social i emocional en el període de la primera infància s'han utilitzat les següents paraules clau: *Prevention, Early Childhood, Risk Factors, Intervention i Social and Emotional development*, delimitant els estudis publicats entre els anys 2005 i 2015. S'inclouen els articles que fan referència a factors de risc en salut mental presents entre el naixement i els 6 anys. S'exclouen aquells que no facin referència als factors de risc o que el període d'edat no inclogui la franja estudiada.

### ***Estudi 3: Identificació dels factors de risc en salut mental en la primera infància: una aproximació multidisciplinària***

La identificació dels factors de risc en salut mental partint d'una visió multidisciplinària, es realitza a través d'una recerca qualitativa. S'utilitza l'entrevista en

profunditat, com a tècnica en la recollida de dades. Es parteix d'una entrevista semiestructurada que es realitza a 8 professionals procedents de l'atenció primària (n=2), mestres (n=2), psicòlegs que atenen a infants de 0-6 anys (n=2) i psicòlegs que atenen l'etapa 0-18 anys (n=2). La mostra teòrica és intencionada i consta d'una distribució estructural a nivell de disciplina, edat i àmbit (públic i privat). S'inclou un professional junior (<40 anys) i sènior (>50 anys) per disciplina, obtenint una mitjana de l'edat dels participants de 52,25 anys. Als participants se'ls entrega el full d'informació i es signa el consentiment informat. Les entrevistes s'enregistren amb gravació de veu i l'anàlisi del contingut es realitza mitjançant la teoria fonamentada.

#### ***Estudi 4. Disseny i aplicació d'un qüestionari de detecció precoç en salut mental infantil***

En l'estudi 4 la metodologia es presenta de forma separada, per cada objectiu específic. En primer lloc es presenta la metodologia emprada per la validesa de contingut del qüestionari dissenyat *ad hoc* i en segon lloc, la que fa referència a la validesa de criteri mitjançant l'aplicació del qüestionari.

En referència a la validesa de contingut del qüestionari, es va realitzar mitjançant un judici format per 6 experts procedents de la psicologia, la pediatria i l'educació. Tots ells, són professionals amb experiència en la pràctica i la investigació i se situen entre els 40 i 75 anys d'edat. Per procedir en la validesa de contingut, s'entrega als experts un dossier amb l'explicació de la recerca i els ítems del qüestionari. L'avaluació dels ítems consta de quatre variables (Escobar-Pérez i Cuervo-Martínez, 2008): la suficiència, la claredat, la coherència i la rellevància. Cada variable s'avalua amb una escala Likert amb 4 opcions de resposta. La resposta quantitativa, es pot complementar amb una breu explicació. El procés d'acceptació dels ítems requereix aconseguir la màxima puntuació de totes les variables, per part de tots els experts (6/6) o tots menys un (5/6).

La validesa de criteri s'aconsegueix amb l'aplicació del qüestionari. S'administra a una mostra de 29 participants formada per nens (41,37%) i nenes (58,62%) procedents de centres d'educació infantil i consultes pediàtriques de les ciutats de Barcelona i Tarragona. Les edats dels participants es situen entre els 6 i els 67 mesos.

## 5 RESULTATS

---

A continuació es presenten els quatre estudis elaborats que permeten identificar la trajectòria i el recorregut que ha tingut aquesta recerca. Els estudis han permès assolir l'objectiu principal el disseny i validació d'un instrument de cribatge en salut mental per a la primera infància. Es presenten en format d'article científic amb les referències corresponents. L'estudi 1 s'ha publicat a la revista *Apuntes de Psicología* (consultar apèndix B, p. 133). La resta d'estudis estan en procés de revisió per a ser publicats pròximament i es mostren en castellà per ser l'idioma usat en les revistes seleccionades.

***Estudi 1: Revisió dels instruments de cribatge en salut mental infantil de l'àmbit pediàtric i escolar***

Anglès-Virgili, N., i 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.

***Estudi 2: Revisió bibliogràfica dels factors de risc en el desenvolupament social i emocional en la primera infància***

Anglès-Virgili, N., Vendrell, R, i Andrés, A. (En revisió). Revisión bibliográfica de los factores de riesgo en el desarrollo social y emocional en la primera infancia. *Apuntes de Psicología*.

***Estudi 3: Identificació dels factors de risc en salut mental en la primera infància: una aproximació multidisciplinària***

Anglès-Virgili, N., Vendrell, R. i Andrés, A. (En revisió). Factores de riesgo y detección en salud mental infantil: Una aproximación multidisciplinar. *Salud mental*.

***Estudi 4: Disseny i aplicació d'un qüestionari de detecció precoç en salut mental infantil***

Anglès-Virgili, N., Vendrell, R. i Andrés, A. (En revisió). Diseño y aplicación de un cuestionario de detección precoz en salud mental infantil. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*.



## **ESTUDIO 1: REVISIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE CRIBAJE EN SALUD MENTAL INFANTIL DEL ÁMBITO PEDIÁTRICO Y ESCOLAR**

---

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.

### ***Resumen***

El uso de los instrumentos de cribado en salud mental infantil en el ámbito pediátrico y escolar es heterogéneo e insuficiente. Partiendo de esta premisa surge la necesidad de hacer una revisión de la literatura sobre los instrumentos de cribado y el uso que se otorga en salud mental infantil (0-6 años) en la consulta pediátrica y el contexto escolar. Se ha llevado a cabo una búsqueda de la literatura publicada en el periodo de 2005-2015 en las bases de datos *Discovery*, *Eric* y *Medline*. Existe una gran diferencia de uso de los instrumentos de cribado entre el ámbito escolar y la consulta pediátrica. En la escuela la administración de instrumentos es más habitual y con menores limitaciones. En la consulta pediátrica, aunque existen numerosos instrumentos validados psicométricamente, no se aplican con tanta frecuencia. La mayor limitación en los dos ámbitos es la falta de seguimiento después de la derivación del niño a los servicios de salud mental. La escuela y la consulta pediátrica son contextos con características idóneas para la prevención en salud mental infantil. Es necesario seguir investigando para mejorar la detección, derivación y seguimiento a los servicios de salud mental.

### ***Abstract***

The use of child mental health screening tools in the paediatric and school fields is heterogeneous and insufficient. From this assumption, we can see the need to conduct a literature review on screening tools and their use for child mental health (0-6-year-olds) in the paediatric ward and the school context. A search was carried out throughout literature published in the period 2005-2015 in the databases *Discovery*, *Eric*, and *Medline*. There is a remarkable different use of screening tools between the school context and the paediatric ward. At school, the administration of instruments is more usual and with fewer limitations. At the paediatric ward, although there are many psychometrically validated instruments, they are not used so frequently. The main limitation in both settings is the lack of follow-up after the child's

referral to mental health services. The school and the paediatric ward are contexts with ideal characteristics for prevention in child mental health. Further research is needed to improve the detection, referral to, and follow-up in mental health services.

### ***Introducción***

La prevalencia de los problemas de salud mental en niños y adolescentes se sitúa entre el 12% y el 27% (Blanchard, Gurka y Blackman, 2006; Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler y Angold, 2003; Sawyer et al., 2002), actuando como una interferencia en su bienestar (Prince et al., 2007) y desarrollo a lo largo del ciclo vital (Harrington, 2001). A pesar de los altos índices, sólo un 26% de los niños que cumplen criterios son reconocidos por los profesionales (Lavigne et al., 1998; Sayal y Taylor, 2004). Un gran número no son identificados (Williams, Klinepeter, Palmes, Pulley y Foy, 2004) y consecuentemente no realizan un tratamiento adecuado (U.S. Department of Health and Human Services, 2001).

En la edad preescolar (2-5 años) la prevalencia se sitúa entre un 0,6% y un 5,7% (Egger y Angold, 2006), siguiendo el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 2013). Reciben un tratamiento entre el 21% y el 25% (Carter et al., 2010; Lavigne et al., 1998) de los niños diagnosticados. Únicamente un 11% de los niños con trastornos mentales son derivados a una evaluación. Los trastornos más comunes en la edad preescolar son el déficit de atención e hiperactividad, el trastorno negativista desafiante y las conductas disruptivas, los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos (Egger y Angold, 2006).

La identificación y el tratamiento de los problemas emocionales y conductuales son más bajos cuando no se utiliza un instrumento de cribado estandarizado que facilite la detección (Simonian y Tarnowski, 2001), siendo importante en la edad preescolar debido a su posibilidad preventiva (Justicia et al., 2006; Wakschlag y Keenan, 2001).

Para llevar a cabo una detección temprana de los trastornos mentales en niños, se debe identificar también la presencia de factores de riesgo de la manera más objetiva posible. Este hecho, muestra la necesidad de uso de instrumentos estandarizados en instituciones que estén en contacto con los niños, como las escuelas y las consultas pediátricas (Brugman, Reijneveld, Verhulst y Verloove-Vanhorick, 2001), espacios que reúnen características óptimas para mantener un control del desarrollo de la salud mental.

En el ámbito escolar, se administra el instrumento con el objetivo de identificar problemas emocionales o de conducta, más allá de las cuestiones académicas para poder beneficiarse de una intervención preventiva. En este caso, las figuras responsables de administrar el instrumento son psicólogos, maestros u otros profesionales (Adelman y Taylor, 2000; Severson, Walker, Hope-Doolittle, Kratochwill y Gresham, 2007).



En los servicios de atención primaria, el pediatra es el encargado de administrar el instrumento de cribado. La visita pediátrica ofrece un control periódico y proporciona la oportunidad de evaluar los problemas emocionales y/o de conducta mediante una entrevista clínica o un instrumento estandarizado. El estudio de Williams, Palmes, Klinepeter, Pulley y Foy (2005) señala que un 15% de los niños que visitan las consultas pediátricas en los centros de atención primaria sufren problemas de conducta o emocionales.

Existen múltiples instrumentos validados para usar en la consulta pediátrica y en la escuela. Sin embargo, el uso no se hace de forma sistemática y existen ciertas carencias en el proceso (Yarnall, Pollak, Ostbye, Krause y Michener, 2003). Es por este motivo que se plantea esta revisión, con el fin de analizar el estado de la cuestión.

El objetivo principal del estudio es hacer una revisión de la literatura de los instrumentos de cribado en salud mental infantil (0-6 años). Específicamente, se analizará: (1) el uso que hacen los profesionales de los instrumentos de cribado en salud mental infantil, (2) qué instrumentos utilizan y (3) las limitaciones en la administración de los instrumentos de cribado.

### ***Método***

#### ***Muestra***

La tabla 1 presenta los criterios de inclusión y exclusión utilizados para seleccionar la muestra de artículos.

*Tabla 1.* Criterios de inclusión y exclusión utilizados para seleccionar la muestra de artículos.

Criterios inclusión	Criterios exclusión
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudios que centran el tema de investigación en los instrumentos de cribado en salud mental infantil.</li> <li>- Edad de los niños a los que va destinado el instrumento comprendida entre el nacimiento y los 6 años.</li> <li>- Instrumentos administrados en el ámbito escolar y/o en la consulta pediátrica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instrumentos destinados a niños que padecen una enfermedad física y/o mental.</li> <li>- Instrumentos destinados a contextos excepcionales, como es el caso de las emergencias.</li> <li>- Estudios psicométricos y de validación de cuestionarios.</li> </ul>

#### ***Procedimiento***

Se hizo una búsqueda de la literatura científica sobre los instrumentos de cribado y su uso en salud mental infantil (0-6 años) en las bases de datos *Discovey*, *Eric* y *Medline*. Las palabras claves utilizadas fueron *Screening*, *Mental Health*, *Symptoms* y *Children* durante el periodo del 2005 al 2015. Con el fin de cruzar los términos se utilizó el boleano "and". En la

muestra, también se incluyeron los artículos relacionados con el tema de estudio, citados en los artículos, siempre que cumplieran los criterios de temporalidad establecidos. No hay limitación de países presentes en la muestra.

### ***Resultados***

Del total de registros (n=948) se han seleccionado 37, que son los que conforman la muestra de nuestro estudio. Se trata de revisiones sistemáticas (n=3), estudios descriptivos (n=12) y estudios originales (n=22).

#### ***Uso de los instrumentos de cribado en salud mental infantil (0-6 años)***

En la consulta pediátrica, un gran número de estudios se basan en la recomendación de la *American Academy of Pediatrics*, que adoptó una política en la que a todos los niños se les debería administrar algún instrumento de cribado para mejorar la detección de las dificultades en el desarrollo (American Academy of Pediatrics, 2006; Earls y Hay, 2006; Garg et al., 2007; Glascoe, 2005; Jee et al., 2010; King et al., 2009; Sand et al., 2005; Weitzman y Wegner, 2015).

Pocos profesionales siguen la recomendación, como así lo avalan los estudios que muestran un bajo uso de los instrumentos de cribado (Brown y Wissow, 2010; Hacker et al., 2006; Hacker et al., 2014; Hix-Small, Marks, Squires y Nickel, 2007; Jee et al., 2010; Sand et al., 2005; Sheldrick, Merchant y Perrin, 2011; Wissow et al., 2013). Los datos objetivos indican que sólo el 23% de los pediatras utilizan instrumentos estandarizados para llevar a cabo el cribado. En contraposición, el 71% utiliza una entrevista clínica o un instrumento no estandarizado (Sand et al., 2005).

Sin embargo, se describe que este método de prevención es factible (Berger-Jenkins, McCord, Gallagher y Olfson, 2012; Briggs et al., 2012; Garg et al., 2007; Hix-Small, Marks, Squires y Nickel, 2007; Jee et al., 2010; King et al., 2009; Rydz et al., 2006; Simonian, 2006) y efectivo (Anand, Carroll y Downs, 2012; Berger-Jenkins et al., 2012; Briggs-Gowan y Carter, 2008; Garg et al., 2007; King et al., 2009; Kuhlthau et al., 2011; Sand et al., 2005; Sheldrick et al., 2011; Simonian, 2006). Otros estudios, difieren y lo justifican debido a las limitaciones al implementar los instrumentos de cribado: poca formación y entrenamiento por parte de los profesionales, falta de tecnologías y dificultades en la derivación y el seguimiento (American Academy of Pediatrics, 2006; Brown y Wissow, 2010; Glascoe, 2005).

Se muestra un aumento de la identificación cuando se utiliza un instrumento de cribado estandarizado (American Academy of Pediatrics, 2006; Brown y Wissow, 2010; Garg et al., 2007; Hacker et al., 2014; Jee et al., 2010; King et al., 2009; Sand et al., 2005; Sheldrick et al.,

2011). Por otro lado, los índices de detección disminuyen cuando no se utiliza un instrumento estandarizado (Berger-Jenkins et al., 2012; Brown, Copeland, Sucharew y Kahn, 2012; Brown y Wissow, 2010; Garg et al., 2007; King et al., 2009; Weitzman y Wegner, 2015).

En la identificación, juega un papel destacado la preocupación que muestran los padres. Esta actitud de los padres se relaciona con una mayor posibilidad de obtener un resultado positivo en la administración del instrumento (Hacker et al., 2006).

Se subraya la importancia de la derivación a los servicios de salud mental y del seguimiento posterior cuando se detectan problemas de conducta o emocionales. Si no fuera así, la tarea de prevención no alcanzaría los resultados deseados (Berger-Jenkins et al., 2012; Brown, Copeland, Sucharew y Kahn, 2012; Brown y Wissow, 2010; King et al., 2009; Weitzman y Wegner, 2015).

A pesar del escaso uso de los instrumentos de cribado y las recurrentes recomendaciones, un 90% de los pediatras cree que tiene la responsabilidad de identificar las problemáticas y un 70% cree que debe tratarlas (Stein et al., 2008).

En el ámbito escolar se percibe necesidad de identificar a los alumnos en riesgo, para mejorar la capacidad de aprendizaje y minimizar los problemas emocionales o de conducta (Elliott, Huai y Roach, 2007).

En muchos casos se utiliza el llamado "wait-to-fail": administrar el instrumento para evaluar las dificultades, una vez ya se han presentado. Esta forma de actuar se da por dos motivos: los diversos ritmos de crecimiento y el no querer sobrediagnosticar a los niños.

Cuando se administra un instrumento en salud mental, el objetivo principal es identificar de forma eficiente y efectiva las dificultades emocionales y de conducta del niño (Albers, Glover y Kratochwill, 2007; Elliott et al., 2007). Otras investigaciones, complementan los objetivos haciendo mención del potencial que tiene el instrumento para acelerar el acceso a los servicios de salud mental (Glover y Albers, 2007; Levitt, Saka, Hunter Romanelli y Hoagwood, 2007; Weist, Rubin, Moore, Adelsheim y Wrobel, 2007).

En la identificación juega un papel esencial el psicólogo escolar, actuando como un apoyo para maestros en la selección de instrumentos y metodologías destinadas a la detección. Además, permite proporcionar servicios de prevención y tratamiento, que favorecen un éxito académico y emocional (Levitt et al., 2007). Sin embargo, los datos presentados muestran que sólo la mitad de los niños con sintomatología comórbida han recibido servicios de salud mental en la escuela y sólo un tercio de los niños han recibido servicios de salud mental especializados (Glover y Albers, 2007).

Los primeros años de vida son idóneos para hacer una identificación de dificultades de conducta o emocionales. Ahora bien, las tasas de revelación son muy limitadas y es en este punto donde las observaciones pueden tener un papel importante (Meagher, Arnold, Doctoroff, Dobbs y Fisher, 2009). Los maestros son los profesionales de referencia para llevarlas a cabo y destaca la necesidad de formarlos para reconocer síntomas, sobre todo en los síntomas internalizantes.

Cuando se administra un instrumento, los estudios destacan la necesidad de que sea administrado a más de una figura de referencia que esté en contacto con el niño, siendo en la mayoría de los casos los padres y maestros. Stormark, Heiervang, Heimann, Lundervold y Gillberg (2008) analizan en profundidad la conveniencia de que no contesten a un instrumento de cribado, este caso se relaciona con un predictor de factor de riesgo.

Las oportunidades que proporciona administrar un instrumento de cribado en salud mental son la identificación, predecir los comportamientos que aparecerán más adelante (De La Barra, Toledo y Rodríguez, 2005), crear una intervención temprana (Albers et al., 2007; Dwyer, Nicholson y Battistutta, 2006; Meagher et al., 2009) y predecir los resultados académicos (Guzman et al., 2011; Juechter, Dever y Kamphaus, 2012).

El hecho de crear políticas ha facilitado la tarea de prevención (Glover y Albers, 2007; Guzman et al., 2011), que permite la identificación de un gran número de niños.

### ***Instrumentos que se utilizan para hacer el cribado en salud mental infantil (0-6)***

Las tablas 2 y 3 muestran los instrumentos administrados para llevar a cabo un cribado en salud mental infantil en el ámbito pediátrico (tabla 2) y escolar (tabla 3). Cabe señalar que aunque estudiamos el periodo de 0 a 6 años y todos los instrumentos contemplados en ambas tablas siempre son aplicables en esas edades (0-6), se incluyen algunos instrumentos cuya aplicación puede resultar pertinente hasta los 18 años. Algunos instrumentos se repiten en las dos listas.

Tabla 2. Instrumentos usados en el ámbito pediátrico (Nota: edad 1;3 significa un año y tres meses).

Instrumento	Descripción	Edades	Responsable de cumplimentarlo
<i>Algorithm for developmental surveillance and screening</i> (American Academy of Pediatrics, 2006)	Instrumento flexible y longitudinal que identifica los problemas de desarrollo. El pediatra va siguiendo el algoritmo según las respuestas de los padres.	0 - 3	Pediatra
<i>Pediatric Symptom Checklist</i> (PSC-35) (Jellinek et al., 1988)	35 ítems. Facilita la detección de problemas cognitivos, emocionales y de conducta.	4 - 16	Padres
<i>Ages and Stages Questionnaire</i> (ASQ) (Bricker y Squires, 1999)	Evalúa la comunicación, la psicomotricidad, la motricidad fina, la solución de problemas y el ámbito personal y social. Consta de preguntas para evaluar la preocupación de los padres.	0;2 - 5	Padres
<i>Pediatric Developmental Impression</i> (PDI) (Hix-Small et al., 2007)	Evalúa la comunicación, la motricidad fina y gruesa, la solución de problemas y el ámbito personal y social.	1 - 2	Pediatra
<i>Child Health Improvement through Computer Automation</i> (CHICA) (Anand, Carroll y Downs, 2012)	20 ítems. Evalúa tanto la preocupación de los padres como los factores de riesgo.	0 - 21	Padres
<i>Child Development Inventory</i> (CDI) (Ireton, 1992)	300 ítems. Evalúa el desarrollo social, la autoayuda, la psicomotricidad fina y gruesa, el lenguaje, las letras y números.	1;3 - 6	Padres
<i>Pediatric Symptom Checklist</i> (PSC-17) (Jellinek et al., 1999)	17 ítems. Evalúa los problemas internalizantes, externalizantes y la atención.	4 - 16	Padres
<i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i> (SDQ) (Goodman, 1999)	25 ítems. Consta de cinco dominios: Conducta, emoción, hiperactividad/atención, conducta social y prosocial.	4 - 16	Padres y maestros
<i>General Health Questionnaire</i> (GHQ) (Goldberg y Hillier, 1979)	28 ítems. Evalúa la sintomatología somática, la ansiedad/insomnio, la conducta social disfuncional y la depresión severa.	5 - 10	Padres
<i>Child Behavior Checklist</i> (CBCL) (Achenbach, 1991; 1992)	138 ítems. Contiene de dos subescalas que evalúan las dificultades internalizantes y externalizantes.	2 - 18	Maestros
<i>Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment</i> (BITSEA) (Carter y Briggs-Gowan, 2006)	42 ítems. Evalúa los problemas socioemocionales y de conducta.	1 - 3	Padres
<i>WE CARE Survey Instrument</i> (Garg et al., 2007)	10 ítems. Identifica el problema e indica la derivación al servicio correspondiente.	2 - 10	Padres

Tabla 3. Instrumentos usados en el ámbito escolar (Nota: edad 1;3 significa un año y tres meses).

Título	Descripción	Edades	Responsable de cumplimentarlo
<i>Teacher's Observation of Classroom Behavior (TOCA-R)</i> (Petras, Chilcoat, Leaf, Ialongo y Kellam, 2004)	Analiza cinco factores: aceptación de la autoridad, el contacto social, el logro de la cognición y la concentración, la madurez emocional y el nivel de actividad. Proporciona una visión holística del niño.	6 - 12	Maestros
<i>Family Risk Factor Checklist (FRFC)</i> (Dwyer, Nicholson y Battistutta, 2003)	48 ítems. Evalúan la exposición a los factores de riesgo en la familia: los eventos vitales adversos, el nivel socioeconómico, las prácticas parentales, los conflictos y el estado de ánimo y psicopatología de los padres.	4 - 8	Padres y maestros
<i>Child Behavior Checklist (CBCL)</i> (Achenbach, 1991; 1992)	138 ítems. Estudia la frecuencia de síntomas y psicopatología. Hay dos subescalas que evalúan las dificultades internalizantes y externalizantes.	2 - 18	Padres y maestros
<i>Behavior Assessment System for Children (BASC)</i> (Reynolds y Kamphaus, 2004)	Evalúa los aspectos clínicos y adaptativos emocionales y de la conducta.	2 - 18	Padres y maestros
<i>Health and Behavior Questionnaire (HBQ)</i> (Essex et al., 2002)	Consta de dos escalas: síntomas internalizantes y síntomas externalizantes.	4 - 8	Padres y maestros
<i>Systematic Screening for Behavioral Disorders (SSBD)</i> (Walker et al., 1990)	17 ítems. Identifica los alumnos en riesgo y el grado de conductas adaptativas y desadaptativas.	5 - 12	Maestros
<i>Behavioral and Emotional Screening System (BESS)</i> (Kamphaus y Reynolds, 2007)	27 ítems. Identifica los problemas de conducta y emocionales.	3 - 18	Maestros, padres o alumnos
<i>Pediatric Symptom Checklist (PSC-17)</i> (Gardner et al., 1999)	17 ítems. Evalúa los problemas internalizantes, externalizantes y la atención.	4 - 16	Padres
<i>Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)</i> (Goodman, 1999)	25 ítems. Formado por cinco dominios: conducta, emoción, hiperactividad/atención, conducta social y prosocial.	4 - 16	Padres y maestros

### ***Limitaciones en la administración de los instrumentos de cribaje en salud mental infantil (0-6 años)***

La mayor limitación en el ámbito pediátrico es la falta de tiempo (Briggs et al., 2012; Earls y Hay, 2006; Garg et al., 2007; Kuhlthau et al., 2011; Rydz et al., 2006; Weitzman y Leventhal, 2006; Weitzman y Wegner, 2015), junto con el poco entrenamiento en

administración de instrumentos en salud mental de los pediatras (Briggs et al., 2012; Garg et al., 2007; Hacker et al., 2006; Jee et al., 2010; Kuhlthau et al., 2011; Weitzman y Leventhal, 2006; Weitzman y Wegner, 2015) y el coste económico que supone (Earls y Hay, 2006; Hacker et al., 2006; Rydz et al., 2006; Weitzman y Leventhal, 2006).

También se muestra una reticencia a etiquetar los niños (Weitzman y Leventhal, 2006; Weitzman y Wegner, 2015) junto con una estigmatización de las enfermedades mentales por parte de los profesionales (Kuhlthau et al., 2011).

Cuando se da un resultado positivo en el cribado, se da un difícil proceso de derivar a los servicios de salud mental y un conocimiento pobre sobre los recursos y ayudas sociales disponibles (Garg et al., 2007; Hacker et al., 2006; Kuhlthau et al., 2011; Weitzman y Leventhal, 2006; Weitzman y Wegner, 2015). A la vez, hay un bajo seguimiento de las derivaciones hecho que dificulta el efecto preventivo de la detección temprana (Brown et al., 2012; Hacker, Arsenault, Williams y DiGirolamo, 2011).

Las limitaciones en el ámbito escolar se focalizan en la mejoría necesaria de las propiedades psicométricas de los instrumentos disponibles (Albers et al., 2007; Dwyer et al., 2006; Essex et al., 2009), así como los recursos económicos que se destinan (Weist et al., 2007).

La dificultad de derivar a los servicios de salud mental es la más destacable debido a la existencia de recursos limitados (Albers et al., 2007), una dificultad de coordinación y de mantener la calidad de los servicios que se ofrecen (Weist, Rubin, Moore, Adelsheim y Wrobel, 2007). Además, cuando se da un resultado positivo pocas familias acuden a servicios de salud mental (Hacker et al., 2006).

### ***Discusión***

La importancia de una acción preventiva en la primera infancia es reconocida y necesaria en una mayoría de estudios seleccionados. El uso de los instrumentos es muy diferente según el ámbito. En la consulta pediátrica, el uso es muy escaso y los profesionales utilizan mucho más el recurso de la entrevista clínica o instrumentos no estandarizados (Sand et al., 2005), aunque los instrumentos sean numerosos. Es interesante destacar que ningún instrumento tiene en cuenta el papel del enfermero, como profesional para detectar o administrar un instrumento de cribado.

En el ámbito escolar la presencia del psicólogo escolar facilita y apoya la labor preventiva en salud mental (Levitt et al., 2007). Existen un buen número de instrumentos, pero falta una validación psicométrica. En ambos casos, la mayoría de los instrumentos son administrados a padres y maestros.

Las limitaciones presentes en la administración del instrumentos de cribado en los dos ámbitos son: (1) la falta de seguimiento después de la derivación a los servicios de salud mental (Hacker et al., 2006), (2) los gastos económicos que genera (Earls y Hay, 2006; Hacker et al., 2006; Rydz et al., 2006; Weist et al., 2007; Weitzman y Leventhal, 2006), (3) la reticencia de los profesionales a etiquetar a los niños y, finalmente, (4) la falta de entrenamiento en la administración de instrumentos de cribaje en salud mental infantil tanto de profesionales en el ámbito pediátrico como en el ámbito escolar (Briggs et al., 2012; Garg et al., 2007; Hacker et al., 2006; Jee et al., 2010; Kuhlthau et al., 2011; Weitzman y Leventhal, 2006; Weitzman y Wegner, 2015).

En revisiones posteriores será preciso ampliar el criterio temporal en la selección de la muestra, hacer un estudio de las propiedades psicométricas de los instrumentos y desarrollar nuevos instrumentos de cribado para evaluar el niño de forma holística. Se sugiere poder realizar estudios sobre el coste-beneficio de la aplicación de un instrumento. Brown, Riley y Wissow (2007) añaden la necesidad de mejorar el proceso de derivación a los servicios de salud mental cuando hay un resultado positivo en el instrumento de cribado.

Con este estudio se pretende ayudar a mejorar la detección temprana de problemas de conducta y/o emocionales en salud mental infantil. Tanto la escuela como la consulta pediátrica son ámbitos que atienden a la mayoría de los niños y actúan como agentes ideales para poder detectar problemáticas. Ahora bien, hay que trabajar en equipo para que la detección, la derivación, el tratamiento y el seguimiento sean efectivos.

### ***Referencias***

Las referencias marcadas con un asterisco indican estudios comprendidos en la revisión de la literatura.

Achenbach, T.M. (1991). *Manual for Child Behavior Checklist/ 4-18 and 1991 Profile*.

Burlington, VT: Universidad de Vermont, Departamento de Psiquiatría.

Achenbach, T.M. (1992). *Manual for Child Behavior Checklist/ 2-3 and 1992 Profile*.

Burlington, VT: Universidad de Vermont, Departamento de Psiquiatría.

Adelman, H.S. y Taylor, L. (2000). Promoting mental health in schools in the midst of school reform. *Journal of School Health*, 70(5), 171-178.

\*Albers, C.A., Glover, T.A. y Kratochwill, T.R. (2007). Where are we, and where do we go now? Universal screening for enhanced educational and mental health outcomes. *Journal of School Psychology*, 45, 257-263 [doi:10.1016/j.jsp.2006.12.003].



- \*American Academy of Pediatrics. (2006). Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: an algorithm for developmental surveillance and screening. *Pediatrics*, *118*(1), 405-420 [doi:10.1542/peds.2006-1231].
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª Ed. (DSM-5)*. Buenos Aires: Panamericana.
- \*Anand, V., Carroll, A.E. y Downs, S.M. (2012). Automated primary care screening in pediatric waiting rooms. *Pediatrics*, *129*(5), 1275-1281 [doi:10.1542/peds.2011-2875].
- \*Berger-Jenkins, E., McCord, M., Gallagher, T. y Olfson, M. (2012). Effect of routine mental health screening in a low-resource pediatric primary care population. *Clinical Pediatrics*, *51*(4), 359-365 [doi:10.1177/0009922811427582].
- Blanchard, L.T., Gurka, M.J. y Blackman, J.A. (2006). Emotional, developmental, and behavioral health of American children and their families: A report from the 2003 National Survey of Children's Health. *Pediatrics*, *117*(6), 1202-1212 [doi:10.1542/peds.2005-2606].
- \*Briggs, R.D., Stettler, E.M., Silver, E.J., Schrag, R.D.A., Nayak, M., Chinitz, S. y Racine, D.R. (2012). Social-emotional screening for infants and toddlers in primary care. *Pediatrics*, *129*(2), 377-384 [doi:10.1542/peds.2010-2211].
- \*Briggs-Gowan, M.J. y Carter, A.S. (2008). Social-emotional screening status in early childhood predicts elementary school outcomes. *Pediatrics*, *121*(5), 957-962 [doi:10.1542/peds.2007-1948].
- Bricker, D.D. y Squires, J. (1999). *Ages & stages questionnaires: A parent-completed, child-monitoring system*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- \*Brown, C.M., Copeland, K.A., Sucharew, H. y Kahn, R.S. (2012). Social-emotional problems in preschool-aged children: opportunities for prevention and early intervention. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, *166*(10), 926-932 [doi:10.1001/archpediatrics.2012.793].
- Brown, J. D., Riley, A. W. y Wissow, L. S. (2007). Identification of youth psychosocial problems during pediatric primary care visits. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *34*, 269-281 [doi:10.1007/s10488-006-0106-7].
- \*Brown, J.D. y Wissow, L.S. (2010). Screening to identify mental health problems in pediatric primary care: Considerations for practice. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, *40*(1), 1-19 [doi:10.2190/PM.40.1.a].

- Brugman, E., Reijneveld, S.A., Verhulst, F.C. y Verloove-Vanhorick, S.P. (2001). Identification and management of psychosocial problems by preventive child health care. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 155(4), 462-469 [doi:10.1001/archpedi.155.4.462].
- Carter, A.S. y Briggs-Gowan, M.J. (2006). *Infant-Toddler Social and Emotional Assessment*. San Antonio, TX: Harcourt.
- Carter, A.S., Wagmiller, R.J., Gray, S.A.O., McCarthy, K.J., Horwitz, S.M. y Briggs-Gowan, M.J. (2010). Prevalence of DSM-IV disorder in a representative, healthy birth cohort at school entry: Sociodemographic risks and social adaptation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(7), 686-698 [doi:10.1016/j.jaac.2010.03.018].
- Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. y Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 837 [doi:10.1001/archpsyc.60.8.837].
- \*De La Barra, F., Toledo, V. y Rodríguez, J. (2005). Prediction of behavioral problems in Chilean schoolchildren. *Child Psychiatry and Human Development*, 35(3), 227-243 [doi:10.1007/s10578-004-6459-9].
- Dwyer, S.B., Nicholson, J.M. y Battistutta, D. (2003). Population level assessment of the family risk factors related to the onset or persistence of children's mental health problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 44(5), 699-711.
- \*Dwyer, S.B., Nicholson, J.M. y Battistutta, D. (2006). Parent and teacher identification of children at risk of developing internalizing or externalizing mental health problems: A comparison of screening methods. *Prevention Science*, 7(4), 343-357 [doi:10.1007/s11121-006-0026-5].
- \*Earls, M.F. y Hay, S. (2006). Setting the stage for success: Implementation of developmental and behavioral screening and surveillance in primary care practice - The North Carolina Assuring Better Child Health and Development (ABCD) Project. *Pediatrics*, 118(1), 183-188 [doi:10.1542/peds.2006-0475].
- Egger, H.L. y Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3-4), 313-337 [doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01618.x].

- \*Elliott, S.N., Huai, N. y Roach, A.T. (2007). Universal and early screening for educational difficulties: Current and future approaches. *Journal of School Psychology, 45*, 137-161 [doi:10.1016/j.jsp.2006.11.002].
- Essex, M.J., Boyce, W.T., Goldstein, L.H., Armstrong, J.M., Kraemer, H.C. y Kupfer, D.J. (2002). The confluence of mental, physical, social, and academic difficulties in middle childhood. II: Developing the MacArthur Health and Behavior Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*(5), 588-603 [doi:10.1097/00004583-200205000-00017].
- \*Essex, M.J., Kraemer, H.C., Slattery, M.J., Burk, L.R., Boyce, W.T., Woodward, H.R. y Kupfer, D.J. (2009). Screening for childhood mental health problems: Outcomes and early identification. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*(5), 562-570 [doi:10.1111/j.1469-7610.2008.02015.x].
- Gardner, W., Murphy, M., Childs, G., Kelleher, K., Pagano, M., Jellinek, M., ... Sturmer, R. (1999). The PSC-17. *Ambulatory Child Health, 5*(3), 225-236.
- \*Garg, A., Butz, A.M., Dworkin, P.H., Lewis, R.A., Thompson, R.E. y Serwint, J.R. (2007). Improving the management of family psychosocial problems at low-income children's well-child care visits: The WE CARE Project. *Pediatrics, 120*(3), 547-558 [doi:10.1542/peds.2007-0398].
- \*Glascoe, F.P. (2005). Screening for developmental and behavioral problems. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 11*(3), 173-179 [doi:10.1002/mrdd.20068].
- \*Glover, T.A. y Albers, C.A. (2007). Considerations for evaluating universal screening assessments. *Journal of School Psychology, 45*, 117-135 [doi:10.1016/j.jsp.2006.05.005].
- Goldberg, D.P. y Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine, 9*(1), 139-145 [doi: 10.1017/S0033291700021644].
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40*(5), 791-799.
- \*Guzman, M.P., Jellinek, M., George, M., Hartley, M., Squicciarini, A.M., Canenguez, K.M., ... y Murphy, J.M. (2011). Mental health matters in elementary school: First-grade screening predicts fourth grade achievement test scores. *European Child & Adolescent Psychiatry, 20*, 401-411 [doi:10.1007/s00787-011-0191-3].

- \*Hacker, K.A., Arsenault, L.N., Williams, S. y DiGirolamo, A.M. (2011). Mental and behavioral health screening at preventive visits: Opportunities for follow-up of patients who are nonadherent with the next preventive visit. *The Journal of Pediatrics*, 158(4), 666-671 [doi:10.1016/j.jpeds.2010.09.059].
- \*Hacker, K.A., Myagmarjav, E., Harris, V., Suglia, S.F., Weidner, D. y Link, D. (2006). Mental health screening in pediatric practice: Factors related to positive screens and the contribution of parental/personal concern. *Pediatrics*, 118(5), 1896-1906 [doi:10.1542/peds.2006-0026].
- \*Hacker, K.A., Penfold, R., Arsenault, L., Zhang, F., Murphy, M. y Wissow, L. (2014). Screening for behavioral health issues in children enrolled in Massachusetts Medicaid. *Pediatrics*, 133(1), 46-54 [doi:10.1542/peds.2013-1180].
- Harrington, R. (2001). Developmental continuities and discontinuities. *The British Journal of Psychiatry*, 179(3), 189-190 [doi:10.1192/bjp.179.3.189].
- \*Hix-Small, H., Marks, K., Squires, J. y Nickel, R. (2007). Impact of implementing developmental screening at 12 and 24 months in a pediatric practice. *Pediatrics*, 120(2), 381-389 [doi:10.1542/peds.2006-3583].
- Ireton H. (1992). *Child Development Inventories Manual*. Minneapolis, MN: Behavior Science Systems.
- \*Jee, S.H., Conn, A.-M., Szilagyi, P.G., Blumkin, A., Baldwin, C.D. y Szilagyi, M.A. (2010). Identification of social-emotional problems among young children in foster care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(12), 1351-1358 [doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02315.x].
- Jellinek, M.S., Murphy, J.M., Little, M., Pagano, M.E., Comer, D.M. y Kelleher, K.J. (1999). Use of the pediatric Symptom Checklist to screen for psychosocial problems in pediatric primary care: A national feasibility study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153(3), 254-260.
- Jellinek, M.S., Murphy, J.M., Robinson, J., Feins, A., Lamb, S. y Fenton, T. (1988). Pediatric Symptom Checklist: Screening school-age children for psychosocial dysfunction. *The Journal of Pediatrics*, 112(2), 201-209.
- \*Juechter, J.I., Dever, B.V. y Kamphaus, R.W. (2012). Mental health screening and academic outcomes in elementary school. *School Psychology Forum: Research in Practice*, 6(4), 137-147.

- Justicia, F., Benítez, J. L., Pichardo, M. C., Fernández, E., García, T. y Fernández, M. (2006). Aproximación a un nuevo modelo explicativo del comportamiento antisocial. *Electronic Journal of Research in Educational*, 4(9), 131-150.
- Kamphaus, R.W. y Reynolds, C.R. (2007). *BASC-2 Behavioral and Emotional Screening System*. Minneapolis, MN: Pearson.
- \*King, T.M., Tandon, S.D., Macias, M.M., Healy, J.A., Duncan, P.M., Swigonski, N.L., ... Lipkin, P.H. (2009). Implementing developmental screening and referrals: Lessons learned from a national project. *Pediatrics*, 125(2), 350-360 [doi:10.1542/peds.2009-0388].
- \*Kuhlthau, K., Jellinek, M., White, G., VanCleave, J., Simons, J. y Murphy, M. (2011). Increases in behavioral health screening in pediatric care for Massachusetts Medicaid patients. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 165(7), 660-664 [doi:10.1001/archpediatrics.2011.18].
- Lavigne, J.V, Arend, R., Rosenbaum, D., Binns, H. J., Christoffel, K.K., Burns, A. y Smith, A. (1998). Mental health service use among young children receiving pediatric primary care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(11), 1175-1183 [doi:10.1097/00004583-199811000-00017].
- \*Levitt, J.M., Saka, N., Romanelli, L.H. y Hoagwood, K. (2007). Early identification of mental health problems in schools: The status of instrumentation. *Journal of School Psychology*, 45, 163-191 [doi:10.1016/j.jsp.2006.11.005].
- \*Meagher, S.M., Arnold, D.H., Doctoroff, G.L., Dobbs, J. y Fisher, P.H. (2009). Social-emotional problems in early childhood and the development of depressive symptoms in school-age children. *Early Education and Development*, 20(1), 1-24 [doi:10.1080/10409280801947114].
- Petras, H., Chilcoat, H.D., Leaf, P.J., Ialongo, N.S. y Kellam, S.G. (2004). Utility of TOCA-R scores during the elementary school years in identifying later violence among adolescent males. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(1), 88-96 [doi:10.1097/00004583-200401000-00018].
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M.R. y Rahman, A. (2007). No health without mental health. *The Lancet*, 370(9590), 859-877.
- Reynolds, C.R. y Kamphaus, R.W. (2004). *Behavior Assessment System for Children (2<sup>nd</sup> Ed.)*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- \*Rydz, D., Srour, M., Oskoui, M., Marget, N., Shiller, M., Birnbaum, R., ... Shevell, M.I. (2006). Screening for developmental delay in the setting of a community pediatric

- clinic: A prospective assessment of parent-report questionnaires. *Pediatrics*, 118(4), 1178-1186 [doi:10.1542/peds.2006-0466].
- \*Sand, N., Silverstein, M., Glascoe, F.P., Gupta, V.B., Tonniges, T.P. y O'Connor, K.G. (2005). Pediatricians' reported practices regarding developmental screening: Do guidelines work? Do they help? *Pediatrics*, 116(1), 174-179 [doi:10.1542/peds.2004-1809].
- Sawyer, M., Arney, F.M., Baghurst, P.A., Clark, J.J., Graetz, B.W., Kosky, R.J., ... y Zubrick, S. (2002). The mental health of young people in Australia: Key findings from the child and adolescent component of the national survey of mental health and well-being. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(6), 806-814 [doi:10.1046/j.1440-1614.2001.00964.x].
- Sayal, K. y Taylor, E. (2004). Detection of child mental health disorders by general practitioners. *British Journal of General Practice*, 54(502), 348-352.
- Severson, H.H., Walker, H.M., Hope-Doolittle, J., Kratochwill, T.R. y Gresham, F.M. (2007). Proactive, early screening to detect behaviorally at-risk students: Issues, approaches, emerging innovations, and professional practices. *Journal of School Psychology*, 45(2), 193-223 [doi:10.1016/j.jsp.2006.11.003].
- \*Sheldrick, R.C., Merchant, S. y Perrin, E.C. (2011). Identification of developmental-behavioral problems in primary care: A systematic review. *Pediatrics*, 128(2), 356-363 [doi:10.1542/peds.2010-3261].
- \*Simonian, S.J. (2006). Screening and identification in pediatric primary care. *Behavior Modification*, 30(1), 114-131 [doi:10.1177/0145445505283311].
- Simonian, S.J. y Tarnowski, K.J. (2001). Utility of the Pediatric Symptom Checklist for behavioral screening of disadvantaged children. *Child Psychiatry and Human Development*, 31(4), 269-278 [doi:10.1023/A:1010213221811].
- \*Stein, R.E.K., Horwitz, S.M., Storfer-Isser, A., Heneghan, A., Olson, L. y Hoagwood, K.E. (2008). Do pediatricians think they are responsible for identification and management of child mental health problems? Results of the AAP periodic survey. *Ambulatory Pediatrics*, 8(1), 11-17 [doi:10.1016/j.ambp.2007.10.006].
- \*Stormark, K.M., Heiervang, E., Heimann, M., Lundervold, A. y Gillberg, C. (2008). Predicting nonresponse bias from teacher ratings of mental health problems in primary school children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(3), 411-419 [doi:10.1007/s10802-007-9187-3].

- U.S. Department of Health and Human Services. (2001). *Mental Health: Culture, Race, and Ethnicity - A Supplement to Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services.
- Wakschlag, L.S. y Keenan, K. (2001). Clinical significance and correlates of disruptive behavior in environmentally at-risk preschoolers. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(2), 262-275 [doi:10.1207/S15374424JCCP3002\_13].
- Walker, H.M., Severson, H.H., Todis, B.J., Block-Pedego, A.E., Williams, G.J., Haring, N.G. y Barckley, M. (1990). Systematic Screening for Behavior Disorders (SSBD): Further validation, replication, and normative data. *Remedial and Special Education*, 11(2), 32-46.
- \*Weist, M.D., Rubin, M., Moore, E., Adelsheim, S. y Wrobel, G. (2007). Mental health screening in schools. *The Journal of School Health*, 77(2), 53-58 [doi:10.1111/j.1746-1561.2007.00167.x].
- \*Weitzman, C.C. y Leventhal, J.M. (2006). Screening for behavioral health problems in primary care. *Current Opinion in Pediatrics*, 18(6), 641-648 [doi:10.1097/MOP.0b013e3280108292].
- \*Weitzman, C. y Wegner, L. (2015). Promoting optimal development: Screening for behavioral and emotional problems. *Pediatrics*, 135(2), 384-395 [doi:10.1542/peds.2014-3716].
- Williams, J., Klinepeter, K., Palmes, G., Pulley, A. y Foy, J.M. (2004). Diagnosis and treatment of behavioral health disorders in pediatric practice. *Pediatrics*, 114(3), 601-606 [doi:10.1542/peds.2004-0090].
- Williams, J., Palmes, G., Klinepeter, K., Pulley, A. y Foy, J. M. (2005). Referral by pediatricians of children with behavioral health disorders. *Clinical Pediatrics*, 44(4), 343-349. [doi:10.1177/000992280504400410].
- \*Wissow, L.S., Brown, J., Fothergill, K.E., Gadowski, A., Hacker, K., Salmon, P. y Zelkowitz, R. (2013). Universal mental health screening in pediatric primary care: A systematic review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(11), 1134-1147 [doi:10.1016/j.jaac.2013.08.013].
- Yarnall, K.S., Pollak, K.I., Ostbye, T., Krause, K.M. y Michener, J.L. (2003). Primary Care: Is There Enough Time For Prevention? *American Journal of Public Health Public Health*, 93(4), 635-641 [doi:10.2105/AJPH.93.4.635].

## **ESTUDIO 2: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LOS FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO SOCIAL Y EMOCIONAL EN LA PRIMERA INFANCIA**

---

Anglès-Virgili, N., Vendrell, R. y Andrés, A. (En revisión). Revisión bibliográfica de los factores de riesgo en el desarrollo social y emocional en la primera infancia. *Apuntes de Psicología*.

### ***Resumen***

Los problemas en salud mental son fruto de la interrelación de distintas variables y conllevan una repercusión en la persona y su entorno. Es durante los primeros años de vida, donde la identificación precoz y el seguimiento de los factores de riesgo tiene un papel relevante, como actividad preventiva en salud mental. El objetivo del manuscrito es identificar los factores de riesgo en salud mental presentes en la primera infancia mediante una revisión bibliográfica internacional. Utilizando las palabras clave *Prevention, Early Childhood, Risk Factors, Intervention* y *Social and Emotional Development*, se ha obtenido una muestra de 74 estudios a través de la base de datos *Medline* y *Discovery*. Los resultados identifican cinco categorías claves en el desarrollo de la salud mental durante la primera infancia: el embarazo y el nacimiento, los factores familiares, la conducta, la regulación emocional y la escuela. La identificación de los factores de riesgo en salud mental y el seguimiento del desarrollo de forma global, teniendo en cuenta al niño y a su entorno, facilitan la tarea de prevención. El conocimiento de los factores de riesgo permite identificar, ofrecer una atención precoz y reducir o eliminar una afectación en salud mental.

**Palabras clave:** Prevención, salud mental, factores de riesgo, desarrollo socioemocional.

### ***Abstract***

Mental health problems are the result of an interrelation of different variables and, entail an impact on the person and their environment. During a child's first years, identifying and monitoring risk factors plays a relevant role as a preventative activity in mental health. The manuscript aims to review the internationally published scientific literature on mental health risk factors present in early childhood. Using keywords such as *Prevention, Early Childhood, Risk Factors, Intervention*, and *Social and Emotional Development*, a sample of 74 studies have been collected, through data bases *Medline* and *Discovery*. The results identify five key categories found in mental health development during early childhood years: pregnancy and birth, family factors, behavior, emotional regulation and school. The identification of risk



factors in mental health and the global monitoring of development, taking into account the individual child and their environment, facilitates the task of prevention. The knowledge of such factors allows further identification and offers early attention and care. Thus, reducing or eliminating an affectation in mental health.

**Keywords:** Prevention, mental health, risk factors, social-emotional development.

### ***Introducción***

La prevalencia de los trastornos en salud mental infanto-juvenil se sitúa entre un 10% y un 20%, a nivel nacional y mundial (Carballal Mariño et al., 2018; Lyons-Ruth et al., 2017). La salud mental es un concepto amplio en que se incluye casuísticas muy diversas que afectan a un importante sector de los niños, las niñas y sus familias. Así mismo, es fruto de la interrelación de diversas variables: genéticas, ambientales, de personalidad, etc., por lo que es necesario hacer un seguimiento del desarrollo desde una dimensión biopsicosocial (Buitrago Ramírez et al., 2018; Engel, 1977). Los estudios publicados, reportan factores de riesgo y de protección de diversas tipologías, biológicas, psicológicas y sociales que afectan al niño, al contexto familiar y al desarrollo social y emocional (Jacka et al., 2013; Metwally et al., 2016).

En esta línea, la identificación de los factores de riesgo durante la infancia es fundamental en la prevención de los trastornos mentales (Anglès-Virgili y Vendrell-Mañós, 2017). Conviene destacar la evidencia que la intervención precoz y los recursos de asistencia social y/o comunitaria evitan los trastornos psicosociales graves (Kieling et al., 2011). En consecuencia, se presenta esta revisión bibliográfica con el objetivo de determinar los factores de riesgo en salud mental presentes en la primera infancia, del nacimiento a los 6 años de edad.

### ***Método***

Se revisó la literatura publicada a nivel internacional sobre los factores de riesgo en salud mental infantil mediante la base de datos *Medline* y el metabuscador *Discovery*, entre los años 2005 y 2015. Las palabras clave utilizadas fueron *Prevention, Early Childhood, Risk Factors, Intervention* y *Social and Emotional development*, junto a los booleans “and” y “or”. Se obtienen 8869 registros, los cuáles se acotan por las materias siguientes: *Children, Prevention, Social development* y *Emotional development*, obteniendo 1540 registros. Se incluyeron en la revisión aquellos estudios que refieren a factores de riesgo presentes en la primera infancia, del nacimiento a los 6 años de edad. Se descartaron aquellos estudios que no citaban a factores de riesgo o que el periodo de edad no era el mencionado. Del total de 1540 registros obtenidos, se seleccionaron 74 estudios, que conforman la revisión bibliográfica.

### ***Resultados***

A partir de los trabajos recopilados en la revisión (n=74), se identificaron 5 categorías: Embarazo y nacimiento, Factores familiares, Conducta, Regulación emocional y Escuela. Cada categoría y subcategoría están conformadas por un número determinado de artículos (Tabla 1).

*Tabla 1. Categorías y subcategorías obtenidas en la revisión bibliográfica*

Categorías	Subcategorías
1. Embarazo y nacimiento (n=18)	1.1 Ansiedad y depresión prenatal
	1.2 Consumo de sustancias
	1.3 Bebés prematuros
	1.4 Bajo peso al nacer
2. Factores familiares (n=27)	2.1 Familia monoparental
	2.2 Estilo parental autoritario y sobreprotector
	2.3 Vinculación insegura
	2.4 Dificultad de proveer de factores de protección
	2.5 Trastornos mentales en los progenitores
3. Conducta (n=20)	3.1 Conductas desafiantes y oposicionistas
	3.2 Problemas en la regulación de la conducta
	3.3 Dificultades en la atención e hiperactividad
	3.4 Inhibición conductual
4. Regulación emocional (n=30)	4.1 Eventos adversos
5. Escuela (n=5)	5.1 Problemas en la conducta y los aprendizajes

### ***1. Embarazo y nacimiento***

#### ***1.1 Ansiedad y depresión prenatal***

El periodo prenatal puede conllevar el desarrollo de malestar en la madre y en algunos casos derivar en un trastorno mental. Los trastornos mentales producidos durante el periodo prenatal y citados en la revisión bibliográfica son la ansiedad y la depresión. En referencia a la ansiedad, cuatro estudios la mencionan como una posible afectación en el desarrollo socioemocional, cognitivo y físico del recién nacido (Cardwell, 2013; Glover y Barlow, 2014; Kingston, Tough y Whitfield, 2012; Kleinhaus et al., 2013). Asimismo, diversos estudios destacaron la depresión prenatal de la madre con la posibilidad de sufrir un trastorno mental en el niño, como la conducta violenta con agresividad e inadaptación (Bayer et al., 2011a; Hay, Pawlby, Waters, Perra y Sharp, 2010; Pawlby, Hay, Sharp, Waters y Pariante, 2011).

#### ***1.2 Consumo de sustancias***

Durante el periodo de gestación, el consumo de sustancias, como el alcohol, el tabaco o las drogas, se asocia al posible desarrollo de trastornos mentales como el Trastorno del Espectro Autista (TEA) y el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) (Bayer et al., 2011a; D'Arcy y Meng, 2014; Jaspers et al., 2013).

### ***1.3 Bebés prematuros***

El nacer a pretérmino puede conllevar consecuencias en el desarrollo. De este modo, los datos indican que el 50% de los nacidos prematuros han experimentado un retraso cognitivo en las funciones ejecutivas y dificultades en el ámbito escolar (Mahoney, Minter, Burch y Stapel-Wax, 2013).

Ahora bien, dependiendo del número de semanas que el bebé nace a pretérmino, las consecuencias en el desarrollo pueden ser distintas. En el caso de nacer prematuro extremadamente, menos de 32 semanas de gestación, se relaciona con un posible diagnóstico de TEA (Zhang et al., 2010). Los prematuros, nacidos antes de la semana 37 de gestación, tienen un mayor riesgo de desarrollar consecuencias físicas, cognitivas y emocionales a largo plazo: problemas en la interacción social, de comunicación u otro trastorno psicológico, debido a una incompleta gestación. En los prematuros tardíos, entre las 34 y las 36 semanas de gestación, se detecta la posibilidad de sufrir trastornos del desarrollo, de la conducta, emocionales y problemas en la escuela (Boulet, Schieve y Boyle, 2011; Lindström, Lindblad y Hjern, 2011; Metwally et al., 2016; Welch et al., 2015). El estudio de Gudmundsson y cols. (2011) indica que un tiempo más corto de gestación, se relaciona con la posibilidad de desarrollar depresión durante el ciclo vital, en las mujeres. En consonancia, se detalla que los niños nacidos prematuramente obtienen mayores puntuaciones de los 18 a los 36 meses en afectividad negativa, extraversión, control del esfuerzo y una pobre autorregulación (Cosentino-Rocha, Klein y Linhares, 2014).

### ***1.4 Bajo peso al nacer***

Un peso del recién nacido menor a 1500 gramos, se relaciona con un alto riesgo de desarrollar problemas en la interacción social, la comunicación u otro trastorno psicológico en la edad adulta (Jaspers et al., 2013; Mahoney et al., 2013; Zhang et al., 2010). Así mismo, se pueden producir dificultades en la escuela, derivadas del retraso en el desarrollo, según un estudio realizado en una población entre los 3 y los 7 años (Boulet et al., 2011).

En esta misma línea, Rice y cols. (2010) ponen de manifiesto que puede haber una relación entre un bajo peso al nacer y la edad gestacional, con el desarrollo de conductas externalizantes de los 4 a los 10 años.

## ***2. Factores familiares***

### ***2.1 Familia monoparental***

Dos estudios hacen referencia a la familia monoparental, como posible factor de riesgo, cuando se produce la crianza en solitario, es decir, con una falta de soporte del entorno (Bofill Moscardó, Fernández Corchero, Villegas Briz, García del Moral y Hijano Bandera, 2010; Webster-Stratton y Herman, 2010).

### ***2.2 Estilo parental autoritario y sobreprotector***

El estilo parental influye en el desarrollo de la relación entre los progenitores y sus hijos. Se identifican como factores de riesgo los estilos parentales autoritario y sobreprotector.

El estilo parental autoritario se caracteriza por progenitores rígidos, duros, con una disciplina abusiva que expresan irritabilidad, intolerancia y desarrollan una relación insegura con sus hijos. Como consecuencia, se puede producir una externalización o internalización de la conducta en los menores de 6 años (Bayer et al., 2011b; Hendricks y Liu, 2012) o el desarrollo de una conducta antisocial entre los 3 y los 8 años de edad (Webster-Stratton y Herman, 2010).

La sobreprotección de los padres, según la revisión de estudios longitudinales, es un factor de riesgo en el desarrollo de trastornos en la edad adulta (Fryers y Brugha, 2013). La mayoría de estudios lo relacionan como un factor de riesgo en el desarrollo de la conducta inhibitoria y ansiedad, producido por la evitación de situaciones que provocan ansiedad entre los 3 y los 8 años. En este estilo parental, los padres transmiten el mensaje que el entorno es una amenaza a sus hijos (Affrunti y Ginsburg, 2012; Bayer et al., 2011b; Edwards, Rapee y Kennedy, 2010; Hudson, Dodd y Bovopoulos, 2011a; Lewis-Morrarty et al., 2012; Muris, van Brakel, Arntz y Schouten, 2011). En esta tipología de familias, es posible que se produzca una interacción coercitiva, basada en que los padres ceden frente a las peticiones del niño y estas aumentan, siendo un factor de riesgo en el desarrollo de la conducta del niño (Webster-Stratton y Herman, 2010).

### ***2.3 Vinculación insegura***

Una vinculación insegura se detecta como un factor de riesgo en el desarrollo de trastornos mentales como la ansiedad y la depresión en la edad adulta, en cinco estudios de la revisión (Bofill Moscardó et al., 2010; Brumariu y Kerns, 2010; Colonessi et al., 2011; D'Arcy y Meng, 2014; Muris et al., 2011).

#### ***2.4 Dificultad per proveer de factores de protección***

Una crianza inconsistente se caracteriza por la dificultad de proveer de factores de protección, como la falta de atención positiva, la estimulación cognitiva, las rutinas y la participación en la escuela, siendo un factor de riesgo en los niños entre los 3 y los 8 años de edad (Webster-Stratton y Herman, 2010), en el desarrollo de ansiedad en el niño (Drake y Ginsburg, 2012; Hudson et al., 2011a) y un mayor consumo de alcohol durante la adolescencia en chicos (Burk et al., 2012). Otros estudios, identifican la ausencia de conductas positivas de los progenitores en la primera infancia, como un factor de riesgo en el desarrollo del TDAH, el TEA, una inhibición en las competencias sociales, cognitivas y emocionales e inseguridades. Como consecuencia, se produce un aumento de la agresión física debido a la disregulación, en niños menores de 6 años (Jaspers et al., 2013).

#### ***2.5 Trastornos mentales en los progenitores***

Los trastornos mentales en los padres son un factor de riesgo en el desarrollo de patologías en sus hijos, debido a factores biológicos y ambientales. Los trastornos mentales de los padres citados en la revisión bibliográfica y que causan afectación en el desarrollo son la depresión y la ansiedad. En ambos trastornos, el hecho de que las figuras parentales los sufran, conlleva un riesgo de desarrollo de estos en los hijos, explicado por factores genéticos o biológicos (Becker, Ginsburg, Domingues y Tein, 2010; Bofill Moscardó et al., 2010; Carter et al., 2010; D'Arcy y Meng, 2014; Edwards et al., 2010; Fujiwara y Kawakami, 2011; Green et al., 2010; Hudson et al., 2011a; Lee et al., 2011; Mazza, Fleming, Abbott, Haggerty y Catalano, 2010; McLaughlin et al., 2010; Mian, Wainwright, Briggs-Gowan y Carter, 2011; Muris et al., 2011; Pahl, Barrett y Gullo, 2012).

Por otro lado, las características interpersonales de los padres que sufren un trastorno mental, pueden conllevar a conflictos familiares, soledad, falta de soporte, bajos ingresos, vínculo inseguro, altos niveles de emoción expresada, excesiva cohesión o comportamiento perturbador, con una posible afectación el desarrollo socioemocional de los hijos (Knappe, Beesdo-Baum y Wittchen, 2010; Webster-Stratton y Herman, 2010).

Cabe destacar que el consumo de sustancias en los padres durante la infancia es un predecesor de problemas de alcohol y diestrés psicológico de los hijos en la edad adulta (Strine et al., 2012). Los niños con padres que sufren un trastorno bipolar, tienen más posibilidades de sufrir otra patología; un 48% sufren ansiedad (Tseng et al., 2015). En el caso concreto de las psicosis, es importante tener en cuenta la genética, ya que existe una posibilidad de un 10% de

manifestarse si los padres la sufren, a diferencia del 1% de prevalencia en población general (Fryers y Brugha, 2013).

### **3. Conducta**

#### **3.1 Conductas desafiantes y oposicionistas**

Las conductas oposicionistas y desafiantes entre los 3 y los 18 años se asocian a un mayor riesgo a sufrir trastornos del estado de ánimo, como el trastorno bipolar, ansiedad y problemas en la regulación de la conducta en la edad adulta (Reef, Diamantopoulou, Van Meurs, Verhulst y Van der Ende, 2011a, 2010; Tseng et al., 2015). Es importante destacar que entre los 2 y los 3 años, las conductas agresivas y oposicionistas predicen problemas de internalización, en las niñas (Mazza et al., 2010).

#### **3.2 Problemas en la regulación de la conducta**

Los problemas de regulación de la conducta se vinculan con problemas de disregulación emocional, ambos están interrelacionados. Por este motivo, la expresión de la ira y las tendencias a agitarse a partir de los 6 meses de edad predicen agresiones posteriores y problemas de conducta (Hay et al., 2014).

Así mismo, los problemas en la regulación de la conducta, entre los 3 y los 6 años, están asociados a un mayor posibilidad de sufrir trastorno bipolar. Hasta los 4 años los problemas en la conducta son un factor de riesgo en el desarrollo del TEA (Jaspers et al., 2013). De los 4 a los 18 años, los problemas de conducta predicen el desarrollo del trastorno de ansiedad, del estado de ánimo y el trastorno oposicionista desafiante (Reef, Van Meurs, Verhulst y Van Der Ende, 2010b).

Entre los 3 y los 5 años, los problemas de regulación de la conducta se expresan con rabietas que son habituales y proporcionan información sobre la existencia de problemas de conducta y emocionales. La calidad y la frecuencia permiten detectar la gravedad. Son un factor de riesgo cuando se detecta una mala regulación de la conducta, comportamientos cualitativamente graves diarios, rabietas de más de 5 minutos, con agresividad, con adultos que no son figuras de referencia y sin ningún motivo (Wakschlag et al., 2012).

Otro estudio relaciona los problemas de conducta entre los 3 y 8 años con una mayor tendencia a desarrollar síntomas neurocognitivos y características temperamentales como la inatención, el TDAH y altos índices de agresividad. También se relacionan con síntomas depresivos, déficits en habilidades socio-cognitivas y emocionales (Webster-Stratton y Herman, 2010).

Las conductas externalizantes como la agresión y oposición, entre los 3 y los 16 años, muestran dificultades en la regulación de la conducta y se relacionan con el desarrollo del trastorno negativista desafiante (TND) durante la infancia (Stringaris, Maughan y Goodman, 2010) y conductas disruptivas en la adultez (Reef et al., 2011).

### ***3.3 Dificultades en la atención e hiperactividad***

Las dificultades de atención e hiperactividad durante la edad preescolar se identifican como posible factor de riesgo en el desarrollo del TEA, el TDAH (Jaspers et al., 2013; Sánchez-Pérez y González-Salinas, 2013), la depresión, la ansiedad y comportamientos delictivos posteriores (Fryers y Brugha, 2013).

### ***3.4 Inhibición conductual***

Existe una relación entre la inhibición conductual y la ansiedad. Los datos muestran que la inhibición conductual entre los 2 y los 8 años es factor de riesgo en el desarrollo de ansiedad. Así mismo, el 15% de los niños entre los 14 meses y los 7 años que presentan una conducta inhibitoria, desarrollaran un trastorno por ansiedad social (Beaton et al., 2014; Clauss y Blackford, 2012; Essex, Klein, Slaterry, Goldsmith y Kalin, 2010; Frenkel et al., 2015; Hudson, Dodd, Lyneham y Bovopoulous, 2011b; Mian et al., 2011; Muris et al., 2011; Pahl et al., 2012). En esta misma línea, la inhibición conductual en la edad preescolar se asocia a un mayor riesgo de sufrir trastorno bipolar (Tseng et al., 2015), depresión y un comportamiento delictivo (Fryers y Brugha, 2013).

## ***4. Regulación emocional***

Las dificultades en la regulación emocional son un factor de riesgo en el desarrollo socioemocional. Se muestra la presencia de una menor capacidad en la regulación emocional, una mayor explosión emocional y de dificultades en la cognición social como factores de riesgo en el desarrollo del TDAH (Sánchez-Pérez y González-Salinas, 2013). Por otro lado, la dificultad en la regulación emocional, como la expresión de la ira y la tendencia a agitarse a los 6 meses, predice agresiones posteriores y problemas de conducta (Hay et al., 2014). Alrededor de los 3 años, la desregulación emocional, puede predecir el TND y la comorbilidad con otro trastorno, como el TDAH (Stringaris, Maughan y Goodman, 2010).

Así pues, la irritabilidad es un factor de riesgo en el desarrollo de trastornos internalizantes y externalizantes en la infancia (Dougherty et al., 2013). Edwards y cols. (2010) detallan que la ansiedad infantil es un predictor del desarrollo de ansiedad en edades más avanzadas, el trastorno del estado de ánimo y la conducta disruptiva (Reef et al., 2010b).



#### ***4.1 Eventos adversos***

Los eventos adversos son circunstancias o situaciones que generan un malestar en el núcleo familiar.

Existe una relación entre la presencia de adversidades y la posibilidad de desarrollar trastornos de salud mental. Esta relación se explica por el estrés que conlleva hacer frente a adversidades, y que afecta a las estructuras cerebrales implicadas en trastornos de salud mental (Benjet, Borges y Medina-Mora, 2010). Un estudio llevado a cabo por Lee y cols. (2011) indica que las circunstancias adversas de los 4 a los 24 años explican el 30,5% de los trastornos de salud mental.

Cabe destacar que los eventos adversos citados en la revisión y que pueden producir una afectación en el desarrollo son la violencia en la familia, el abuso sexual y físico, el abuso psicológico y emocional, las pérdidas interpersonales, las adversidades económicas, el divorcio y el conflicto interparental. Numerosos estudios indican que todos ellos producen situaciones de estrés, tanto en el niño como en su entorno, y pueden ser desencadenantes de trastornos mentales como los trastornos del estado de ánimo, el trastorno bipolar, la ansiedad, el consumo de sustancias, el trastorno del sueño y las tentativas de suicidio (Benjet, Borges y Medina-Mora, 2010; Bofill Moscardó et al., 2010; Briggs-Gowan et al., 2010; Carter et al., 2010; Chen et al., 2010; Cutajar et al., 2010; D'Arcy y Meng, 2014; Fujiwara y Kawakami, 2011; Gal, Levav y Gross, 2011; Graham, Pfeifer, Fisher, Carpenter y Fair, 2015; Gravseth, Mehlum, Bjerkedal y Kristensen, 2010; Green et al., 2010; Holmes, 2013; Hovens et al., 2010; Korkeila et al., 2010; Lee et al., 2011; Maniglio, 2013; McLaughlin et al., 2010; Metwally et al., 2016; Najman et al., 2010; Norman et al., 2012; Seok et al., 2012; Spinhoven et al., 2010; Strine et al., 2012; Yoshikawa, Aber y Beardslee, 2012).

### ***5. Escuela***

#### ***5.1 Problemas en la conducta y los aprendizajes***

En la escuela, el elemento más fácil de detectar son las conductas que irrumpen la dinámica escolar. Los problemas de conducta, los comportamiento agresivos o disruptivos conllevan a una mayor posibilidad de desarrollar el TDAH y la agresividad. Las conductas agresivas o disruptivas en el aula, si no se limitan, pueden derivar en un trastorno de la conducta (Sánchez-Pérez y González-Salinas, 2013; Webster-Stratton y Herman, 2010).

Los problemas de conducta entre los 3 y los 8 años se relacionan con síntomas depresivos, déficits en las habilidades socio-cognitivas y de regulación emocional. Esta

afectación se produce por una menor capacidad de generar alternativas a los conflictos sociales, una menor anticipación de las consecuencias de la agresión, una distorsión de las señales sociales y menores habilidades académicas y déficits cognitivos (Webster-Stratton y Herman, 2010).

En la escuela, las dificultades en los aprendizajes se asocian a dificultades emocionales y de conducta y se relacionan con un estado de ánimo depresivo entre los 6 y los 14 años, como también al desarrollo de ansiedad y depresión en adultos (Fryers y Brugha, 2013; Gore, Hastings y Brady, 2014; Mazza et al., 2010).

### *Discusión*

La gran afectación de la salud mental en la sociedad implica la necesidad de implantar medidas de prevención de los trastornos mentales durante los primeros años de vida. La monitorización del desarrollo integral en la infancia es necesario, como también el acompañamiento del entorno del niño en el crecimiento (Buitrago Ramírez et al., 2018). La aparición de factores de riesgo, pueden ayudar a actuar y, en el caso que sea necesario, proporcionar una atención precoz, como elemento preventivo en el desarrollo (D'Arcy y Meng, 2014).

El presente manuscrito aporta los factores de riesgo identificados internacionalmente en el desarrollo socioemocional de la primera infancia. Mediante el análisis de los artículos obtenidos en la revisión bibliográfica, se han identificado cinco categorías de factores de riesgo: (1) el embarazo y el nacimiento, (2) los factores familiares, (3) la conducta, (4) la regulación emocional y (5) la escuela. Estas categorías y sus correspondientes subcategorías, permiten obtener una visión holística del desarrollo socioemocional del niño y su entorno. Los resultados incluyen la dimensión biopsicosocial en el estudio del desarrollo infantil (Engel, 1977). Cabe recordar que el desarrollo del niño es fruto de la interacción con el entorno durante los primeros años de vida, principalmente la familia y la escuela (Bronfenbrenner, 1987).

La información presentada tiene como objetivo ayudar a la prevención de los trastornos mentales mediante la detección precoz de factores de riesgo en el desarrollo de la salud mental. En esta misma línea, se incide en la importancia de invertir en los primeros años de vida en salud mental con el fin de obtener resultados positivos a largo plazo (Irrázaval, Prieto y Armijo, 2016).

Como limitaciones del estudio, se detecta la necesidad de ampliar el criterio temporal, realizar un análisis por países, para identificar las diferencias en los factores de riesgo a nivel

individual y la posibilidad de diseñar un instrumento de cribaje para facilitar la detección de los factores de riesgo en la práctica profesional.

Este estudio pretende aportar una mirada global de la primera infancia que permita identificar aquellas trayectorias o conductas que pueden ser un factor de riesgo en salud mental en edades posteriores. La identificación precoz reduce las consecuencias personales, sociales y económicas de los trastornos mentales y está en los profesionales que trabajan con la primera infancia actuar para cambiar ciertas trayectorias; conocer los factores de riesgo, lo facilitará.

### **Referencias**

Las referencias marcadas con un asterisco indican los estudios que pertenecen a la revisión.

- \*Affrunti, N. W. y Ginsburg, G. S. (2012). Maternal Overcontrol and Child Anxiety: The Mediating Role of Perceived Competence. *Child Psychiatry & Human Development*, 43(1), 102–112. [doi:10.1007/s10578-011-0248-z].
- 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.
- \*Bayer, J. K., Ukoumunne, O. C., Lucas, N., Wake, M., Scalzo, K. y Nicholson, J. M. (2011a). Risk Factors for Childhood Mental Health Symptoms: National Longitudinal Study of Australian Children. *Pediatrics*, 128(4), e1–e15. [doi:10.1542/peds.2011-0491].
- \*Bayer, J. K., Rapee, R. M., Hiscock, H., Ukoumunne, O. C., Mihalopoulos, C., Clifford, S. y Wake, M. (2011b). The *Cool Little Kids* randomised controlled trial: Population-level early prevention for anxiety disorders. *BMC Public Health*, 11(11), 11- 20. [doi:10.1186/1471-2458-11-11].
- \*Beaton, R. M., Bayer, J. K., Perry, A., Mathers, M., Hiscock, H., Wake, M., ... Rapee, R. M. (2014). Community Screening for preschool child inhibition to offer the “Cool Little Kids” anxiety prevention programme. *Infant and Child Development*, 23(6), 650–661. [doi:10.1002/icd.1863].
- \*Becker, K. D., Ginsburg, G. S., Domingues, J. y Tein, J-Y. (2010). Maternal Control Behavior and Locus of Control: Examining Mechanisms in the Relation Between Maternal Anxiety Disorders and Anxiety Symptomatology in Children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 533–543. [doi:10.1007/s10802-010-9388-z].
- \*Benjet, C., Borges, G. y Medina-Mora, M. E. (2010). Chronic childhood adversity and onset of psychopathology during three life stages: Childhood, adolescence and adulthood.

- Journal of Psychiatric Research*, 44(11), 732–740. [doi:10.1016/j.jpsychires.2010.01.004].
- \*Bofill Moscardó, I., Fernández Corchero, A., Villegas Briz, M. A., García del Moral, A. y Hijano Bandera, F. (2010). Psiquiatría infantil: patología prevalente en Atención Primaria, abordaje y tratamiento. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 12(Supl 19), s93-s106. [doi:10.4321/S1139-76322010000500001].
- \*Boulet, S. L., Schieve, L. A. y Boyle, C. A. (2011). Birth Weight and Health and Developmental Outcomes in US Children, 1997-2005. *Maternal and Child Health Journal*, 15, 836–844. [doi:10.1007/s10995-009-0538-2].
- \*Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Clark, R., Augustyn, M., McCarthy, K. J. y Ford, J. D. (2010). Exposure to potentially traumatic events in early childhood: differential links to emergent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(10), 1132–1140. [doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02256.x].
- \*Brumariu, L. E. y Kerns, K. A. (2010). Parent-child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions. *Development and Psychopathology*, 22(1), 177–203. [doi:10.1017/S0954579409990344].
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano: Cognición y desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Buitrago Ramírez, F. (coord.), Ciurana Misol, R., Chocrón Bentata, 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(Supl 1), 83–108. [doi:10.1016/S0212-6567(18)30364-0].
- \*Burk, L. R., Armstrong, J. M. y Goldsmith, H. H., Klein, M. H., Strauman, T. J., Cotanzo, P. y Essez, M. J. (2012). Sex, Temperament, and Family Context: How the Interaction of Early Factors Differentially Predict Adolescent Alcohol Use and Are Mediated by Proximal Adolescent Factors. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(1), 1–15. [doi:10.1037/a0022349].
- Carballal Mariño, M., Gago Ageitos, A., Ares Alvarez, J., del Rio 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].
- \*Cardwell, M. S. (2013). Stress: Pregnancy Considerations. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 68(2), 119–129. [doi:10.1097/OGX.0b013e31827f2481].

- \*Carter, A. S., Wagmiller, R. J., Gray, S. A. O., McCarthy, K. J., Horwitz, S. M. y Briggs-Gowan, M. J. (2010). Prevalence of DSM-IV Disorder in a Representative, Healthy Birth Cohort at School Entry: Sociodemographic Risks and Social Adaptation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(7), 686–698. [doi:10.1016/j.jaac.2010.03.018].
- \*Chen, L. P., Murad, M. H., Paras, M. L., Colbenson, K. M., Sattler, A. L., Goranson, E. N., ... Zirakzadeh, A. (2010). Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(7), 618–629. [doi:10.4065/mcp.2009.0583].
- \*Clauss, J. A. y Blackford, J. U. (2012). Behavioral Inhibition and Risk for Developing Social Anxiety Disorder: A Meta-Analytic Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(10), 1066–1075. [doi:10.1016/j.jaac.2012.08.002].
- \*Colonessi, C., Draijer, E. M., Stams, G. J. J. M., Van der Bruggen, C. O., Bogels, S. M. y Noom, M. J. (2011). The Relation Between Insecure Attachment and Child Anxiety: A Meta-Analytic Review. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(4), 630–645. [doi:10.1080/15374416.2011.581623].
- \*Cosentino-Rocha, L., Klein, V. C. y Linhares, M. B. M. (2014). Effects of preterm birth and gender on temperament and behavior in children. *Infant Behavior and Development*, 37(3), 446–456. [doi:10.1016/j.infbeh.2014.04.003].
- \*Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R., Thomas, S. D., Wells, D. L. y Spataro, J. (2010). Schizophrenia and Other Psychotic Disorders in a Cohort of Sexually Abused Children. *Archives of General Psychiatry*, 67(11), 1114–1119. [doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.147].
- \*D'Arcy, C. y Meng, X. (2014). Prevention of common mental disorders: conceptual framework and effective interventions. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(4), 294–301. [doi:10.1097/YCO.0000000000000076].
- \*Dougherty, L. R., Smith, V. C., Bufferd, S. J., Stringaris, A., Leibenluft, E., Carlson, G. A. y Klein, D. N. (2013). Preschool Irritability: Longitudinal Associations with Psychiatric Disorders at Age 6 and Parental Psychopathology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(12), 1304–1313. [doi:10.1016/j.jaac.2013.09.007].
- \*Drake, K. L. y Ginsburg, G. S. (2012). Family Factors in the Development, Treatment, and Prevention of Childhood Anxiety Disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(2), 144–162. [doi:10.1007/s10567-011-0109-0].

- \*Edwards, S. L., Rapee, R. M. y Kennedy, S. (2010). Prediction of anxiety symptoms in preschool-aged children: examination of maternal and paternal perspectives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(3), 313–321. [doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02160.x].
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. [doi:10.1126/science.84746].
- \*Essex, M. J., Klein, M. H., Slattery, M. J., Goldsmith, H. H. y Kalin, N. H. (2010). Early Risk Factors and Developmental Pathways to Chronic High Inhibition and Social Anxiety Disorder in Adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 167(1), 40–46. [doi:10.1176/appi.ajp.2009.07010051].
- \*Frenkel, T. I., Fox, N. A., Pine, D. S., Walker, O. L., Degnan, K. A. y Chronis-Tuscano, A. (2015). Early childhood behavioral inhibition, adult psychopathology and the buffering effects of adolescent social networks: a twenty-year prospective study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(10), 1065–1073. [doi:10.1111/jcpp.12390].
- \*Fryers, T. y Brugha, T. (2013). Childhood Determinants of Adult Psychiatric Disorder. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 9, 1–50. [doi:10.2174/1745017901309010001].
- \*Fujiwara, T. y Kawakami, N. (2011). Association of childhood adversities with the first onset of mental disorders in Japan: Results from the World Mental Health Japan, 2002-2004. *Journal of Psychiatric Research*, 45(4), 481–487. [doi:10.1016/j.jpsychires.2010.08.002].
- \*Gal, G., Levav, I. y Gross, R. (2011). Psychopathology Among Adults Abused During Childhood or Adolescence: Results from the Israel-Based World Mental Health Survey. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(4), 222–229. [doi:10.1097/NMD.0b013e31820c7543].
- \*Glover, V. y Barlow, J. (2014). Psychological adversity in pregnancy: what works to improve outcomes? *Journal of Children's Services*, 9(2), 96–108. [doi:10.1108/JCS-01-2014-0003].
- \*Gore, N., Hastings, R. y Brady, S. (2014). Early intervention for children with learning disabilities: making use of what we know. *Tizard Learning Disability Review*, 19(4), 181–189. [doi:10.1108/TLDR-08-2013-0037].
- \*Graham, A. M., Pfeifer, J. H., Fisher, P. A., Carpenter, S. y Fair, D. A. (2015). Early life stress is associated with default system integrity and emotionality during infancy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(11), 1212–1222. [doi:10.1111/jcpp.12409].

- \*Gravseth, H. M., Mehlum, L., Bjerkedal, T. y Kristensen, P. (2010). Suicide in young Norwegians in a life course perspective: population-based cohort study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, *64*(5), 407–412. [doi:10.1136/jech.2008.083485].
- \*Green, J. G., McLaughlin, K. A., Berglund, P. A., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M. y Kessler, R. C. (2010). Childhood Adversities and Adult Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey Replication I: Associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry*, *67*(2), 113–123. [doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.186].
- \*Gudmundsson, P., Andersson, S., Gustafson, D., Waern, M., Östling, S., Hällström, T., Palsson, S., Skoog, I. y Hulthen, L. (2011). Depression in Swedish women: relationship to factors at birth. *Psychiatric Epidemiology*, *26*(1), 55-60. [doi:10.1007/s10654-010-9508-7].
- \*Hay, D. F., Pawlby, S., Waters, C. S., Perra, O. y Sharp, D. (2010). Mothers' Antenatal Depression and Their Children's Antisocial Outcomes. *Child Development*, *81*(1), 149–165. [doi:10.1111/j.1467-8624.2009.01386.x].
- \*Hay, D. F., Waters, C. S., Perra, O., Swift, N., Kairis, V., ... van Goozen, S. (2014). Precursors to aggression are evident by 6 months of age. *Developmental Science*, *17*(3), 471–480. [doi:10.1111/desc.12133].
- \*Hendricks, K. y Liu, J. (2012). Maternal Depression and Childhood Aggression: Literature Review. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, *37*(4), 253–261. [doi:10.1097/NMC.0b013e3182482c5e].
- \*Holmes, M. R. (2013). The sleeper effect of intimate partner violence exposure: long-term consequences on young children's aggressive behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *54*(9), 986–995. [doi:10.1111/jcpp.12071].
- \*Hovens, J. G. F. M., Wiersma, J. E., Giltay, E. J., Van Oppen, P., Spinhoven, P., Penninx, B. W. J. H. y Zitman, F. G. (2010). Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *122*(1), 66–74. [doi:10.1111/j.1600-0447.2009.01491.x].
- \*Hudson, J. L., Dodd, H. F. y Bovopoulos, N. (2011a). Temperament, Family Environment and Anxiety in Preschool Children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *39*(7), 939–951. [doi:10.1007/s10802-011-9502-x].
- \*Hudson, J. L., Dodd, H. F., Lyneham, H. J. y Bovopoulos, N. (2011b). Temperament and Family Environment in the Development of Anxiety Disorder: Two-Year Follow-up.

- Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(12), 1255-1264. [doi:10.1016/j.jaac.2011.09.009].
- Irarrázaval, M., Prieto, F. y Armijo, J. (2016). Prevención e intervenciones tempranas en salud mental: Una perspectiva internacional. *Acta Bioethica*, 22(1), 37–50. [doi:10.4067/S1726-569X2016000100005].
- Jacka, F. N., Reavley, N. J., Jorm, A. F., Toumbourou, J. W., Lewis, A. J. y Berk, M. (2013). Prevention of common mental disorders: What can we learn from those who have gone before and where do we go next? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(10), 920–929. [doi:10.1177/0004867413493523].
- \*Jaspers, M., de Winter, A. F., Buitelaar, J. K., Verhulst, F. C., Reijneveld, S. A. y Hartman, C. A. (2013). Early Childhood Assessments of Community Pediatric Professionals Predict Autism Spectrum and Attention Deficit Hyperactivity Problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(1), 71–80. [doi:10.1007/s10802-012-9653-4].
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., ... Rahman, A. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: Evidence for action. *The Lancet*, 378(9801), 1515–1525. [doi:10.1016/S0140-6736(11)60827-1].
- \*Kingston, D., Tough, S. y Whitfield, H. (2012). Prenatal and Postpartum Maternal Psychological Distress and Infant Development: A Systematic Review. *Child Psychiatry & Human Development*, 43(5), 683–714. [doi:10.1007/s10578-012-0291-4].
- \*Kleinhaus, K., Harlap, S., Perrin, M., Manor, O., Margalit-Calderon, R., Opler, M., ... Malaspina, D. (2013). Prenatal stress and affective disorders in a population birth cohort. *Bipolar Disorders*, 15(1), 92–99. [doi:10.1111/bdi.12015].
- \*Knappe, S., Beesdo-Baum, K. y Wittchen, H-U. (2010). Familial risk factors in social anxiety disorder: calling for a family-oriented approach for targeted prevention and early intervention. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 857–871. [doi:10.1007/s00787-010-0138-0].
- \*Korkeila, J., Vahtera, J., Nabi, H., Kivimäki, M., Korkeila, K., Sumanen, M., ... Koskenvuo, M. (2010). Childhood adversities, adulthood life events and depression. *Journal of Affective Disorders*, 127(1-3), 130–138. [doi:10.1016/j.jad.2010.04.031].
- \*Lee, S., Guo, W. J., Tsang, A., He, Y. L., Huang, Y. Q., Zhang, M. Y., ... Kessler, R. C. (2011). The prevalence of family childhood adversities and their association with first onset of DSM-IV disorders in metropolitan China. *Psychological Medicine*, 41(1), 85–96. [doi:10.1017/S0033291710000450].



- \*Lewis-Morrarty, E., Degnan, K. A., Chronis-Tuscano, A., Rubin, K. H., Cheah, C. S. L., Pine, D. S., ... Fox, N. A. (2012). Maternal Over-Control Moderates the Association Between Early Childhood Behavioral Inhibition and Adolescent Social Anxiety Symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *40*(8), 1363–1373. [doi:10.1007/s10802-012-9663-2].
- \*Lindström, K., Lindblad, F. y Hjern, A. (2011). Preterm Birth and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Schoolchildren. *Pediatrics*, *127*(5), 858–865. [doi:10.1542/peds.2010-1279].
- Lyons-Ruth, K., Manly, J. T., Von Klitzing, K., Tamminen, T., Emde, R., Fitzgerald, H., ... 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].
- \*Mahoney, A. D., Minter, B., Burch, K. y Stapel-Wax, J. (2013). Autism Spectrum Disorders and Prematurity: A Review Across Gestational Age Subgroups. *Advances in Neonatal Care*, *13*(4), 247–251. [doi:10.1097/ANC.0b013e31828d02a1].
- \*Maniglio, R. (2013). Child Sexual Abuse in the Etiology of Anxiety Disorders A Systematic Review of Reviews. *Trauma, Violence, & Abuse*, *14*(2), 96–112. [doi:10.1177/1524838012470032].
- \*Mazza, J. J., Fleming, C. B., Abbott, R. D., Haggerty, K. P. y Catalano, R. F. (2010). Identifying Trajectories of Adolescents' Depressive Phenomena: An Examination of Early Risk Factors. *Journal of Youth and Adolescence*, *39*(6), 579–593. [doi:10.1007/s10964-009-9406-z].
- \*McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M. y Kessler, R. C. (2010). Childhood Adversities and Adult Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey Replication II: Associations with Persistence of DSM-IV Disorders. *Archives of General Psychiatry*, *67*(2), 124-132. [doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.187].
- \*Metwally, A. M., Salah El-Din, E. M., Shehata, M. A., Shaalan, A., El Etreby, L. A., Kandeel, W. A., ... Rabah, T. M. (2016). Early Life Predictors of Socio-Emotional Development in a Sample of Egyptian Infants. *Plos One*, *11*(7), e0158086. [doi:10.1371/journal.pone.0158086].
- \*Mian, N. D., Wainwright, L., Briggs-Gowan, M. J. y Carter, A. S. (2011). An Ecological Risk Model for Early Childhood Anxiety: The Importance of Early Child Symptoms and

- Temperament. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(4), 501–512. [doi:10.1007/s10802-010-9476-0].
- \*Muris, P., van Brakel, A. M. L., Arntz, A. y Schouten, E. (2011). Behavioral Inhibition as a Risk Factor for the Development of Childhood Anxiety Disorders: A Longitudinal Study. *Journal of Child and Family Studies*, 20, 157–170. [doi:10.1007/s10826-010-9365-8].
- \*Najman, J. M., Hayatbakhsh, M. R., Clavarino, A., Bor, W., O'Callaghan, M. J. y Williams, G. M. (2010). Family Poverty Over the Early Life Course and Recurrent Adolescent and Young Adult Anxiety and Depression: A Longitudinal Study. *American Journal of Public Health*, 100(9), 1719–1723. [doi:10.2105/AJPH.2009.180943].
- \*Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J. y Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Plos Medicine*, 9(11). [doi:10.1371/journal.pmed.1001349].
- \*Pahl, K. M., Barrett, P. M. y Gullo, M. J. (2012). Examining potential risk factors for anxiety in early childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(2), 311–320. [doi:10.1016/j.janxdis.2011.12.013].
- \*Pawlby, S., Hay, D., Sharp, D., Waters, C. S. y Pariante, C. M. (2011). Antenatal depression and offspring psychopathology: the influence of childhood maltreatment. *The British Journal of Psychiatry*, 199(2), 106–112. [doi:10.1192/bjp.bp.110.087734].
- \*Reef, J., Diamantopoulou, S., Van Meurs, I., Verhulst, F. C. y Van der Ende, J. (2011). Developmental trajectories of child to adolescent externalizing behavior and adult DSM-IV disorder: results of a 24-year longitudinal study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(12), 1233–1241. [doi:10.1007/s00127-010-0297-9].
- \*Reef, J., Diamantopoulou, S., van Meurs, I., Verhulst, F. y Van der Ende, J. (2010a). Predicting adult emotional and behavioral problems from externalizing problems trajectories in a 24-year longitudinal study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19, 577–585. [doi:10.1007/s00787-010-0088-6].
- \*Reef, J., van Meurs, I., Verhulst, F. C. y Van der Ende, J. (2010b). Children's Problems Predict Adults' DSM-IV Disorders Across 24 Years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(11), 1117–1124. [doi:10.1016/j.jaac.2010.08.002].
- \*Rice, F., Harold, G. T., Boivin, J., van den Bree, M., Hay, D. F. y Thapar, A. (2010). The links between prenatal stress and offspring development and psychopathology:

- disentangling environmental and inherited influences. *Psychological Medicine*, 40(2), 335–345. [doi:10.1017/S0033291709005911].
- \*Sánchez-Pérez, N. y González-Salinas, C. (2013). Ajuste Escolar del Alumnado con TDAH: Factores de Riesgo Cognitivos, Emocionales y Temperamentales. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 11(2), 527–550. [doi:10.14204/ejrep.30.12189].
- \*Seok, J-H., Lee, K-U., Kim, W., Lee, S-H., Kang, E-H., Ham, B-J., ... Chae, J-H. (2012). Impact of Early-Life Stress and Resilience on Patients with Major Depressive Disorder. *Yonsei Medical Journal*, 53(6), 1093–1098. [doi:10.3349/ymj.2012.53.6.1093].
- \*Spinhoven, P., Elzinga, B. M., Hovens, J. G. F. M., Roelofs, K., Zitman, F. G., van Oppen, P. y Penninx, B. W. J. H. (2010). The specificity of childhood adversities and negative life events across the life span to anxiety and depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 126(1-2), 103–112. [doi:10.1016/j.jad.2010.02.132].
- \*Strine, T. W., Dube, S. R., Edwards, V. J., Prehn, A. W., Rasmussen, S., Wagenfeld, M., ... Croft, J. B. (2012). Associations Between Adverse Childhood Experiences, Psychological Distress, and Adult Alcohol Problems. *American Journal of Health Behavior*, 36(3), 408–423. [doi:10.5993/AJHB.36.3.11].
- \*Stringaris, A., Maughan, B. y Goodman, R. (2010). What's in a Disruptive Disorder? Temperamental Antecedents of Oppositional Defiant Disorder: Findings from the Avon Longitudinal Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(5), 474–483. [doi:10.1016/j.jaac.2010.01.021].
- \*Tseng, W-L., Guyer, A. E., Briggs-Gowan, M. J., Axelson, D., Birmaher, B., Egger, H. L., ... Brotman, M. A. (2015). Behavior and emotion modulation deficits in preschoolers at risk for bipolar disorder. *Depress Anxiety*, 32(5), 325–334. [doi:10.1002/da.22342].
- \*Wakschlag, L. S., Choi, S. W., Carter, A. S., Hullsiek, H., Burns, J., McCarthy, K., ... Briggs-Gowan, M. J. (2012). Defining the developmental parameters of temper loss in early childhood: implications for developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(11), 1099–1108. [doi:10.1111/j.1469-7610.2012.02595.x].
- \*Webster-Stratton, C. y Herman, K. C. (2010). Disseminating incredible years series early-intervention programs: integrating and sustaining services between school and home. *Psychology in the Schools*, 47(1), 36–54. [doi:10.1002/pits.20450].
- \*Welch, M. G., Firestein, M. R., Austin, J., Hane, A. A., Stark, R. I., Hofer, M. A., ... Myers, M. M. (2015). Family Nurture Intervention in the Neonatal Intensive Care Unit

improves social-relatedness, attention, and neurodevelopment of preterm infants at 18 months in a randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(11), 1202–1211. [doi:10.1111/jcpp.12405].

\*Yoshikawa, H., Aber, J. L. y Beardslee, W. (2012). The Effects of Poverty on the Mental, Emotional, and Behavioral Health of Children and Youth: Implications for Prevention. *American Psychologist*, 67(4), 272–284. [doi:10.1037/a0028015].

\*Zhang, X., Lv, C-C., Tian, J., Miao, R-J., Xi, W., Hertz-Picciotto, I. y Qi, L. (2010). Prenatal and Perinatal Risk Factors for Autism in China. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 1311–1321. [doi: 10.1007/s10803-010-0992-0].



### ESTUDIO 3: FACTORES DE RIESGO Y DETECCIÓN EN SALUD MENTAL INFANTIL: UNA APROXIMACIÓN MULTIDISCIPLINAR

---

Anglès-Virgili, N., Vendrell, R. y Andrés, A. (En revisión). Factores de riesgo y detección en salud mental infantil: Una aproximación multidisciplinar. *Salud mental*.

#### *Resumen*

**Introducción.** El seguimiento del desarrollo de la salud mental durante la primera infancia es necesario. Los maestros y pediatras tienen un papel clave en la detección precoz de los trastornos mentales. **Objetivo.** Identificar los factores de riesgo y detallar el proceso de detección en salud mental infantil (0-6 años) desde una visión multidisciplinar. **Método.** Se realizaron entrevistas en profundidad de duración entre 1 y 2 horas en Barcelona (España). Se seleccionan profesionales de la atención primaria, la educación y la salud mental. La muestra está formada por 8 profesionales y consta de una distribución estructural. Se registran las entrevistas para proceder al análisis mediante la teoría fundamentada, obteniendo un mapa de significados. La validez y fiabilidad se controlan mediante la triangulación de investigadores y de datos. **Resultados.** Se presentan los factores de riesgo en salud mental infantil, desde el nacimiento a los 6 años, en referencia al embarazo, el nacimiento, el contexto familiar, la conducta externalizante e internalizante, la gestión emocional y la socialización. En el proceso de detección en salud mental, se constata una reticencia al etiquetaje, una escasez de tiempo para la detección y la necesidad de mejora de los instrumentos disponibles. **Discusión y conclusión.** La importancia de realizar una tarea de detección precoz en salud mental es imprescindible. La interrelación entre la conducta, la gestión emocional y el contexto son determinantes en el desarrollo psicosocial. Se evidencia la necesidad de implicar a los profesionales en la detección precoz en salud mental.

**Palabras clave:** Prevención; atención primaria; infancia; problemas conductuales; problemas emocionales.

#### *Abstract*

**Introduction.** Monitoring of mental health development in early childhood is necessary. Teachers and pediatricians have a key role in the early detection of mental disorders. **Objective.** Identify the risk factors and describe the detection in children mental health (0-6 years old) based on a multidisciplinary view. **Method.** It has been done via in-depth interview with a duration between 1 and 2 hours in Barcelona (Spain). It has been selected professionals from primary care, education and mental health. The sample has been formed by 8 professional

and it has a structural distribution. The interviews have been recorded for doing the analysis using grounded theory, and obtaining a meaning's map. The validity and reliability are controlled by the data and researcher's triangulation. **Results.** Risk factors detected in children mental health, from birth to 6 years old, in reference to the pregnancy, the family context, the externalizing and internalizing behavior, the emotional regulation and the socialization. In mental health detection, it is confirmed a reticence to label, a lack of time to detect and the need to improve the instruments available for the detection. **Discussion and conclusion.** The importance of early detection in mental health is essential. The interrelation between behavior, emotional regulation and context are crucial in the psychosocial development. It is necessary that professionals involved in the development lead to early detection.

**Keywords:** Prevention; primary care; childhood; behavioral problems; emotional problems.

### ***Introducción***

El 80% de los trastornos mentales empiezan antes de los 18 años (Fundación Alicia Koplowitz, 2014). Estos datos ponen de manifiesto la necesidad de realizar un seguimiento del desarrollo psicosocial en la atención primaria y la escuela (Carballal Mariño et al., 2018). En estos contextos, la tarea de detección precoz toma una relevante trascendencia y una demanda de coordinación interdisciplinar (Anglès-Virgili y Vendrell-Mañós, 2017; Buitrago Ramírez et al., 2018).

Múltiples causas influyen en el desarrollo de los trastornos mentales, desde el embarazo, el nacimiento, el temperamento del niño, el estilo educativo, la familia, los acontecimientos vitales, los factores genéticos, etc. (Fundación Alicia Koplowitz, 2014). En este sentido, se plantea la necesidad de trabajar en un modelo biopsicosocial que atienda el desarrollo de forma integral (González López, Barrera Escudero, Cano Montes y Díaz Pérez, 2019).

La importancia de preguntar a los actores sociales implicados en salud mental y conocer sus experiencias en la práctica profesional (González López et al., 2019), conduce a la elaboración de este manuscrito. Así pues, el objetivo del trabajo es, mediante la investigación cualitativa, identificar los factores de riesgo en salud mental de los 0 a los 6 años desde una perspectiva multidisciplinar (atención primaria, educación y salud mental). Así mismo, se describe la tarea actual de detección y derivación de los niños y niñas de los 0 a los 6 años a los servicios de salud mental.

### ***Método***

Numerosos estudios fundamentan la aplicación de la investigación cualitativa en el ámbito sanitario (Iñiguez Rueda, 1999), ya que permite abordar la realidad desde una perspectiva holística, analizar tendencias y obtener una aproximación al conocimiento cambiante (Mira, Pérez-Jover, Lorenzo, Aranaz y Vitaller, 2004). Así mismo, posibilita contrastar la teoría con la práctica clínica, desde un enfoque multidisciplinar (Calderón Gómez, 2005).

La técnica de recogida de datos utilizada es la entrevista en profundidad. A partir de un marco teórico previo, se elabora el guión de la entrevista semiestructurada (tabla 1). La recopilación de datos se planifica con 3 participantes, y a medida que avanza el análisis, se aumenta el número, hasta alcanzar la saturación de datos. Para el análisis de los datos se emplea la teoría fundamentada (Glaser y Strauss, 1967).



*Tabla 1. Guía Temática: Entrevista En Profundidad Semiestructurada*

Temáticas de las entrevistas	Aspectos destacados
Tema 1. Factores de riesgo en salud mental infantil (0-6 años)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Embarazo (período perinatal y nacimiento)</li> <li>- Contexto familiar (rutinas y vínculo)</li> <li>- Conducta (internalizante y externalizante)</li> <li>- Gestión y regulación emocional</li> <li>- Resiliencia</li> <li>- Frustración</li> <li>- Socialización</li> </ul>
Tema 2. Detección en salud mental infantil en la práctica profesional multidisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instrumentos de cribaje en salud mental infantil y uso en la práctica profesional.</li> <li>- Consultas más frecuentes que se reciben sobre salud mental en la práctica profesional</li> </ul>

### ***Participantes***

Se han realizado 8 entrevistas en profundidad a profesionales de la atención primaria (n=2), maestros/as (n=2), psicólogos/as que atienden población de 0-6 años (n=2) y psicólogos/as que atienden la etapa de 0-18 años (n=2). La muestra teórica es intencionada y consta de una distribución estructural a nivel de disciplina, edad y ámbito (público y privado). Se incluyó un profesional junior (<40 años) y sénior (>50 años) por disciplina, siendo 52,25 años la edad media de los participantes. Se contactó a los profesionales por correo electrónico y las entrevistas se realizaron en el lugar de trabajo de cada profesional (Barcelona).

Todos ellos cumplimentaron la hoja de información y el consentimiento informado (consultar apéndice C, p. 145). La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Investigación de la Universitat Ramon Llull (Núm. 1516006D).

### ***Procedimiento***

Las entrevistas se registraron y tuvieron una duración entre 1 y 2 horas, posteriormente se transcribieron para proceder al análisis mediante la teoría fundamentada y siguiendo el procedimiento propuesto por Miles y Huberman (1992): (1) organización del texto, (2) segmentación por temas de las unidades de análisis, (3) categorización y codificación. Finalmente, se procede a (4) la integración de la información y (5) la obtención de un mapa de significados (consultar apéndice D, p. 149). La validez y fiabilidad se controlaron mediante triangulaciones de las investigadoras y de los datos.

## **Resultados**

Los participantes comparten la importancia de ofrecer una atención basada en el modelo biopsicosocial (González López et al., 2019), y una etiología multicausal en el desarrollo de trastornos mentales (Fundación Alicia Koplowitz, 2014). Partiendo de esta premisa, se presentan los resultados organizados por las categorías obtenidas en el mapa de significados. Se plantean, en primer lugar, los factores de riesgo (tabla 2) y posteriormente, se describe la tarea de detección. Se incorporan citas textuales junto al número de unidad de análisis, las iniciales del profesional y disciplina a la que pertenece.

*Tabla 2.* Categorías y códigos correspondientes a los principales factores de riesgo en salud mental infantil (0-6 años)

Categorías	Códigos
Embarazo y nacimiento	- Fecundación (problemas de fecundación, adopción)
	- Gestación (no voluntad del embrazo)
	- Parto (prematureo, accidental, salud física del bebé)
	- Padres (salud mental y física, edad avanzada de los padres)
	- Entorno (problemas económicos, migraciones)
Contexto familiar	- Vínculo inseguro (evitativo, desorganizado, ambivalente)
	- Estilo parental (permisivo, autoritario, sobreprotector)
	- Padres (salud mental de los padres, incapacidad de afrontar dificultades, edad avanzada de los padres)
	- Crianza (dormir, poner límites, rutinas, falta de tiempo de calidad)
Conducta externalizante/ internalizante	- Entorno (falta de soporte familiar, ambiente familiar de riesgo)
	- Exceso de actividad (hiperactividad, inconsciencia en la conducta, rabietas, aspectos temperamentales del niño)
	- Inhibición conductual (gestión de la inhibición del niño y padres)
Gestión emocional	- Rasgos de los trastornos del desarrollo
	- Dificultades en la gestión emocional (expresión y modelaje)
Socialización	- Resiliencia (del niño y del contexto)
	- Dificultades en la relación (dificultad en iniciar una relación, impulsividad)
	- Rasgos de los trastornos del desarrollo presentes en la sociabilización

*Factores de riesgo en salud mental infantil (0-6 años): Embarazo y nacimiento*

La vivencia estresante de la fecundación puede conllevar una afectación a nivel de salud mental en los progenitores. El malestar emocional de la madre, debido a problemas económicos, un embarazo no deseado, pérdidas, migraciones, etc. influye en el seguimiento del cuidado personal, llegando a provocar modificaciones en el feto (Redón Quintero y Rodríguez-Gómez, 2016): *“Se llegan a modificar los genes por trastornos emocionales durante el embarazo y los primeros años de vida. Este proceso se denomina epigenética”* (37-JI, pediatra).

La aplicación de técnicas de reproducción asistida puede provocar estrés, tristeza y desajuste emocional en la madre (Veiga, Puccio y Tamburelli, 2013). La literatura previa identifica los trastornos adaptativos, del estado de ánimo, los problemas de pareja y los factores psicosociales, como alteraciones en la calidad de vida llevando a sufrimiento, insatisfacción y alteración de la relación entre padres e hijos (Gómez López, Berezon Gorn, Lara y Ito Sugiyama, 2016).

En los procesos de adopción, se relaciona como factor de riesgo el consumo de sustancias durante el embarazo, que conlleva a fetopatías alcohólicas con afectación en el desarrollo neurológico. La literatura previa conecta el consumo de alcohol durante el embarazo, con problemas de relación psicosocial y conductuales, retraso del lenguaje y trastorno por déficit de atención/hiperactividad (Fernández-Mayoralas, Fernández-Perrone, López-Arribas, Pelaz-Antolín y Fernández-Jaén, 2015).

Los participantes sitúan la edad de la madre, mayor de 40 años, como factor de riesgo en el desarrollo de problemáticas emocionales o físicas, como consecuencia de patologías durante el embarazo y el parto. En contraposición, los estudios previos sitúan a las mujeres mayores de 35 años, en una edad avanzada y con una mayor frecuencia de patologías que pueden repercutir en el desarrollo (Heras Pérez, Gobernado Tejedor, Mora Cepeda y Almaraz Gómez, 2011). Por tanto, la literatura previa, avanza la edad a 35 años, como factor de riesgo.

Durante el parto, *“es necesario tener en cuenta las situaciones que pueden conllevar un riesgo”* (24-MD, psicóloga), como un nacimiento prematuro, un parto accidental, una anoxia, una hipoxia, el sufrimiento fetal, el desprendimiento de placenta, etc. pueden afectar al desarrollo. Estas situaciones, provocan ansiedad en los progenitores, pudiendo afectar al vínculo: *“la probabilidad de que el niño tenga una patología, puede desencadenar un factor estresante”* (30-LZ, psicóloga). En atención primaria se detectan problemáticas en el desarrollo emocional y conductual, evidenciando una posible relación con problemas en el parto. Así lo confirma la literatura previa, asociando las dificultades en el parto con un retraso mental y/o

problemas conductuales (Alcántara-Canabal, Fernández-Baizán, Solís-Sánchez, Arias y Méndez, 2020).

*Factores de riesgo en salud mental infantil (0-6 años): Contexto familiar*

La vinculación insegura (evitativa, desorganizada y ambivalente) entre padres e hijos, conlleva una dificultad de entender al niño, de contenerlo y puede implicar un contexto muy cambiante (Redón Quintero y Rodríguez-Gómez, 2016). La sobreprotección, la permisividad y la autoridad, influyen en el desarrollo emocional y conductual: “*Familias que se sienten muy perdidas al frenar conductas y se convierten en familias o muy autoritarias o muy poco sólidas*” (40-RB, psicólogo).

Las situaciones adversas tempranas y el desarrollo de un vínculo inseguro, actúan como factores de riesgo en el desarrollo de problemas emocionales (Redón Quintero y Rodríguez-Gómez, 2016). Merecen una atención especial, los entornos de riesgo, caracterizados por la falta de expresión de los hijos, la culpabilidad en los progenitores, los conflictos, las migraciones, etc.

La salud mental de los padres influye en el desarrollo del vínculo y su estilo parental. Los trastornos mentales en los progenitores producen dificultades en la crianza y una sobrecarga del rol parental, aumentando la vulnerabilidad de la salud mental en los hijos (Valenzuela Soler, Cano-Caballero Gálvez y Fernández Marín, 2016). Por ejemplo, la presencia de “*Madres muy absorbidas por el hijo que tiene dificultades, y muchas veces son mamás más deprimidas*” (105-LC, psicóloga), implica dificultades en la crianza. Se asocia a progenitores de más de 40 años, con posibles dificultades en la crianza, debido a una disminución de energía y espontaneidad y favoreciendo al desarrollo de ansiedad: “*Entender que ha llevado a esta mamá a tener un hijo en una edad tan avanzada, ayuda a entender como está y qué energías puede utilizar en la crianza*” (106-LC, psicóloga).

En la crianza influye significativamente: la dificultad de poner límites en la conducta, las inseguridades de los padres o dar mensajes contradictorios. La irregularidad en las rutinas genera un alto grado de inseguridad y malestar en el niño. Como también, el déficit de tiempo de calidad de padres e hijos, con una afectación a nivel emocional.

*Factores de riesgo en salud mental infantil (0-6 años): Conducta externalizante e internalizante*

Los problemas de conducta, se centran en las dimensiones internalizantes y externalizantes (Oré Maldonado, 2018). La conducta externalizante, caracterizada por un exceso de actividad, conlleva la necesidad de conocer su etiología: “*Muchos niños externalizan su malestar porque nadie los reconduce*” (48-JI, pediatra). No obstante, en el exceso de

actividad, cuando hay dificultades en frenar una conducta, la necesidad de un estímulo constante y/o la afectación en la capacidad de atender una consigna puede posibilitar la realización de un trabajo preventivo y de seguimiento. Así mismo, la inconsciencia y la falta de empatía son factores de riesgo: *“Con 4 y 5 años, la presencia de un exceso de inconsciencia, acompañado de mucha actividad; cuando no se para a pensar y se caracteriza por la impulsividad”* (4-SV, maestra).

Estudios anteriores relacionan el bajo nivel de disciplina con el desarrollo de la conducta externalizante entre los 3 y los 14 años. Los altos niveles de conducta externalizante entre los 3 y los 18 años, predicen mayor riesgo de sufrir trastornos internalizantes y externalizantes en adultos (Tseng et al., 2015).

Las rabietas son indicadores que alguna cosa sucede. No todas las rabietas son un factor de riesgo, pero pueden actuar como elemento a evaluar cuando son muy desorganizadas y hay una dificultad en la recuperación a nivel emocional. Entre los 3 y 5 años los problemas de regulación de conducta se expresan de este modo, proporcionando información importante sobre el desarrollo. Su calidad y su frecuencia permiten detectar su gravedad, siendo factores de riesgo si duran más de cinco minutos, son agresivas, con adultos que no son figuras de referencia y sin motivo (Wakschlag et al., 2012). La literatura previa destaca que la expresión de la ira y las tendencias de agitación a partir de los 6 meses, predicen problemas conductuales (Hay et al., 2014).

Contrariamente, la inhibición conductual se caracteriza por un retraimiento, pasividad y bloqueo exagerados. Se describen que *“La mayoría de las inhibiciones son porque hay un trastorno del neurodesarrollo y, por lo tanto, una falta de interés; o porque existe un miedo a ser juzgados por los demás y no hacer las cosas bien”* (20-RB, psicólogo). Las figuras parentales pueden actuar aumentando la inhibición cuando no toleran los miedos de sus hijos y expresan lo que sienten, pudiendo cronificar la dificultad. Existe un alto grado de acuerdo que la inhibición conductual entre los 2 y los 8 años es un factor de riesgo en el desarrollo de ansiedad (Frenkel et al., 2015b).

Todos los profesionales detallan como factores de riesgo relacionados con los trastornos del neurodesarrollo las conductas estereotipadas, la dificultad en fijar la mirada, las manías, la rigidez, la dificultad de introducir cambios y la dificultad en la contención de la conducta (Martos y Ayuda, 2004).

*Factores de riesgo en salud mental infantil (0-6 años): Gestión emocional*

Los profesionales destacan como un factor de riesgo, la ausencia de expresión desde el nacimiento, a través de la falta de sonrisa y/o llanto (Espín Jaime, Cerezo Navarro y Espín Jaime, 2013): “*Durante el primer año de vida, no lloró, ni se rió nunca*” (22-JI, pediatra).

Las dificultades en la gestión emocional, se manifiestan, tanto en niños con un alto grado de impulsividad, como con un alto nivel de inhibición conductual. En ambos casos, la base biológica y contextual puede actuar como factor de riesgo (Dougherty et al., 2015).

El adulto permite situar y contextualizar las emociones y conductas del niño. No obstante, hay prácticas, como la inconsistencia de las actuaciones parentales, que dificultan la regulación emocional (Fryers y Brugha, 2013). Estudios anteriores, identifican la presencia de un bajo nivel de disciplina, junto con un bajo apoyo social de la familia como factor de riesgo en la conducta externalizante (Raya Trenas, Pino Osuna y Herruzo Cabrera, 2012).

En situaciones adversas, una deficiente vinculación, los contextos caracterizados por un estado de ánimo deprimido y una vivencia ansiosa de la situación, son factores de riesgo que no favorecen al desarrollo de la capacidad resiliente del niño (Raya Trenas et al., 2012).

*Factores de riesgo en salud mental infantil (0-6 años): Socialización*

Las dificultades en la relación se identifican cuando un niño no sabe como entrar en un juego, como iniciar una relación, produciéndose un bloqueo y aislamiento, o como resultado de la impulsividad, enojo y descontrol (Webster-Stratton y Herman, 2010).

En la relación, se ejemplifican factores de riesgo de los trastornos del neurodesarrollo: la dificultad de fijar la mirada, el no desarrollar un juego normal para la edad, el enganche a un único juego y una falta de interés en la relación (Martos y Ayuda, 2004). Por ejemplo, “*Cuando a los 12-18 meses sitúas al bebé, al lado de otro y ves que no reacciona igual, preocupa*” (22-LS, pediatra).

*La detección en salud mental en la práctica profesional multidisciplinar*

En la tarea de detección, los participantes verbalizan una reticencia al etiquetaje de los niños en edades temprana que puede conducir a la estigmatización. También hay un consenso en la falta de tiempo para realizar una detección (Anglès-Virgili y Vendrell-Mañós, 2017).

Cuando se realiza una derivación, se debe tener en cuenta el contexto, “*El éxito de la derivación depende de la familia y es necesario que puedan entender rápidamente los aspectos que preocupan, que tomen conciencia de lo que ocurre, sin una preocupación extrema*” (10-LC, psicóloga).

En el proceso de detección, la mayoría de expertos avalan la necesidad de un instrumento breve, ágil y práctico para facilitar la tarea de detección (Anglès-Virgili y

Vendrell-Mañós, 2017). También es importante no preocupar en exceso a los padres, cuando se les consulta.

Las mayores demandas que describen los profesionales son: los trastornos del neurodesarrollo, los problemas de conducta, las dificultades en los aprendizajes, los aspectos de crianza y los retrasos del lenguaje.

### *Conclusiones*

Los resultados reafirman la importancia de la detección precoz como actividad preventiva en los trastornos mentales: el conocer e identificar los factores de riesgo en la atención primaria y en la escuela, lo facilita (Buitrago Ramírez et al., 2018). Si bien es cierto que los factores de riesgo en salud mental son heterogéneos, es imprescindible para una buena detección conocer al niño y a su contexto, debido a la interrelación que se produce entre ambos (D'Arcy y Meng, 2014). En esta misma línea, también se identifica una interrelación entre la conducta, la gestión emocional y el contexto: la conducta depende del estado emocional, y a la vez, el contexto influye en ambos. Aunque los resultados no son generalizables, esta aproximación permite tomar consciencia de la necesidad de seguimiento de la salud mental en el desarrollo por parte de profesionales de diferentes disciplinas. La visión multidisciplinar de esta investigación, en la que cada experto describe su experiencia, indica su complementariedad en el seguimiento del desarrollo psicosocial de los factores de riesgo en salud mental desde el embarazo y nacimiento hasta los 6 años.

En los resultados obtenidos, se subraya la vivencia estresante durante el embarazo como factor de riesgo en el desarrollo y en el vínculo, como también la preocupación por el aumento de la edad de los progenitores. Por otro lado, los entornos de riesgo pueden conllevar una afectación en el desarrollo; no obstante, la capacidad resiliente del niño, permiten trabajar en la prevención, para revertir estas situaciones. Los profesionales constatan un aumento de las consultas relacionadas con los trastornos del neurodesarrollo, siendo los casos que más se derivan a los servicios de salud mental. Sin embargo existen reticencias al etiquetaje y el estigma que puede generar una derivación. Así pues, se manifiesta la necesidad de evaluar la globalidad del niño en el desarrollo psicosocial.

Se subrayan como limitaciones del manuscrito el número de participantes y que todos ellos proceden de la ciudad de Barcelona. Así mismo, se propone como futuras investigaciones analizar las consecuencias del aumento de la edad de los padres, estudios longitudinales de los factores de riesgo y la inclusión de la familia para obtener una visión integral del desarrollo.

La identificación de los factores de riesgo en salud mental infantil, permite mejorar los procesos de derivación, reducir el estigma de etiquetas diagnósticas y ofrecer servicios de atención precoz para acompañar en el desarrollo a los niños y a sus familias de forma multidisciplinar y coordinada.

### **Referencias**

- Alcántara-Canabal, L., Fernández-Baizán, C., Solís-Sánchez, G., Arias, J. L. y Méndez, M. (2020). Identificación de problemas de conducta y emocionales en niños prematuros en el ámbito de atención primaria. *Atención Primaria*, 52(2), 104–111. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.11.005>
- 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.
- Buitrago Ramírez, F. (coord.), Ciurana Misol, R., Chocrón Bentat, L., Fernández Alonso, M. del 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(Supl 1), 83–108. <https://doi.org/10.1016.50212-6567>
- Calderón Gómez, C. (2005). La Investigación Cualitativa en la formación del médico de familia. *Tribuna Docente*, 6(1), 9–13.
- Carballal Mariño, M., Gago Ageitos, A., Ares Alvarez, J., del Rio 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. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.10.007>
- D'Arcy, C. y Meng, X. (2014). Prevention of common mental disorders: conceptual framework and effective interventions. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(4), 294–301. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000076>
- Dougherty, L. R., Smith, V. C., Bufferd, S. J., Stringaris, A., Leibenluft, E., Carlson, G. A. y Klein, D. N. (2013). Preschool irritability: Longitudinal associations with psychiatric disorders at age 6 and parental psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(12), 1304–1313. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.09.007>
- Espín Jaime, J. C., Cerezo Navarro, M. del V. y Espín Jaime, F. (2013). Lo que es trastorno del espectro autista y lo que no lo es. *Anales de Pediatría Continuada*, 11(6), 333–341. [https://doi.org/10.1016/S1696-2818\(13\)70155-0](https://doi.org/10.1016/S1696-2818(13)70155-0)



- Fernández-Mayoralas, D. M., Fernández-Perrone, A. L., López-Arribas, S., Pelaz-Antolín, A. y Fernández-Jaén, A. (2015). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad y adopción. *Revista de Neurología*, 60(Supl. 1), 103–107. <https://doi.org/10.33588/rn.3902.2004252>
- Frenkel, T. I., Fox, N. A., Pine, D. S., Walker, O. L., Degnan, K. A. y Chronis-Tuscano, A. (2015). Early childhood behavioral inhibition, adult psychopathology and the buffering effects of adolescent social networks: A twenty-year prospective study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 56(10), 1065–1073. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12390>
- Fryers, T. y Brugha, T. (2013). Childhood determinants of adult psychiatric disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 9, 1–50. <https://doi.org/10.2174/1745017901309010001>
- Fundación Alicia Koplowitz. (2014). *Libro blanco de la psiquiatría del niño y del adolescente*. Fundación Alicia Koplowitz. Recuperado en <https://fundacionaliaciakoplowitz.org/publicacion/libro-blanco/>
- Glaser, B. G. y Strauss, A. L. (1967). *The discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative research*. Chigaco: Aldine Publishing Company .
- Gómez López, M. E., Berezon Gorn, S., Lara, M. A. y Ito Sugiyama, M. E. (2016). Malestar psicológico en mujeres con embarazo de alto riesgo. *Summa Psicológica*, 13(1), 89–100. <https://doi.org/10.18774/summa-vol13.num1-277>
- González López, C., Barrera Escudero, M., Cano Montes, I. M. y Díaz Pérez, I. (2019). Análisis de las diferencias en la atención a la salud mental del niño y adolescente en España a través de los Planes Estratégicos de Salud Mental Autonómicos. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 36(1), 20–30. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v36n1a2>
- Hay, D. F., Waters, C. S., Perra, O., Swift, N., Kairis, V., Phillips, R., ... van Goozen, S. (2014). Precursors to aggression are evident by 6 months of age. *Developmental Science*, 17(3), 471–480. <https://doi.org/10.1111/desc.12133>
- Heras Pérez, B., Gobernado Tejedor, J., Mora Cepeda, P. y Almaraz Gómez, A. (2011). La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 54(11), 575–580. <https://doi.org/10.1016/j.pog.2011.06.012>
- Iñiguez Rueda., L. (1999). Investigación y evaluación cualitativa: bases teoricas y conceptuales. *Atención Primaria*, 23(8), 108–122.

- Martos, J. y Ayuda, R. (2004). Desarrollo temprano: algunos datos procedentes del autismo y los trastornos del lenguaje. *Revista de Neurología*, 38(Supl 1), 39–46.
- Miles, M. B. y Huberman, M. A. (1992). *Qualitative Data Analysis*. Reino Unido: SAGE Publications.
- Mira, J. J., Pérez-Jover, V., Lorenzo, S., Aranaz, J. y Vitaller, J. (2004). La investigación cualitativa: una alternativa también válida. *Atencion Primaria*, 34(4), 161–169.
- Oré Maldonado, J. (2018). Importancia de la neuropsicología infantil en las conductas externalizantes. *Cultura*, 32, 323–330. <https://doi.org/10.24265/cultura.2018.v32.14>
- Raya Trenas, A. F., Pino Osuna, M. J. y Herruzo Cabrera, J. (2012). La interacción entre padres e hijos y su relación con los problemas de conducta externalizante. *Análisis y Modificación de Conducta*, 38(157–158), 59–69. <https://doi.org/10.33776/amc.v38i157-158.2085>
- Redón Quintero, E. y Rodríguez-Gómez, R. (2016). La importancia del vínculo en la infancia: entre el psicoanálisis y la neurobiología. *Revista Ciencias de la Salud*, 14(2), 261–280. <https://doi.org/10.12804/revsalud14.02.2016.10>
- Tseng, W.-L., Guyer, A. E., Briggs-Gowan, M. J., Axelson, D., Birmaher, B., Egger, H. L., ... Brotman, M. A. (2015). Behavior and emotion modulation deficits in preschoolers at risk for bipolar disorder. *Depress Anxiety*, 32(5), 325–334. <https://doi.org/10.1002/da.22342>
- Valenzuela Soler, M., Cano-Caballero Gálvez, M. y Fernández Marín, M. (2016). Intervención familiar en padres con psicosis durante la crianza de los hijos. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 33(1), 21–28. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v33n1a2>
- Veiga, M. C., Puccio, M. F. y Tamburelli, V. (2013). ¿Qué relación existe entre estrés, ansiedad e infertilidad? *Reproducción*, 28(3), 79–89.
- Wakschlag, L. S., Choi, S. W., Carter, A. S., Hullsiek, H., Burns, J., McCarthy, K., ... Briggs-Gowan, M. J. (2012). Defining the developmental parameters of temper loss in early childhood: Implications for developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 53(11), 1099–1108. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02595.x>
- Webster-Stratton, C. y Herman, K. C. (2010). Disseminating incredible years series early-intervention programs: integrating and sustaining services between school and home. *Psychology in the Schools*, 47(1), 36–54. <https://doi.org/10.1002/pits>



## ESTUDIO 4: DISEÑO Y APLICACIÓN DE UN CUESTIONARIO DE DETECCIÓN PRECOZ EN SALUD MENTAL INFANTIL

---

Anglès-Virgili, N., Vendrell, R. y Andrés, A. (En revisión). Diseño y aplicación de un cuestionario de detección precoz en salud mental infantil. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*.

### **Resumen**

Los problemas en salud mental infantil son frecuentes, complejos, y si no son atendidos, pueden conllevar un riesgo en el desarrollo. En la actualidad, la prevención en salud mental es un compromiso colectivo, especialmente por parte de las instituciones que atienden a los niños y las niñas: la escuela y la consulta pediátrica. El objetivo del manuscrito 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*, se ha tenido en cuenta la literatura previa y las limitaciones actuales en la detección precoz en salud mental. El contenido del cuestionario, se valida mediante un juicio de expertos. Una vez validado el contenido, se aplica el cuestionario, junto al *Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional-2*, validado previamente, con el fin de obtener la validez de criterio. Los resultados indican que se alcanza la validez de criterio y que el instrumento diseñado muestra una buena predisposición en discriminar los niños y las niñas que necesitan una evaluación por parte de los servicios de salud mental. El instrumento permite una evaluación global del desarrollo del embarazo y el nacimiento, la conducta, la gestión emocional, el contexto familiar y la socialización. Y así, facilitar la detección precoz de los trastornos mentales durante los primeros años de vida.

**Palabras clave:** salud mental; detección precoz; primera infancia; instrumentos de cribaje.

### **Abstract**

Children's mental health problems are frequent, complex, and if left unattended, they can carry developmental risks later on in life. Nowadays, prevention in mental health is a collective commitment, especially in institutions that serve children such as schools and pediatric consultations. The objective of the manuscript is to validate an *ad hoc* designed instrument that works towards the early detection of mental health during early childhood years. Throughout the design of the instrument, *Detectar para Prevenir–Salud Mental Infantil–25*, current limitations and previous literature have been taken into account. The content of the

questionnaire has been validated by an expert and once the results had been confirmed, the research was added to the previously validated, *Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional-2*, in order to obtain criterion validity. The final results have indicated that the criterion validity was reached as the instrument shows that there is a greater predisposition to discriminate against children who need mental health evaluations. The instrument allows a global evaluation of development, by considering factors such as pregnancy, birth, behavior, emotional management, family context, and socialization. Thus, it facilitates and creates potential for the early detection of mental health disorders during the first years of life.

**Keywords:** mental health; early detection; early childhood; screening instruments.

### ***Introducción***

Los datos de la Organización Mundial de la Salud (2013) indican 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 un trastorno mental, según estudios de ámbito internacional (Polancyk, Salum, Sugaya, Caye, y Rohde, 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, et al., 2018). En la actualidad, se detecta un gran interés en la etiopatogenia de los trastornos, los factores de riesgo y de 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 Haggert, 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, et al., 2018). En esta labor, la colaboración de la familia es fundamental en la prevención de la salud mental durante los primeros años de vida (Carratalá y 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 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 cribaje, que permiten mejorar la identificación (Anglès-Virgili y Vendrell-Mañós, 2017; Sabrià Pau, 2017). Sin embargo, estudios previos constatan la dificultad de los profesionales en realizar una detección precoz, mediante el uso de instrumentos de cribaje, debido a diferentes casuísticas: la falta de seguimiento después de la derivación, los costes económicos que conllevan, la reticencia de los profesionales a etiquetar y la falta de formación en la administración de instrumentos de cribaje (Anglès-Virgili y Vendrell-Mañós, 2017; Horwitz, et al., 2016; O'Brien, Harvey, Howse, Reardon y Creswell, 2016). 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 periodo correspondiente a la primera infancia.

El objetivo del estudio es validar un instrumento diseñado *ad hoc* de detección precoz en salud mental para la primera infancia, periodo de los 6 meses a los 6 años, destinado a profesionales de pediatría y educación. Para ello se plantean dos objetivos específicos: a) la validez de contenido del instrumento mediante el juicio de expertos y b) el análisis de la validez de criterio a través de los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario a una muestra de niños y niñas de entre los 6 meses y los 6 años.

### ***Método***

Se presenta la metodología utilizada para cada objetivo específico. En cada apartado se muestra, en primer lugar, la información relacionada con la validez de contenido y, en segundo lugar, la información relacionada con la aplicación del cuestionario.

### ***Participantes***

#### *Validez de contenido*

En la validez de contenido del cuestionario participan 6 expertos procedentes de los campos de la psicología (n=2), la pediatría (n=2) y la educación (n=2) con una amplia experiencia profesional en la práctica e investigación. La edad de los expertos se sitúa entre los 40 y los 75 años. Los profesionales en psicología son un Doctor en Psicología y profesor universitario y una psicóloga de un Equipo de Asesoramiento Psicopedagógico. En pediatría, los expertos son un pediatra emérito del Institut Català de la Salut y una enfermera pediátrica. En el ámbito educativo, se selecciona una directora de escuela y una maestra, profesora de universidad, con 38 años de experiencia en la escuela pública.

#### *Aplicación del cuestionario*

El cuestionario se administra 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 tienen una edad media de 34,83 meses (rango=6-67 meses) y provienen de las ciudades de Tarragona y Barcelona (España).

Tabla 1. Características de la muestra

Edad [n (%)]	M=34,8m
6-12 m	4 (13,79)
13-24 m	5 (17,24)
25-36 m	6 (20,68)
37- 48 m	5 (17,24)
49-60m	5 (17,24)
60-71m	4 (13,79)
Sexo [n (%)]	
Niños	12 (41,37)
Niñas	17 (58,62)
Nacionalidad [n (%)]	
Española	29 (100)
Procedencia [n (%)]	
Centro La Salle Tic-Tac (Tarragona)	10(34,48)
Colegio Mare de Déu del Carme (Tarragona)	3 (10,34)
Hospital HM Nens de Barcelona (Barcelona)	16 (55,17)
Ciudades [n (%)]	
Tarragona	13 (44,82)
Barcelona	16 (55,18)

### ***Instrumentos***

En la aplicación, se administra el cuestionario diseñado *ad hoc*, junto a un cuestionario validado, con unas buenas propiedades psicométricas.

*Detectar para Prevenir – Salud Mental Infantil – 25 (DxP-SMI-25)*: El instrumento DxP-SMI-25 se ha diseñado *ad hoc* teniendo en cuenta la literatura previa y las necesidades actuales de profesionales en ejercicio. Por un lado, se identifica el estado actual del tema de estudio, mediante dos revisiones de la literatura. Una primera, sobre los instrumentos de cribaje 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 realizan 8 entrevistas en profundidad a profesionales que trabajan con la primera infancia (maestros, pediatras y psicólogos) y se analizan cualitativamente mediante la teoría fundamentada (Glaser y Strauss, 1967). En las entrevistas se identifican 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 obtienen 5 dimensiones que conforman el cuestionario y que son esenciales en el desarrollo socioemocional 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 (consultar apéndice E, p. 171). Cada dimensión corresponde a un número determinado de ítems.

En la tabla 2, se presenta cada dimensión con sus características y un ítem de ejemplo. El instrumento está formado por 25 ítems con 4 opciones de respuesta, escala tipo Likert, situadas entre el 0 (en completo desacuerdo – nunca) y el 3 (completamente de acuerdo – siempre) (consulta

*Tabla 2.* Dimensiones, número de ítems, características y ejemplos.

Dimensiones (número de ítems por dimensión)	Características	Ejemplo de ítem que conforma la dimensión
Embarazo y nacimiento (3)	Salud mental y física de los padres, gestación, embarazo y eventos adversos durante el periodo 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?

El cuestionario DxP-SMI-25 se dirige a los profesionales que atienden a la primera infancia de centros educativos y consultas pediátricas, ante cualquier sospecha que pueda conllevar una derivación a los servicios de salud mental, en niños de los 6 meses a los 6 años de edad. El resultado permite conocer si es necesaria una derivación a los servicios de salud mental, y determinar la/s dimensión/es que evaluar posteriormente. El cuestionario dispone de dos versiones: en español y en catalán.

***Ages & Questionnaires: Social-Emotional (ASQ:SE-2)***

El ASQ:SE-2 (Squires, Bricker y Twombly, 2015) es una herramienta sobre el desarrollo socioemocional en niños entre 1 y 72 meses que evalúa la autorregulación, la conformidad, el funcionamiento adaptativo, la autonomía, el afecto, la comunicación social y 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 9 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 o nunca vez”. Además, se incluye la opción de marcar si el ítem, es una preocupación en el desarrollo socioemocional, para el profesional, padre o cuidador. Una vez contestado el cuestionario, se obtiene una puntuación total, que permite situar al desarrollo socioemocional en 3 posibilidades: “dentro de las expectativas”, cuando todo es correcto y esperable en el desarrollo socioemocional; a “observar” que implica la necesidad de monitorizar el desarrollo o a “consultar” que conlleva la necesidad de realizar evaluaciones adicionales con un profesional de la salud mental.

En la tabla 3, se detallan las áreas que evalúan ambos cuestionarios. La convergencia de las dimensiones a evaluar y el rango de edad que evalúan ambos cuestionarios, son los argumentos que han llevado a elegir el ASQ:SE-2 para proceder en la validez de criterio.

*Tabla 3.* Correspondencia de las áreas evaluadas DxP-SMI-25 y ASQ:SE-2

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

***Procedimiento******Validez de contenido***

El objetivo de la validez de contenido es determinar si los ítems del cuestionario diseñado *ad hoc*, evalúan correctamente las dimensiones y los indicadores claves en el

desarrollo psicosocial de la primera infancia. Para ello, se presenta mediante un correo electrónico a los 6 expertos la hoja de información y el consentimiento informado (consultar apéndice F, p. 175). Paralelamente, se adjunta un dossier con la explicación del objetivo de la investigación (diseñar un instrumento de cribaje en salud mental para niños y niñas de los 6 meses a los 6 años de edad), el objetivo del cuestionario (un cribaje para determinar la presencia de sintomatología en salud mental) y las plantillas de evaluación. La evaluación de cada ítem consta de 4 variables (Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez, 2008): la suficiencia (determinar si los ítems presentados 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 cualifica con una escala Likert, con 4 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, los expertos tienen la posibilidad de complementarla con una breve explicación (consultar apéndice G, p. 179). El proceso de aceptación de los ítems requiere 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 prosigue en tres fases y en cada evaluación se incorporan las modificaciones propuestas, y de nuevo estas, se reevalúan (consultar apéndice H, p. 193).

#### *Aplicación del cuestionario*

El instrumento definitivo DxP-SMI-25 en las versiones en catalán y español, (consultar apéndices I y J, pp. 197 y 207) se administra junto al ASQ:SE-2. La aplicación se realiza en las ciudades de Barcelona y Tarragona. Todos los participantes fueron reclutados de centros de educación infantil y consultas de pediatría. El procedimiento consiste en presentar la investigación a los centros y si aceptan, reclutar participantes (consultar apéndice K, p. 217). Antes de responder a los cuestionarios, el profesional informa al padre, la madre o tutor/a legal y presenta la hoja de información y el consentimiento informado (consultar apéndice L, p. 221). El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Universitat Ramon Llull (Núm. 1516006D) y por el Comité Científico del hospital HM Nens (Acta núm. 4/20) (consultar apéndice A, p. 131).

Una vez se ha obtenido la autorización, el profesional responde a los dos cuestionarios sobre el desarrollo socioemocional: el cuestionario diseñado *ad hoc* DxP-SMI-25 y cuestionario validado previamente ASQ:SE-2 (consultar apéndice M, p. 225). Se precisan aproximadamente de unos 10 minutos. Si el profesional tiene dudas sobre algún ítem, puede preguntar a los padres o cuidadores.

## **Resultados**

### *Validez de contenido*

La validez de contenido se realiza en tres evaluaciones. En la evaluación inicial, se presentan 23 ítems. Todos los ítems precisan de modificaciones y se añaden 3 ítems más al cuestionario, obteniendo un total de 26 ítems. Dos de ellos, surgieron por la necesidad de analizar las incidencias en la fecundación, el embarazo y el parto, de forma separada: un ítem evalúa 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 evalúa las incidencias en el parto (un bebé prematuro, el bajo peso al nacer, etc.). El tercer ítem añadido, corresponde a la necesidad de clarificar si hay 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 al niño.

En la segunda evaluación, se presentan 26 ítems. Se obtienen el 60% de los ítems del cuestionario con un grado de acuerdo de 5/6 o 6/6 en todas las variables evaluadas para 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 presentan 25 ítems que conformaran 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 (pérdidas 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 corresponden a pequeñas modificaciones, como el añadir o eliminar palabras en los ítems. Por ejemplo, la formulación inicial del ítem 8 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 decide eliminar la expresión “en tratamiento”,

ya que se puede sufrir un trastorno mental, sin la necesidad de que se haya seguido un tratamiento.

Al finalizar el juicio de expertos, se obtienen 25 ítems que corresponden a las 5 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 quiere obtener la validez de criterio, que permite relacionar las puntuaciones de un instrumento con otras variables, denominadas criterio (Argibay, 2006). En este caso, se quiere obtener una aproximación sobre como funciona el DxP-SMI-25 y la capacidad de discriminación, en aquellos participantes que requieren una derivación a los servicios de salud mental, relacionando las puntuaciones obtenidas en el cuestionario validado ASQ:SE-2.

Se han obtenido 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, contesta el DxP-SMI-25 y el ASQ:SE-2, tanto con información cuantitativa, como cualitativa.

Una vez obtenidas las respuestas, se realiza 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 son 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 puntúa cada ítem, según la respuesta seleccionada por el profesional y se realiza el sumatorio de las puntuaciones. Así pues, en el caso de seleccionar el 0, no obtiene puntuación, en el caso de 1, se obtiene 1 punto, en el caso de 2, obtiene 2 puntos y en el caso de 3, obtiene 3 puntos. Esta operación se realiza con todos los ítems, teniendo en cuenta, que hay 12 ítems donde la respuesta es inversa, es decir que cambia 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, corresponde a un 3; la puntuación de 1, corresponde a un 2; la puntuación de 2, corresponde a un 1; y la puntuación de 3, corresponde 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 socioemocional del niño. Se deduce, por lo tanto, que, a menor puntuación global, más salud mental, y a mayor puntuación, menor salud mental.

En las puntuaciones correspondientes al ASQ:SE-2, se obtiene que el 86,2% de los participantes sitúan el desarrollo socioemocional dentro de las expectativas; el 3,44% de los participantes, requiere una observación del desarrollo socioemocional (realizar una conducta expectante); y el 10,34% de los participantes, requieren 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 4, se presentan las puntuaciones obtenidas de cada participante, en los dos cuestionarios administrados y organizados por edades de menor a mayor edad.

Tabla 4. Puntuaciones directas obtenidas en los cuestionarios ASQ:SE-2 y DXP-SMI-25 (d=días; m=meses y a=años)<sup>1</sup>

Identificación	Edad	Cuestionario ASQ:SE-2 Rango edad	Puntuación ASQ:SE-2	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 - Es posible que necesite 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 - Es posible que necesite 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

<sup>1</sup> 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)

Identificación	Edad	Cuestionario ASQ:SE-2 Rango edad	Puntuación ASQ:SE-2	Puntuación DxP-SMI-25					
				EyN	CF	C	GE	S	Total
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
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
18	3a 11m	36m	55 - Dentro de las expectativas	1		3	1		5
22	4a	48m	85 - Es posible que necesite 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			4	4	1	9
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	5		3		16

En los resultados, se analiza, en primer lugar, aquellos participantes que requieren una evaluación adicional, es decir que el cuestionario validado ASQ:SE-2 identifica con posible derivación a los servicios de salud mental (tabla 5).

Tabla 5. Participantes que requieren una derivación a los servicios de salud mental

Núm. Id.	Edad	Puntuación ASQ:SE-2	Puntuación DxP-SMI-25					Preocupaciones expresadas del desarrollo socioemocional en ambos cuestionarios	
			EyN	CF	C	GE	S		Puntuación
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 mamá la tiene en brazos y esta 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 mamá. Rechaza al papá y a los hombres en general. Si 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 salirse con la suya.

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 cuestionario validado ASQ:SE-2 y el cuestionario diseñado DxP-SMI-25 para cada uno de los siguientes 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 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 (PD=11) marca mayores 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), obteniendo una puntuación global de 18. A nivel cualitativo, la profesional destaca “la dependencia de 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 (P=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), obteniendo una puntuación global de 25. 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 globales 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 consigue 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 cuestionario validado 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 socioemocional y al mismo tiempo indicar una posible aproximación diagnóstica.

### *Discusión*

Los datos de prevalencia en salud mental, han aumentado en los últimos años, en niños y adolescentes, agravándose según la edad (Carballal Mariño, et al., 2018; Lyons-Ruth, 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, Pérez y Pifarré, 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 indicada 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 satisfacción entre los profesionales que lo han aplicado.

En comparación con los otros instrumentos disponibles que evalúan el desarrollo socioemocional, el DxP-SMI-25 está compuesto por 5 dimensiones, tiene en cuenta el desarrollo integral y la influencia del entorno en el crecimiento del niño; evalúa el periodo prenatal y el contexto familiar, como posibles afectaciones en el desarrollo socioemocional. 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 socioemocional del niño y, en el caso que sea necesario, ofrecer una derivación y atención precoz por parte de los profesionales de la 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 del niño. Destacan como fortalezas la evaluación global del desarrollo psicosocial durante los primeros años de vida, elemento esencial en la detección precoz. Se subraya la 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 la sobredetección de los niños y niñas que necesiten una derivación a los servicios de atención precoz en salud mental.

Como futuras líneas de investigación se propone realizar una validación psicométrica del instrumento, ampliar el rango de edad, hacer el instrumento extensible a otras edades y administrar el instrumento a otros contextos 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 socioemocional de los niños y las niñas, y trabajar de forma multidisciplinar con otros profesionales.

### ***Conflicto de intereses***

Las autoras de este trabajo declaran que no existe conflicto de intereses.

### ***Referencias***

- Andrés Viloria, C. y Fernández González, A. (2016). Las practicas de crianza de los padres: su influencia en las nuevas problemáticas en la primera infancia. *Revista Nacional e Internacional 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), 31-36.
- Buitrago Ramírez, F. (coord.), Ciurana Misol, R., Chocrón Bentat, L., Fernández Alonso, M. del 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(Supl 1), 83–108. doi:10.1016/S0212-6567(18)30364-0.
- Carballal Mariño, M., Gago Ageitos, A., Ares Alvarez, J., del Rio 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 Medición*, 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*. Chigaco: Aldine Publishing Company .
- Horwitz, S. M., Storfer-Isser, A., Kerker, B. D., Szilagyi, M., Garner, A., Connor, K. G. O., ... 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., ... 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 Haggert, R. J. (eds.) (1994). *Reduciendo los riesgos para trastornos mentales: Fronteras para la investigación de intervención preventiva*. Washington: National Academy 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. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1)
- 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.

## 6 DISCUSSIÓ GENERAL I CONCLUSIONS

---

Els primers anys de vida determinen la trajectòria de desenvolupament dels infants. Cal fer esment en la importància de les experiències i les relacions viscudes en la primera infància, ja que són la base sobre la qual es construeix el desenvolupament emocional, social i intel·lectual, al llarg del cicle vital (Brazelton i Greenspan, 2005).

Des de l'inici, durant el període prenatal, el fetus està immers en un "recipient emocional" connectat i influenciat per l'estat emocional dels progenitors (Maldonado-Durán, 2011). En els pares, afloren un seguit d'emocions i canvis d'humor que fluctuen, entre el desig de tenir la criatura i la incertesa envers l'evolució de l'embaràs. A més a més, s'elaboren un conjunt de representacions en referència a imatges, esperances, expectatives, pors i desitjos, que influeixen en l'elaboració del vincle i la conducta amb el nadó (Grimalt i Heresi, 2012).

El naixement d'un fill o una filla és un període de canvis i d'adaptació per la família i pel nadó en el nou medi. Els primers mesos, les necessitats bàsiques es centren en cobrir l'alimentació, el dormir i el desenvolupament d'un vincle segur amb les figures de referència que proporcionen seguretat i confiança. En els tres primers anys de vida, el creixement es caracteritza per l'inici de l'activitat motora, que produeix el canvi de la passivitat a l'acció, l'inici del llenguatge, dels aprenentatges i les descobertes mitjançant l'experimentació.

En l'etapa dels tres als sis anys d'edat, l'infant desenvolupa la iniciativa, l'autoimatge i la consolidació de la personalitat. L'autoconcepte i l'autoestima són molts positius i comporten un augment de les pors i les rebequeries. El desenvolupament de la teoria de la ment permet entendre la perspectiva dels altres i és mitjançant la funció simbòlica, com per exemple, a través del joc, que l'infant pot representar situacions i experiències viscudes, com a mitjà d'expressió i regulació emocional.

La família és l'agent de socialització més important i ajuda a entendre com es desenvolupen les primeres relacions (Andrés Vilorio i Fernández González, 2016). El nucli familiar satisfà les necessitats bàsiques dels infants, proporciona l'alimentació, la cura, la protecció, l'afecte i l'acompanyament en el creixement social i emocional (Muñoz Silva, 2005). Cal destacar, que la família juntament amb l'escola, són els microsistemes que influeixen en el desenvolupament, mitjançant una relació bidireccional (Bronfenbrenner, 1987).

Ara bé, és necessari observar amb atenció el creixement dels infants, acompanyar-los i realitzar un seguiment per a detectar la presència de factors de risc o senyals d'alarma. Ambdós són de difícil discriminació, donat que es poden solpar, per aquest motiu és necessari definir-

los. S'identifica com a factor de risc en salut mental les característiques de l'infant o l'entorn, que provoquen una major possibilitat de desenvolupar un trastorn psicopatològic. Els senyals d'alarma són conductes, símptomes que poden fer pensar en què s'està produint un possible trastorn psicopatològic (Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2008). Com s'ha indicat anteriorment, en aquesta tesi doctoral es centra en la identificació dels factors de risc, com element de prevenció i acompanyament dels infants i les seves famílies, quan hi ha una major possibilitat de desenvolupar algun trastorn psicopatològic. Es pretén optimitzar els recursos dels professionals que atenen als infants durant els primers anys de vida.

La prevenció és un compromís col·lectiu (Sabrià Pau, 2017). És per això que, en la primera infància, els encarregats de procurar-ho són els especialistes que atenen l'infant en aquesta etapa de desenvolupament físic, social i emocional. Majoritàriament són els professionals de l'àmbit educatiu i pediàtric (Buitrago Ramírez et al., 2018).

En la societat actual, s'exigeix treballar amb el mínim nombre de recursos i la màxima efectivitat i és, en aquest punt, quan entren en joc la presa de decisions i les prioritats. Cal conscienciar a la comunitat de professionals que treballen amb els infants que les accions preventives són una inversió per l'avui, pel demà i pel futur de la nostra societat, en la reducció de les conseqüències que comporten els trastorns mentals (Irrarázaval et al., 2016).

El repte d'aquesta investigació ha estat entendre i comprendre l'infant des d'una perspectiva holística, integradora i complerta, des de l'embaràs fins als 6 anys d'edat. No s'ha volgut excloure cap model psicològic, sinó que s'ha seguit el repte d'unir el coneixement procedent de la literatura científica més recent i l'experiència dels professionals multidisciplinaris. En aquesta mateixa línia, González López i cols. (2019) recomanen preguntar als actors socials implicats en la salut mental, per tal d'analitzar les dificultats i les necessitats presents. Així doncs, s'han obtingut, dues peces d'un trencaclosques que han conformat una perspectiva global del desenvolupament emocional i social en la primera infància.

La tesi doctoral s'estructura en quatre estudis que ens han aproximat a l'objectiu principal de la recerca: dissenyar i aplicar un instrument de detecció precoç en salut mental per a la primera infància. Els estudis estan conformats per dues revisions bibliogràfiques, un estudi qualitatiu i el darrer estudi que és fruit de la convergència dels tres primers i que correspon al disseny i l'aplicació del qüestionari en una mostra d'infants entre els 6 mesos i els 6 anys d'edat.

L'estudi 1 ha permès analitzar els instruments de cribatge en salut mental disponibles i les característiques en el procés d'administració en l'àmbit pediàtric i escolar. En la consulta

pediàtrica, l'ús d'instruments és baix, preferint utilitzar l'entrevista clínica en les visites seguiment (Sand et al., 2005). És important destacar, la inexistència del paper del personal d'infermeria en la detecció de factors de risc en salut mental. Per altra banda, en l'àmbit escolar l'ús és normalitzat, així doncs, es facilita la tasca preventiva (Levitt et al., 2007). En aquest primer estudi, es posen de manifest les limitacions detectades en l'administració d'instruments de cribratge: la falta de seguiment després de la derivació (Hacker et al., 2006), el cost econòmic que suposa (Earls i Hay, 2006; Hacker et al., 2006; Rydz et al., 2006; Weist et al., 2007; Weitzman i Leventhal, 2006), la reticència a l'etiquetatge i la falta d'entrenament en l'administració d'instruments de cribratge (Briggs et al., 2012; Kuhlthau et al., 2011; Weitzman i Wegner, 2015).

Cal fer incís que al tractar-se d'una revisió de la literatura publicada internacionalment poden mancar instruments que s'utilitzen en la pràctica professional com l'*Escala Neonatal de Brazelton* (Brazelton, 1973), i el *List of Mental Health Items* (LISMEN) (Artigue, Tizón i Salamero, 2016), entre d'altres.

En l'estudi 2, s'ha detectat que els factors de risc en salut mental infantil poden alterar trajectòries de desenvolupament i són presents tant en l'infant com en l'entorn (D'Arcy i Meng, 2014). En aquesta línia, s'han identificat cinc categories claus en el desenvolupament socioemocional: l'embaràs i el naixement, els factors familiars, la conducta de l'infant, la regulació emocional i l'escola.

En l'estudi 3, s'ha obtingut una aproximació a la pràctica professional que es realitza en el nostre context, mitjançant entrevistes en profunditat. Els resultats presenten els factors de risc detectats en la primera infància i més concretament, en l'embaràs, el context familiar, la conducta, la gestió i regulació emocional, la resiliència, la frustració i la socialització. Per altra banda, s'analitza la tasca de detecció, on es constata una reticència a l'etiquetatge que comporta l'estigmatització de l'infant i una manca de temps en la detecció. Tanmateix, els trastorns que més detecten els professionals són els trastorns del desenvolupament, sent majoritàriament, el Trastorn de l'Espectre Autista. Els resultats obtinguts en l'estudi 3, concorden amb els estudis publicats anteriorment (Alcamí Pertejo i Duelo Marcos, 2008; Buitrago Ramírez et al., 2018).

L'estudi 4 inclou el disseny de l'instrument *ad hoc*, la validesa de contingut i la validesa de criteri. Aquest darrer estudi és el resultat de la convergència dels tres estudis anteriors.

En primer lloc, es mostra el disseny del qüestionari DxP-SMI-25, format per 5 categories claus en el desenvolupament socioemocional: l'embaràs i el naixement, el context familiar, la conducta de l'infant en els diferents contextos, la gestió i regulació emocional i la socialització, que s'avaluen mitjançant 25 ítems.



En segon lloc, una vegada obtinguts els ítems del qüestionari, es presenta la validesa del contingut, corresponent als 25 ítems que conformen el qüestionari, mitjançant l'estudi de quatre variables (la suficiència, la claredat, la coherència i la rellevància) per part de 6 professionals procedents la pediatria, la psicologia i l'educació. La validesa de contingut suposa la reafirmació i la seguretat de la correcta formulació dels ítems, les categories i les subcategories que conformen el qüestionari, seguint el model proposat per Escobar-Pérez i Cuervo-Martínez (2008). Seguidament, el qüestionari s'aplica a una mostra reduïda d'infants entre els 6 mesos i els 6 anys i s'analitzen les puntuacions obtingudes en els dos qüestionaris administrats (el ASQ:SE-2 i el DxP-SMI-25), per tal d'establir la validesa de criteri. Així doncs, les dades resultants permeten afirmar que el DxP-SMI-25 mostra una tendència a discriminar els infants que necessiten ser derivats als serveis de salut mental, d'aquells que no ho requereixen. Una vegada obtingudes la validesa de contingut i la validesa de criteri, es fa esment dels elements diferencials del nou instrument, en relació als instruments disponibles en l'actualitat. En aquest sentit, es presenten quatre punts a mode de reflexió i conclusió del disseny del nou instrument DxP-SMI-25.

- El DxP-SMI-25 analitza el desenvolupament socioemocional de la primera infància de forma holística, tenint en compte el desenvolupament des d'un punt de vista biopsicosocial, model proposat per Engel (1977), mitjançant l'avaluació de la fecundació, la gestació, el naixement, les característiques de l'infant i el seu entorn, gràcies a les cinc dimensions que disposa l'instrument.

- Es tracta d'un instrument breu, fàcil d'utilitzar, que pretén reduir el temps invertit en la detecció proporcionant una avaluació global i dels aspectes crítics en el desenvolupament socioemocional durant la primera infància: un repte important, un complicat equilibri que s'ha aconseguit gràcies a la rigorositat i exigència dels professionals que han col·laborat en la validesa de contingut. La brevetat en l'aplicació, es considera un element diferencial en comparació amb els instruments disponibles en l'actualitat amb un nombre d'ítems molt elevat, tal i com es detalla en l'article publicat (Anglès-Virgili i Vendrell-Mañós, 2017).

- El qüestionari dissenyat pot ser utilitzat per professionals amb poca formació en salut mental, incloent-hi el personal de l'àmbit pediàtric (pediatres i infermeres) i escolar (mestres, psicopedagogs, entre d'altres). Tal i com apunten altres estudis, comptar amb els professionals multidisciplinars en la tasca de prevenció és necessari en la detecció precoç (Buitrago et al., 2018; Tizón García et al. 2001).

- La derivació als serveis de salut mental és més efectiva, quan la família és conscient de la problemàtica que presenta l'infant (Brown et al., 2012; Hacker et al., 2011). Per a treballar

en una derivació efectiva el resultat del qüestionari s'ofereix globalment i diferenciat per dimensions. D'aquesta manera, tant el professional que deriva, com la família poden obtenir una primera aproximació sobre la problemàtica de l'infant.

En conclusió, aquesta tesi doctoral s'ha elaborat des de la passió per la primera infància, amb l'objectiu de facilitar la detecció en salut mental durant els primers anys de vida. No es pretén etiquetar, ni estigmatitzar, sinó tot el contrari. Creiem que darrere d'una derivació als serveis de salut mental, s'obre un nou món d'acompanyament en el desenvolupament socioemocional de l'infant i la família.

Aquesta recerca ha comportat una convergència entre la pràctica professional i la investigació. I en aquesta mateixa línia, continuarem treballant i investigant en millorar els processos de detecció, i a la vegada, en canviar la mirada vers els trastorns mentals en la societat. És un compromís col·lectiu on els infants i les seves famílies, són el nostre motor de millora.

### **6.1 Limitacions de la recerca i futures línies d'investigació**

A continuació, es presenten les principals limitacions de la recerca.

- En les revisions de la literatura publicada es destaca el criteri temporal i la necessitat d'ampliar els anys en què s'estudia la literatura publicada. Així mateix, s'estableix com a limitació, l'anàlisi dels estudis globalment i no diferenciant-los pel país de procedència i les influències culturals que pot reportar.
- En les entrevistes amb els professionals, es presenta com a limitació el nombre de participants (n=8), essent tots provinents de la ciutat de Barcelona.
- En l'aplicació de l'instrument, es presenta com a limitació la mostra reduïda, la qual no permet predir si l'instrument presenta unes bones propietats psicomètriques. L'inici de la pandèmia del COVID-19 en ple procés de la recollida de les dades, ha produït una reducció significativa de la mostra inicialment plantejada.

En referència a les futures línies de recerca es proposa seguir investigant en les següents direccions.

- En primer lloc, es proposa ampliar la mostra, per tal d'obtenir l'instrument validat i que gaudeixi d'unes correctes propietats psicomètriques. Es destaca la necessitat que la mostra inclogui infants de diversos entorns i realitats socioeconòmiques, per tal que sigui una mostra representativa.

- En segon lloc, cal seguir millorant en poder fer un seguiment més acurat dels casos, des de que es detecten fins que realment assisteixen als serveis de salut mental, mitjançant un treball en xarxa i una bona coordinació entre professionals de diversos àmbits.
- En tercer lloc, com a futures línies d'investigació, existeix la possibilitat de crear un protocol d'atenció precoç pels infants que obtinguin un positiu en l'instrument de cribatge.
- Finalment, es destaca la necessitat de seguir treballant per a validar l'instrument en d'altres poblacions, més enllà de la població catalana.

## 7 REFERÈNCIES

---

- Ainsworth, M. D. S. i Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41(1), 49-67. <https://doi.org/10.2307/1127388>
- Alcamí Pertejo, M., i Duelo Marcos, M. (2008). Problemas prevalentes en salud mental infanto-juvenil. *Revista Pediatría Atención Primaria*, 10(Supl. 2), 167–181.
- Andrés Viloria, C., i Fernández González, A. (2016). Las prácticas de crianza de los padres: su influencia en las nuevas problemáticas en la primera infancia. *Revista Nacional e Internacional de Educación Inclusiva*, 9(1), 30–42.
- Angera, M., Geis, À., Vendrell, R., Iglesias, J., i Cuenca, N. (2013). *Com han de menjar els infants i els adolescents*. Pagès Editors.
- Anglès-Virgili, N. i 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.
- Apgar, V. (1953). Proposal for a new method of evaluation of newborn infantile. *Anesthesia & Analgesia*, 32(4), 260-267.
- Araniz, V. i Elorza, C. (2019). La salut mental infantil o les nenes i els nens que es perden al bosc. *Guix d'infantil*, 102, 11-14.
- Arnau Sánchez, J., Martínez Roche, M. E., Nicolás Viguera, M. D., Bas Peña, E., Morales López, R., i Álvarez Munárriz, L. (2012). Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área 1 de salud de la región de Murcia. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 7(2), 225–247.
- Arranz, E., Oliva, A., Olabarrieta, F., i Antolín, L. (2010). Análisis comparativo de las nuevas estructuras familiares como contextos potenciadores del desarrollo psicológico infantil. *Infancia y Aprendizaje*, 33(4), 503–513. <https://doi.org/10.1174/021037010793139653>
- Artigue, J., Tizón, J., i Salamero, M. (2016). Reliability and validity of the List of Mental Health Items (LISMEN). *Schizophrenia research*, 176(2-3), 423-430. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.04.048>
- Barakat, R., Perales, M., Garatachea, N., Ruiz, J. R., i Lucia, A. (2015). Exercise during pregnancy. A narrative review asking: what do we know? *British Journal of Sports Medicine*, 49(21), 1377–1381. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2015-094756>
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M. i Frith, U. (1985). Does the autistic child have a “theory of mind?”. *Cognition*, 21,37-46. [https://doi.org/10.1016/0010-0277\(85\)90022-8](https://doi.org/10.1016/0010-0277(85)90022-8)

- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75(1), 43–88.
- Baumrind, D. (1991). The Influence of Parenting Style on Adolescent Competence and Substance Use. *The Journal of Early Adolescent*, 11(1), 56-95. <https://doi.org/10.1177/02724316911111004>
- Berger, K. S. (2006). *Psicología del Desarrollo: Infancia y Adolescencia*. Médica Panamericana.
- Bjorklund, D. D., i Pellegrini, A. D. (2000). Child Development and Evolutionary Psychology. *Child Development*, 71(6), 1687-1708. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00258>
- Borges Damas, L., Sánchez Machado, R., Domínguez Hernández, R., i Sixto Pérez, A. (2018). El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 44(3), 1–12.
- Botbol, M. (2005a). *Bebé, bienvenido al mundo (0-3 años)*. Síntesis.
- Botbol, M. (2005b). *El orgullo de descubrir (3 - 6 años)*. Síntesis.
- Brazelton, T. B. (1973). *Neonatal Behavioral Assessment Scale*. Clinics Developmental Medicine.
- Brazelton, T.B. (2006). *Touchpoints: Birth to three, Your Child's Emotional and Behavioral Development*. Da Capo Press.
- Brazelton, T. B. i Cramer, B. G. (1993). *La relación más temprana: padres, bebés y el drama del apego inicial*. Paidós.
- Brazelton, T. B., i Greenspan, S. I. (2005). *Las necesidades básicas de la infancia: Lo que cada niño o niña precisa para vivir, crecer y aprender*. Graó.
- Briggs, R. D., Stettler, E. M., Silver, E. J., Schrag, R. D. A., Nayak, M., Chinitz, S. i Racine, D. R. (2012). Social-emotional screening for infants and toddlers in primary care. *Pediatrics*, 129 (2), 377-384. <http://doi.org/10.1542/peds.2010-2211>.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano: Cognición y desarrollo humano*. Paidós.
- Brown, C.M., Copeland, K.A., Sucharew, H. i Kahn, R.S. (2012). Social-emotional problems in preschool-aged children: opportunities for prevention and early intervention. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 166(10), 926-932. <http://doi.org/archpedia-trics.2012.793>.
- Brugman, E., Reijneveld, S.A., Verhulst, F.C. i Verloove-Vanhorick, S.P. (2001). Identification and management of psychosocial problems by preventive child health

- care. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 155 (4), 462-469. <http://doi.org/archpe-di.155.4.462>.
- Buitrago Ramírez, F. (coord.), Ciurana Misol, R., Chocrón Bentat, L., Fernández Alonso, M. del C., García Campayo, J., Montón Franco, C. i Tizón García, J. L. (2018). Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPS 2018. *Atención Primaria*, 50(Supl 1), 83–108. [http://doi.org/10.1016/S0212-6567\(18\)30364-0](http://doi.org/10.1016/S0212-6567(18)30364-0)
- Bustos Arcón, V. Á., i Russo de Sánchez, A. R. (2018). Salud mental como efecto del desarrollo psicoafectivo en la infancia. *Psicogente*, 21(39), 183–202. <http://doi.org/10.17081/psico.21.39.2830>
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, Vol. 2. Separation: Anxiety and Anger*. Basic Books.
- Bowlby J. (1988). *A Secure Base: Parent Child Attachment and Healthy Human Development*. Basic Books.
- Clauss, J., Blackford, J., i Urbano Blackford, J. (2012). Behavioral Inhibition and Risk for Developing Social Anxiety Disorder: A Meta-Analytic Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(10), 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.08.002>.
- D'Arcy, C. i Meng, X. (2014). Prevention of common mental disorders: conceptual framework and effective interventions. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(4), 294–301. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000076>.
- De Pedro Cuesta, J., Saiz Ruiz, J., Roca, M., i Noguer, I. (2016). Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención. *Psiquiatría Biológica*, 23(2), 67–73. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2016.03.001>
- Dunn, J., Brown, J., i Beardsall, L. (1991). Family talk about feeling states and children's later understanding of others' emotions. *Developmental Psychology*, 27(3), 448–455. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.27.3.448>
- Earls, M.F. i Hay, S. (2006). Setting the stage for success: Implementation of developmental and behavioral screening and surveillance in primary care practice - The North Carolina Assuring Better Child Health and Development (ABCD) Project. *Pediatrics*, 118 (1), 183-188. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-0475>.
- Edo, M., Blanch, S., i Anton, M. (coords.) (2016). *El joc a la primera infància*. Octaedro.
- Eisenberg, N. (2000). Emotion, Regulation and Moral Development. *Annual Review of Psychology*, 51, 665-697. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.51.1.665>

- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Erikson, E. (1950). *Infancia y sociedad*. Paidós.
- Escobar-Pérez J. i Cuervo-Martínez Á. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*, 6, 27-36. <https://doi.org/10.32870/ap.v9n2.993>
- Fabrés, M. (2006). En el día a día nada es banal, nada es rutina. *Infancia*, 100, 1-4.
- Freud, S. (1973). Tres ensayos para una teoría sexual. En Freud, S., *Obras Completas. Tomo II*. Biblioteca Nueva.
- García-Carrión, R., Villarejo-Carballido, B. i Villardón-Gallego, L. (2019). Children and Adolescents Mental Health: A Systematic Review of Interaction-Based Interventions in Schools and Communities. *Frontiers in Psychology*, 10, 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00918>
- García Díaz, V., Pérez Herrero, M. del H., i Martínez González, R. A. (2014). Aproximación a la participación de los abuelos y abuelas en la educación de sus nietos y nietas. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1). <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v1.405>
- Gaviria A., S. L. (2006). Estrés prenatal, neurodesarrollo y psicopatología. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(2), 210-224.
- Garvey, A., i Silva, M. (2010). Development of communication, self and emotions in childhood: contributions from the relational and dialogical perspectives. *Educar, Curitiba*, 36, 55-64. <https://doi.org/10.1590/S0104-40602010000100005>
- Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, i Agència de Salut Pública de Catalunya. (2018). *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya*. Departament de Salut. [https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio\\_salut/embaras\\_part\\_puerperi/protocol\\_seguiment\\_embaras/protocol-seguiment-embaras-2018.pdf](https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/embaras_part_puerperi/protocol_seguiment_embaras/protocol-seguiment-embaras-2018.pdf)
- Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. (2017). *Estratègies 2017-2020: Pla director de salut mental i addiccions*. Direcció General de Planificació en Salut. [https://salutweb.gencat.cat/web/.content/\\_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Salut-mental-addiccions/Linies-estrategiques/estrategies2017\\_2020.pdf](https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Salut-mental-addiccions/Linies-estrategiques/estrategies2017_2020.pdf)
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2008). *Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica*. Direcció General de Salut Pública. <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/1197>

- Gómez López, M. E., Morales Carmona, F., Aldana Calva, E., i Gaviño Gaviño, F. (2008). Estado emocional de la mujer en relación con el parto o cesárea. *Ginecología y Obstetricia de México*, 76(7), 365–372.
- Gómez Masera, R., Alonso Martín, P., i Rivera Pavón, I. (2011). Relación materno fetal y establecimiento del apego durante la etapa de gestación. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 425–434.
- González López, C., Barrera Escudero, M., Cano Montes, I. M. y Díaz Pérez, I. (2019). Análisis de las diferencias en la atención a la salud mental del niño y adolescente en España a través de los Planes Estratégicos de Salud Mental Autonómicos. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 36(1), 20–30. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v36n1a2>
- Gore, N., Hastings, R., i Brady, S. (2014). Early intervention for children with learning disabilities: making use of what we know. *Tizard Learning Disability Review*, 19(4), 181–189. <https://doi.org/10.1108/TLDR-08-2013-0037>
- Grimalt, L. i Heresi, E. (2012). Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo. *Revista Chilena de Pediatría*, 83(3), 239–246. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062012000300005>
- Grupo de Atención Temprana. (2001). *Llibre blanc de l'Atenció Precoç*. Diputació de Barcelona.
- Hacker, K.A., Myagmarjav, E., Harris, V., Suglia, S.F., Weidner, D. i Link, D. (2006). Mental health screening in pediatric practice: Factors related to positive screens and the contribution of parental/personal concern. *Pediatrics*, 118 (5), 1896-1906. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-0026>.
- Hacker, K.A., Arsenault, L.N., Williams, S. i DiGirolamo, A.M. (2011). Mental and behavioral health screening at preventive visits: Opportunities for follow-up of patients who are nonadherent with the next preventive visit. *The Journal of Pediatrics*, 158(4), 666-671. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2010.09.059>.
- Howe, N. i Recchia, H. (2011). Relaciones entre hermanos y sus impactos en el desarrollo infantil. A R. E. Tremblay, R. G. Barr, R. V. Peters, M. Boivin (eds.). *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia* (1-8). Center of Excellence for Early Childhood Development.
- Hurlock, E. (1982). *El desarrollo psicológico del niño*. McGraw Hill.
- Irrázaval, M., Prieto, F. i Armijo, J. (2016). Prevención e intervenciones tempranas en salud mental: Una perspectiva internacional. *Acta Bioethica*, 22(1), 37–50. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2016000100005>



- Isaza Valencia, L. (2013). Una aproximación a los contextos familiar y escolar como posibilitadores del desarrollo social. *Realitas*, 1(2), 39–45.
- Jacka, F. N., Reavley, N. J., Jorm, A. F., Toumbourou, J. W., Lewis, A. J. i Berk, M. (2013). Prevention of common mental disorders: What can we learn from those who have gone before and where do we go next? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(10), 920–929. <https://doi.org/10.1177/0004867413493523>
- Jung, C. G. (1912). *Ensayo de exposición de la teoría psicoanalítica*. Editorial Trotta.
- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., De Girolamo, G., Gluzman, S., Gururaj, O., Haro, J. M., Kawakami, N., Karam, A., Levinson, D., Medina Mora, M. E., Browne, M. A. O., Posada-Villa, J., Stein, D. J., Tsang, C. H. A., Aguilar-Gaxiola, S. ... Üstün, T. B. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6(3), 168-176.
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., Rohde, L. A., Srinath, S., Ulkuer, N. i Rahman, A. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet*, 378(9801), 1515–1525. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60827-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60827-1)
- Kuhlthau, K., Jellinek, M., White, G., VanCleave, J., Simons, J. i Murphy, M. (2011). Increases in behavioral health screening in pediatric care for Massachusetts Medicaid patients. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 165(7), 660-664. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2011.18>.
- Levitt, J.M., Saka, N., Romanelli, L.H. i Hoagwood, K. (2007). Early identification of mental health problems in schools: The status of instrumentation. *Journal of School Psychology*, 45, 163-191. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2006.11.005>.
- Lowenshon, R. I., Stadler, D. D. i Naze, C. (2016). Current Concepts of Maternal Nutrition. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 71(7), 413–426. <https://doi.org/10.1097/OGX.0000000000000329>
- Main, M. i Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure disorganized/disoriented attachment pattern: Procedures, findings and implications for the classification of behavior. A T. Brazelton i M. Yogman (Eds.) *Affective development in infancy* (95-124). Ablex.
- Maldonado-Durán, J. M. (2011). *Salud Mental Perinatal*. Organización Panamericana de la Salud.

- Maccoby, E.E. i Martín, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. A E. M. Hetherington i P.H. Mussen (eds.). *Handbook of child psychology: Socialization, personality and social development Vol.4* (1-101). Wiley.
- Metwally, A. M., Salah El- Din, E. M., Shehata, M. A., Shaalan, A., El Etreby, L. A., Kandeel, W. A., Shaaban, S. Y. i Rabah, T. M. (2016). Early Life Predictors of Socio-Emotional Development in a Sample of Egyptian Infants. *Plos One*, *11*(7), e0158086. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158086>
- Mir Pozo, M., Batle Siquier, M. i Hernández Ferrer, M. (2009). Contextos de colaboración familia-escuela durante la primera infancia. *Revista Electrònica d'Investigació i Innovació Educativa i Socioeducativa*, *1*(1), 45–68.
- Mrazek, P. i Haggerty, R. (eds.) (1994). *Reduciendo los riesgos para trastornos mentales: Fronteras para la investigación de intervención preventiva*. National Academy Press.
- Muñoz Silva, A. (2005). La familia como contexto de desarrollo infantil. Dimensiones de análisis relevantes para la intervención educativa y social. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, *5*(2), 147–163.
- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Documentos básicos*. Organización Mundial de la Salud. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43639/9789243650463\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43639/9789243650463_spa.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Organización Mundial de la Salud. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029\\_spa.pdf;jsessionid=DB740AFC944284702F73587503F5C997?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=DB740AFC944284702F73587503F5C997?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Trastornos mentales*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Osuna, M. J. (2006). Relaciones familiares en la vejez: Vínculos de los abuelos y de las abuelas con sus nietos y nietas en la infancia. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, *16*(1), 16–25.
- Pahl, K. M., Barrett, P. M., i Gullo, M. J. (2012). Examining potential risk factors for anxiety in early childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, *26*(2), 311–320. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.12.013>
- Papalia, D. E., Olds, S. W. i Feldman, R. D. (2009). *Psicología del desarrollo: De la infancia a la adolescencia*. McGraw Hill.
- Piaget, J. i Inhelder, B. (1997). *Psicología del niño*. Ediciones Morata.
- Piaget, J. (1929). *The Child's Conception of the World*. Routledge & Kegan Paul LTD.

- Piaget, J. (1982): *La formación del símbolo en el niño: Imitación, juego y sueño, Imagen y representación*. Fondo de Cultura Económica.
- Premarck, D. i Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, 1(4), 515-526. <https://doi.org/10.1017/S0140525X00076512>
- Redón Quintero, E. i Rodríguez-Gómez, R. (2016). La importancia del vínculo en la infancia: entre el psicoanálisis y la neurobiología. *Revista Ciencias de la Salud*, 14(2), 261–280. <https://doi.org/10.12804/revsalud14.02.2016.10>
- Redondo, R. (2019). La tendresa ens fa forts. *Guix d'Infantil*, 102, 23.
- Reyes, M. I. i Torres, A. M. (2019). La seguretat afectiva a l'escola. *Guix d'Infantil*, 102, 25.
- Rivas, S. (Coord.) (2015). *Generaciones conectadas: Beneficios educativos derivados de la relación entre nietos y abuelos*. Pirámide.
- Robles-Bello, M. A. i Sánchez-Teruel, D. (2013). Atención infantil temprana en España. *Papeles del Psicólogo*, 34(2), 132–143.
- Roncallo, C. P., Sánchez de Miguel, M. i Arranz Freijo, E. (2015). Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. *Escritos de Psicología*, 8(2), 14–23. <https://doi.org/10.5231/psy.writ.2015.0706>
- Rutter, M. (1985). Family and school influences on behavioural development. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 26(3), 349–368. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1985.tb01938.x>
- Rydz, D., Srour, M., Oskoui, M., Marget, N., Shiller, M., Birnbaum, R., Majnemer, A. i Shevell, M. I. (2006). Screening for developmental delay in the setting of a community pediatric clinic: A prospective assessment of parent-report questionnaires. *Pediatrics*, 118 (4), 1178-1186. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-0466>.
- 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.
- Sand, N., Silverstein, M., Glascoe, F.P., Gupta, V.B., Tonniges, T.P. i O'Connor, K.G. (2005). Pediatricians' reported practices regarding developmental screening: Do guidelines work? Do they help? *Pediatrics*, 116(1), 174-179. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-1809>.
- Safrany, K. R. (2005). Vínculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas. *Revista Digital Universitaria*, 6(11), 1–15.

- Silverman, W. K. i Dick-Niederhauser A. (2004). Separation anxiety disorder. A J. S. March i T. L. Morris (eds.). *Anxiety Disorders in Children and Adolescents* (164-188). Guilford.
- Simonian, S.J. i Tarnowski, K.J. (2001). Utility of the Pediatric Symptom Checklist for behavioral screening of disadvantaged children. *Child Psychiatry and Human Development*, 31(4), 269-278. <https://doi.org/10.1023/A:1010213221811>
- Spitz, R. (1972). *El primer año de vida del niño*. Aguilar.
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V. i Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 476-493. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu038>
- Sroufe, L. A. (1979). The Coherence of Individual Development: Early Care, Attachment, and Subsequent Developmental Issues. *American Psychologist*, 34(10), 834-841. <https://doi.org/10.1037/0003-0666x.34.10.834>
- Sroufe, L. A. (1997). *Emotional Development: The organization of emotional life in the early years*. Cambridge University Press.
- Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., Howard, L. M. i Pariente, C. M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*, 384, 1800-1819. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61277-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61277-0)
- Tizón García, J. L., Buitrago Ramírez, F., Ciurana Misol, R. (coords.), Chocrón Beneta, L., Fernández Alonso, C., García Campayo, J., Montón Franco, C. i Redondo Granado, M. J. (2001). Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria. *Atención Primaria*, 28(Supl. 2). [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(18\)30364-0](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(18)30364-0)
- Uriarte Arcineaga, J. D. (2005). La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo. *Revista de Psicodidáctica*, 10(2), 61-79.
- Vallejo Orellana, R., Sánchez-Barranco Vallejo, F. i Sánchez-Barranco Vallejo, P. (2004). Separación o divorcio: Trastornos psicológicos en los padres y los hijos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 92, 91-110. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352004000400006>
- Vesga-López, O., Blanco, C., Keyes, K., Olfson, M., Grant, B. F. i Hasin, D. S. (2008). Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 65(7), 805-815. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.7.805>
- Wallon, H. (1972). The Psychological Development of the Child. *International Journal of Mental Health*, 1(4), 29-39. <https://doi.org/10.1080/00207411.1972.11448595>

- Weist, M.D., Rubin, M., Moore, E., Adelsheim, S. i Wrobel, G. (2007). Mental health screening in schools. *The Journal of School Health*, 77(2), 53-58. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2007.00167.x>
- Weitzman, C.C. i Leventhal, J.M. (2006). Screening for behavioral health problems in primary care. *Current Opinion in Pediatrics*, 18, 641-648. <https://doi.org/10.1097/MOP.0b013e3280108292>.
- Weitzman, C. i Wegner, L. (2015). Promoting optimal development: Screening for behavioral and emotional problems. *Pediatrics*, 135(2), 384-395. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3716>.
- Yarnall, K.S., Pollak, K.I., Ostbye, T., Krause, K.M. i Michener, J.L. (2003). Primary Care: Is There Enough Time For Prevention? *American Journal of Public Health Public Health*, 93(4), 635-641. <https://doi.org/10.2105/AJPH.93.4.635>.

## 8 APÈNDIX

---

APÈNDIX A Estudi 4. Aprovació de la investigació per part del “Consell Científic” de l’hospital HM Nens .....	131
APÈNDIX B Article. Revisió dels instruments de cribratge en salut mental infantil de l’àmbit pediàtric i escolar .....	133
APÈNDIX C Estudi 3. Full d’informació i consentiment informat facilitat als professionals que han participat en les entrevistes en profunditat .....	145
APÈNDIX D Estudi 3. Procediment d’anàlisi de la informació obtinguda en les entrevistes mitjançant la teoria fonamentada .....	149
APÈNDIX E Estudi 4. Procés de construcció del qüestionari .....	171
APÈNDIX F Estudi 4. Full d’informació i consentiment informat entregat als professionals que col·laboren en la validesa de contingut del qüestionari.....	175
APÈNDIX G Estudi 4. Dossier elaborat per a la validesa de contingut del qüestionari...179	179
APÈNDIX H Estudi 4 Correspondència del marc teòric amb els ítems obtinguts en la validesa de contingut del qüestionari .....	193
APÈNDIX I Estudi 4. Qüestionari Detectar x Prevenir – Salut Mental Infantil – 25 (DxP-SMI-25) Versió en català .....	197
APÈNDIX J Estudi 4. Qüestionari Detectar para Prevenir – Salud Mental Infantil – 25 (DxP-SMI-25) Versió en castellà.....	207
APÈNDIX K Estudi 4. Full d’informació i consentiment informat entregat a la direcció dels centres i als professionals que col·laboren en l’administració dels qüestionaris .....	217
APÈNDIX L Estudi 4. Full d’informació i consentiment informat entregat als pares, mares i/o tutors legals que accepten participar en la recerca i autoritzen als professionals a complementar els qüestionaris .....	221
APÈNDIX M Estudi 4. Exempler del qüestionari <i>Agès &amp; Questionnaires: Social-Emotional (ASQ:SE-2)</i> (Squires et al., 2015) Versió 30 mesos.....	225



## **APÈNDIX A**

### **Estudi 4. Disseny i aplicació d'un qüestionari de detecció precoç en salut mental infantil**

**Aprovació de la investigació per part del “Consell Científic” de l'hospital HM Nens**

---





Josefina Llagostera Benedico com a Secretaria del “Consell Científic” de HM Nens situat al carrer Consell de Cent, 437, DP 08009, telèfon 932310512.

## **CERTIFICA**

Que en l'Acta del Consell Científic del dia 15 de juny de 2020 (Acta núm. 4/20) es va aprovar realitzar el treball que porta per títol: "***Disseny i validació d'un instrument de cribatge en salut mental per a infants d'entre els 6 mesos i els 6 anys***", i que té com investigadora principal a Núria ANGLÈS i VIRGILI.

El que fa constar, a sol·licitud de la interessada

Barcelona, 3 de desembre de 2020

Dra. Josefina Llagostera Benedico  
Secretaria Consell Científic  
HM Nens

## APÈNDIX B

### **Estudi 1. Revisió dels instruments de cribratge en salut mental infantil de l'àmbit pediàtric i escolar**

---

Es presenta l'article publicat a *Apuntes de Psicología* (2017) en el format de la revista.

Anglès-Virgili, N. i Vendrell-Mañós, R. (2017). Revisión de los instrumentos de cribaje en salud mental infantil del ámbito pediátrico y escolar. *Apuntes de Psicología*, 35, 3, 159-67.



## *Revisión de los instrumentos de cribaje en salud mental infantil del ámbito pediátrico y escolar*

**Núria ANGLÈS-VIRGILI**  
**Roser VENDRELL-MAÑÓS**

*Universitat Ramon Llull, Barcelona (España)*

### *Resumen*

El uso de los instrumentos de cribado en salud mental infantil en el ámbito pediátrico y escolar es heterogéneo e insuficiente. Partiendo de esta premisa surge la necesidad de hacer una revisión de la literatura sobre los instrumentos de cribado y el uso que se otorga en salud mental infantil (0-6 años) en la consulta pediátrica y el contexto escolar. Se ha llevado a cabo una búsqueda de la literatura publicada en el período de 2005-2015 en las bases de datos *Discovery*, *Eric* y *Medline*. Existe una gran diferencia de uso de los instrumentos de cribado entre el ámbito escolar y la consulta pediátrica. En la escuela la administración de instrumentos es más habitual y con menores limitaciones. En la consulta pediátrica, aunque existen numerosos instrumentos validados psicométricamente, no se aplican con tanta frecuencia. La mayor limitación en los dos ámbitos es la falta de seguimiento después de la derivación del niño a los servicios de salud mental. La escuela y la consulta pediátrica son contextos con características idóneas para la prevención en salud mental infantil. Es necesario seguir investigando para mejorar la detección, derivación y seguimiento a los servicios de salud mental.

### *Abstract*

The use of child mental health screening tools in the paediatric and school fields is heterogeneous and insufficient. From this assumption, we can see the need to conduct a literature review on screening tools and their use for child mental health (0-6-year-olds) in the paediatric ward and the school context. A search was carried out throughout literature published in the period 2005-2015 in the databases *Discovery*, *Eric*, and *Medline*. There is a remarkable different use of screening tools between the school context and the paediatric ward. At school, the administration of instruments is more usual and with fewer limitations. At the paediatric ward, although there are many psychometrically validated instruments, they are not used so frequently. The main limitation in both settings is the lack of follow-up after the child's referral to mental health services. The school and the paediatric ward are contexts with ideal characteristics for prevention in child mental health. Further research is needed to improve the detection, referral to, and follow-up in mental health services.

La prevalencia de los problemas de salud mental en niños y adolescentes se sitúa entre el 12% y el 27% (Blanchard, Gurka y Blackman, 2006; Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler y Angold, 2003; Sawyer *et al.*, 2002), actuando como una interferencia en su bienestar (Prince *et al.*, 2007) y desarrollo a lo largo del ciclo vital (Harrington, 2001). A pesar de los altos índices, sólo un 26% de los niños que cumplen criterios son reconocidos por los profesionales (Lavigne *et al.*, 1998; Sayal y Taylor, 2004). Un gran número no son identificados (Williams, Klinepeter, Palmas, Pulley y Foy, 2004) y consecuentemente no realizan un tratamiento adecuado (U.S. Department of Health and Human Services, 2001).

En la edad preescolar (2-5 años) la prevalencia se sitúa entre un 0,6% y un 5,7% (Egger y Angold, 2006), siguiendo el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (*American Psychiatric Association*, 2013). Reciben un tratamiento entre el 21% y el 25% (Carter *et al.*, 2010; Lavigne *et al.*, 1998) de los niños diagnosticados. Únicamente un 11% de los niños con trastornos mentales son derivados a una evaluación. Los trastornos más comunes en la edad preeescolar son el déficit de atención e hiperactividad, el trastorno negativista desafiante y las conductas disruptivas, los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos (Egger y Angold, 2006).

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

*Recibido:* octubre de 2017. *Aceptado:* diciembre de 2017.

La identificación y el tratamiento de los problemas emocionales y conductuales son más bajos cuando no se utiliza un instrumento de cribado estandarizado que facilite la detección (Simonian y Tarnowski, 2001), siendo importante en la edad preescolar debido a su posibilidad preventiva (Justicia *et al.*, 2006; Wakschlag y Keenan, 2001).

Para poder llevar a cabo una detección temprana de los trastornos mentales en niños, se debe identificar también la presencia de factores de riesgo de la manera más objetiva posible. Este hecho, muestra la necesidad de uso de instrumentos estandarizados en instituciones que estén en contacto con los niños, como las escuelas y las consultas pediátricas (Brugman, Reijneveld, Verhulst y Verloove-Vanhorick, 2001) eligible for a routine health assessment, 4480 (90.1%, espacios que reúnen características óptimas para mantener un control del desarrollo de la salud mental.

En el ámbito escolar, se administra el instrumento con el objetivo de identificar problemas emocionales o de conducta, más allá de las cuestiones académicas para poder beneficiarse de una intervención preventiva. En este caso, las figuras responsables de administrar el instrumento son psicólogos, maestros u otros profesionales (Adelman y Taylor, 2000; Severson, Walker, Hope-Doolittle, Kratochwill y Gresham, 2007).

En los servicios de atención primaria, el pediatra es el encargado de administrar el instrumento de cribado. La visita pediátrica ofrece un control periódico y proporciona la oportunidad de evaluar los problemas emocionales y/o de conducta mediante una entrevista clínica o un instrumento estandarizado. El estudio de Williams, Palmas, Klinepeter, Pulley y Foy (2005) señala que un 15% de los niños que visitan las consultas pediátricas en los centros de atención primaria sufren problemas de conducta o emocionales.

Existen múltiples instrumentos validados para usar en la consulta pediátrica y en la escuela. Sin embargo, el uso no se hace de forma sistemática y existen ciertas carencias en el proceso (Yarnall, Pollak, Ostbye, Krause y Michener, 2003). Es por este motivo que se plantea esta revisión, con el fin de analizar el estado de la cuestión.

El objetivo principal del estudio es hacer una revisión de la literatura de los instrumentos de cribado en salud mental infantil (0-6 años). Específicamente, se analizará:

(1) el uso que hacen los profesionales de los instrumentos de cribado en salud mental infantil, (2) qué instrumentos utilizan y (3) las limitaciones en la administración de los instrumentos de cribado.

## Método

### Muestra

La tabla 1 presenta los criterios de inclusión y exclusión utilizados para seleccionar la muestra de artículos.

### Procedimiento

Se hizo una búsqueda de la literatura científica sobre los instrumentos de cribado y su uso en salud mental infantil (0-6 años) en las bases de datos *Discovey*, *Eric* y *Medline*. Las palabras claves utilizadas fueron *Screening*, *Mental Health*, *Symptoms* y *Children* durante el periodo del 2005 al 2015. Con el fin de cruzar los términos se utilizó el booleano “AND”. En la muestra, también se incluyeron los artículos relacionados con el tema de estudio, citados en los artículos, siempre que cumplieran los criterios de temporalidad establecidos. No hay limitación de países presentes en la muestra.

## Resultados

Del total de registros ( $n = 948$ ) se han seleccionado 37, que son los que conforman la muestra de nuestro estudio. Se trata de revisiones sistemáticas ( $n = 3$ ), estudios descriptivos ( $n = 12$ ) y estudios originales ( $n = 22$ ).

### Uso de los instrumentos de cribado en salud mental infantil (0-6 años)

En la consulta pediátrica, un gran número de estudios se basan en la recomendación de la *American Academy of Pediatrics*, que adoptó una política en la que a todos los niños se les debería administrar algún instrumento de cribado para mejorar la detección de las dificultades en el desarrollo (*American Academy of Pediatrics*, 2006; Earls y Hay, 2006; Garg *et al.*, 2007; Glascoe, 2005; Jee *et al.*, 2010; King *et al.*, 2009; Sand *et al.*, 2005; Weitzman y Wegner, 2015).

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión utilizados para seleccionar la muestra de artículos.

Criterios inclusión	Criterios exclusión
Estudios que centran el tema de investigación en los instrumentos de cribado en salud mental infantil.	Instrumentos destinados a niños que padecen una enfermedad física y/o mental.
Edad de los niños a los que va destinado el instrumento comprendida entre el nacimiento y los 6 años.	Instrumentos destinados a contextos excepcionales, como es el caso de las emergencias.
Instrumentos administrados en el ámbito escolar y/o en la consulta pediátrica.	Estudios psicométricos y de validación de cuestionarios.

Pocos profesionales siguen la recomendación, como así lo avalan los estudios que muestran un bajo uso de los instrumentos de cribado (Brown y Wissow, 2010; Hacker *et al.*, 2006; Hacker *et al.*, 2014; Hix-Small, Marks, Squires y Nickel, 2007; Jee *et al.*, 2010; Sand *et al.*, 2005; Sheldrick, Merchant y Perrin, 2011; Wissow *et al.*, 2013). Los datos objetivos indican que sólo el 23% de los pediatras utilizan instrumentos estandarizados para llevar a cabo el cribado. En contraposición, el 71% utiliza una entrevista clínica o un instrumento no estandarizado (Sand *et al.*, 2005).

Sin embargo, se describe que este método de prevención es factible (Berger-Jenkins, McCord, Gallagher y Olfson, 2012; Briggs *et al.*, 2012; Garg *et al.*, 2007; Hix-Small, Marks, Squires y Nickel, 2007; Jee *et al.*, 2010; King *et al.*, 2009; Rydz *et al.*, 2006; Simonian, 2006) y efectivo (Anand, Carroll y Downs, 2012; Berger-Jenkins *et al.*, 2012; Briggs-Gowan y Carter, 2008; Garg *et al.*, 2007; King *et al.*, 2009; Kuhlthau *et al.*, 2011; Sand *et al.*, 2005; Sheldrick *et al.*, 2011; Simonian, 2006). Otros estudios, difieren y lo justifican debido a las limitaciones al implementar los instrumentos de cribado: poca formación y entrenamiento por parte de los profesionales, falta de tecnologías y dificultades en la derivación y el seguimiento (*American Academy of Pediatrics*, 2006; Brown y Wissow, 2010; Glascoe, 2005).

Se muestra un aumento de la identificación cuando se utiliza un instrumento de cribado estandarizado (*American Academy of Pediatrics*, 2006; Brown y Wissow, 2010; Garg *et al.*, 2007; Hacker *et al.*, 2014; Jee *et al.*, 2010; King *et al.*, 2009; Sand *et al.*, 2005; Sheldrick *et al.*, 2011). Por otro lado, los índices de detección disminuyen cuando no se utiliza un instrumento estandarizado (Berger-Jenkins *et al.*, 2012; Brown, Copeland, Sucharew y Kahn, 2012; Brown y Wissow, 2010; Garg *et al.*, 2007; King *et al.*, 2009; Weitzman y Wegner, 2015).

En la identificación, juega un papel destacado la preocupación que muestran los padres. Esta actitud de los padres se relaciona con una mayor posibilidad de obtener un resultado positivo en la administración del instrumento (Hacker *et al.*, 2006).

Se subraya la importancia de la derivación a los servicios de salud mental y del seguimiento posterior cuando se detectan problemas de conducta o emocionales. Si no fuera así, la tarea de prevención no alcanzaría los resultados deseados (Berger-Jenkins *et al.*, 2012; Brown, Copeland, Sucharew y Kahn, 2012; Brown y Wissow, 2010; King *et al.*, 2009; Weitzman y Wegner, 2015).

A pesar del escaso uso de los instrumentos de cribado y las recurrentes recomendaciones, un 90% de los pediatras cree que tiene la responsabilidad de identificar las problemáticas y un 70% cree que debe tratarlas (Stein *et al.*, 2008).

En el ámbito escolar se percibe necesidad de identificar a los alumnos en riesgo, para mejorar la capacidad de

aprendizaje y minimizar los problemas emocionales o de conducta (Elliott, Huai y Roach, 2007).

En muchos casos se utiliza el llamado “*wait-to-fail*”: administrar el instrumento para evaluar las dificultades, una vez ya se han presentado. Esta forma de actuar se da por dos motivos: los diversos ritmos de crecimiento y el no querer sobrediagnosticar a los niños.

Cuando se administra un instrumento en salud mental, el objetivo principal es identificar de forma eficiente y efectiva las dificultades emocionales y de conducta del niño (Albers, Glover y Kratochwill, 2007; Elliott *et al.*, 2007). Otras investigaciones, complementan los objetivos haciendo mención del potencial que tiene el instrumento para acelerar el acceso a los servicios de salud mental (Glover y Albers, 2007; Levitt, Saka, Hunter Romanelli y Hoagwood, 2007; Weist, Rubin, Moore, Adelsheim y Wrobel, 2007).

En la identificación juega un papel esencial el psicólogo escolar, actuando como un apoyo para maestros en la selección de instrumentos y metodologías destinadas a la detección. Además, permite proporcionar servicios de prevención y tratamiento, que favorecen un éxito académico y emocional (Levitt *et al.*, 2007). Sin embargo, los datos presentados muestran que sólo la mitad de los niños con sintomatología comórbida han recibido servicios de salud mental en la escuela y sólo un tercio de los niños han recibido servicios de salud mental especializados (Glover y Albers, 2007).

Los primeros años de vida son idóneos para hacer una identificación de dificultades de conducta o emocionales. Ahora bien, las tasas de revelación son muy limitadas y es en este punto donde las observaciones pueden tener un papel importante (Meagher, Arnold, Doctoroff, Dobbs y Fisher, 2009). Los maestros son los profesionales de referencia para llevarlas a cabo y destaca la necesidad de formarlos para reconocer síntomas, sobre todo en los síntomas internalizantes.

Cuando se administra un instrumento, los estudios destacan la necesidad de que sea administrado a más de una figura de referencia que esté en contacto con el niño, siendo en la mayoría de los casos los padres y maestros. Stormark, Heiervang, Heimann, Lundervold y Gillberg (2008) analizan en profundidad la conveniencia de que no contesten a un instrumento de cribado, este caso se relaciona con un predictor de factor de riesgo.

Las oportunidades que proporciona administrar un instrumento de cribado en salud mental son la identificación, predecir los comportamientos que aparecerán más adelante (De La Barra, Toledo y Rodríguez, 2005), crear una intervención temprana (Albers *et al.*, 2007; Dwyer, Nicholson y Battistutta, 2006; Meagher *et al.*, 2009) y predecir los resultados académicos (Guzman *et al.*, 2011; Juechter, Dever y Kamphaus, 2012).

El hecho de crear políticas ha facilitado la tarea de prevención (Glover y Albers, 2007; Guzman *et al.*, 2011), que permite la identificación de un gran número de niños.

### **Instrumentos que se utilizan para hacer el cribado en salud mental infantil (0-6)**

Las tablas 2 y 3 muestran los instrumentos administrados para llevar a cabo un cribado en salud mental infantil en el ámbito pediátrico (tabla 2) y escolar (tabla 3). Cabe señalar que aunque estudiamos el período de 0 a 6 años y todos los instrumentos contemplados en ambas tablas siempre son aplicables en esas edades (0-6), se incluyen algunos instrumentos cuya aplicación puede resultar pertinente hasta los 18 años. Algunos instrumentos se repiten en las dos listas.

### **Limitaciones en la administración de los instrumentos de cribaje en salud mental infantil (0-6 años)**

La mayor limitación en el ámbito pediátrico es la falta de tiempo (Briggs *et al.*, 2012; Earls y Hay, 2006; Garg *et*

*al.*, 2007; Kuhlthau *et al.*, 2011; Rydz *et al.*, 2006; Weitzman y Leventhal, 2006; Weitzman y Wegner, 2015), junto con el poco entrenamiento en administración de instrumentos en salud mental de los pediatras (Briggs *et al.*, 2012; Garg *et al.*, 2007; Hacker *et al.*, 2006; Jee *et al.*, 2010; Kuhlthau *et al.*, 2011; Weitzman y Leventhal, 2006; Weitzman y Wegner, 2015) y el coste económico que supone (Earls y Hay, 2006; Hacker *et al.*, 2006; Rydz *et al.*, 2006; Weitzman y Leventhal, 2006).

También se muestra una reticencia a etiquetar los niños (Weitzman y Leventhal, 2006; Weitzman y Wegner, 2015) junto con una estigmatización de las enfermedades mentales por parte de los profesionales (Kuhlthau *et al.*, 2011).

Cuando se da un resultado positivo en el cribado, se da un difícil proceso de derivar a los servicios de salud mental y un conocimiento pobre sobre los recursos y ayudas sociales disponibles (Garg *et al.*, 2007; Hacker *et al.*, 2006; Kuhlthau *et al.*, 2011; Weitzman y Leventhal, 2006; Weitzman

Tabla 2. Instrumentos usados en el ámbito pediátrico (Nota: edad 1;3 significa un año y tres meses).

<i>Instrumento</i>	<i>Descripción</i>	<i>Edades</i>	<i>Responsable de cumplimentarlo</i>
<i>Algorithm for developmental surveillance and screening</i> (American Academy of Pediatrics, 2006)	Instrumento flexible y longitudinal que identifica los problemas de desarrollo. El pediatra va siguiendo el algoritmo según las respuestas de los padres.	0 - 3	Pediatra
<i>Pediatric Symptom Checklist</i> (PSC-35) (Jellinek <i>et al.</i> , 1988)	35 ítems. Facilita la detección de problemas cognitivos, emocionales y de conducta.	4 - 16	Padres
<i>Ages and Stages Questionnaire</i> (ASQ) (Bricker y Squires, 1999)	Evalúa la comunicación, la psicomotricidad, la motricidad fina, la solución de problemas y el ámbito personal y social. Consta de preguntas para evaluar la preocupación de los padres.	0;2 - 5	Padres
<i>Pediatric Developmental Impression</i> (PDI) (Hix-Small <i>et al.</i> , 2007)	Evalúa la comunicación, la motricidad fina y gruesa, la solución de problemas y el ámbito personal y social.	1 - 2	Pediatra
<i>Child Health Improvement through Computer Automation</i> (CHICA) (Anand <i>et al.</i> , 2012)	20 ítems. Evalúa tanto la preocupación de los padres como los factores de riesgo.	0 - 21	Padres
<i>Child Development Inventory</i> (CDI) (Ireton, 1992)	300 ítems. Evalúa el desarrollo social, la autoayuda, la psicomotricidad fina y gruesa, el lenguaje, las letras y números.	1;3 - 6	Padres
<i>Pediatric Symptom Checklist</i> (PSC-17) (Jellinek <i>et al.</i> , 1999)	17 ítems. Evalúa los problemas internalizantes, externalizantes y la atención.	4 - 16	Padres
<i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i> (SDQ) (Goodman, 1999)	25 ítems. Consta de cinco dominios: Conducta, emoción, hiperactividad/atención, conducta social y prosocial.	4 - 16	Padres y maestros
<i>General Health Questionnaire</i> (GHQ) (Goldberg y Hillier, 1979)	28 ítems. Evalúa la sintomatología somática, la ansiedad/insomnio, la conducta social disfuncional y la depresión severa.	5 - 10	Padres
<i>Child Behavior Checklist</i> (CBCL) (Achenbach, 1991)	138 ítems. Contiene de dos subescalas que evalúan las dificultades internalizantes y externalizantes.	2 - 18	Maestros
<i>Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment</i> (BITSEA) (Carter y Briggs-Gowan, 2006)	42 ítems. Evalúa los problemas socioemocionales y de conducta.	1 - 3	Padres
<i>WE CARE Survey Instrument</i> (Garg <i>et al.</i> , 2007)	10 ítems. Identifica el problema e indica la derivación al servicio correspondiente.	2 - 10	Padres



Tabla 3. Instrumentos usados en el ámbito escolar (Nota: edad 1;3 significa un año y tres meses).

Título	Descripción	Edades	Responsable de cumplimentarlo
<i>Teacher's Observation of Classroom Behavior (TOCA-R)</i> (Petras, Chilcoat, Leaf, Ialongo y Kellam, 2004)	Analiza cinco factores: aceptación de la autoridad, el contacto social, el logro de la cognición y la concentración, la madurez emocional y el nivel de actividad. Proporciona una visión holística del niño.	6 - 12	Maestros
<i>Family Risk Factor Checklist (FRFC)</i> (Dwyer, Nicholson y Battistutta, 2003) screening instruments that assess children's exposure to multiple, non-behavioural risk factors are rare. The Family Risk Factor Checklist-Parent (FRFC-P)	48 ítems. Evalúan la exposición a los factores de riesgo en la familia: los eventos vitales adversos, el nivel socioeconómico, las prácticas parentales, los conflictos y el estado de ánimo y psicopatología de los padres.	4 - 8	Padres y maestros
<i>Child Behavior Checklist (CBCL)</i> (Achenbach, 1991)	138 ítems. Estudia la frecuencia de síntomas y psicopatología. Hay dos subescalas que evalúan las dificultades internalizantes y externalizantes.	2 - 18	Padres y maestros
<i>Behavior Assessment System for Children (BASC)</i> (Reynolds y Kamphaus, 2005)	Evalúa los aspectos clínicos y adaptativos emocionales y de la conducta.	2 - 18	Padres y maestros
<i>Health and Behavior Questionnaire (HBQ)</i> (Essex et al., 2002)	Consta de dos escalas: síntomas internalizantes y síntomas externalizantes.	4 - 8	Padres y maestros
<i>Systematic Screening for Behavioral Disorders (SSBD)</i> (Walker et al., 1990)	17 ítems. Identifica los alumnos en riesgo y el grado de conductas adaptativas y desadaptativas.	5 - 12	Maestros
<i>Behavioral and Emotional Screening System (BESS)</i> (Kamphaus y Reynolds, 2007)	27 ítems. Identifica los problemas de conducta y emocionales.	3 - 18	Maestros, padres o alumnos
<i>Pediatric Symptom Checklist (PSC-17)</i> (Gardner et al., 1999)	17 ítems. Evalúa los problemas internalizantes, externalizantes y la atención.	4 - 16	Padres
<i>Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)</i> (Goodman, 1999)	25 ítems. Formado por cinco dominios: conducta, emoción, hiperactividad/atención, conducta social y prosocial.	4 - 16	Padres y maestros

y Wegner, 2015). A la vez, hay un bajo seguimiento de las derivaciones hecho que dificulta el efecto preventivo de la detección temprana (Brown et al., 2012; Hacker, Arsenault, Williams y DiGirolamo, 2011).

Las limitaciones en el ámbito escolar se focalizan en la mejoría necesaria de las propiedades psicométricas de los instrumentos disponibles (Albers et al., 2007; Dwyer et al., 2006; Essex et al., 2009), así como los recursos económicos que se destinan (Weist et al., 2007).

La dificultad de derivar a los servicios de salud mental es la más destacable debido a la existencia de recursos limitados (Albers et al., 2007), una dificultad de coordinación y de mantener la calidad de los servicios que se ofrecen (Weist, Rubin, Moore, Adelsheim y Wrobel, 2007). Además, cuando se da un resultado positivo pocas familias acuden a servicios de salud mental (Hacker et al., 2006).

## Discusión

La importancia de una acción preventiva en la primera infancia es reconocida y necesaria en una mayoría de estudios seleccionados. El uso de los instrumentos es muy

diferente según el ámbito. En la consulta pediátrica, el uso es muy escaso y los profesionales utilizan mucho más el recurso de la entrevista clínica o instrumento no estandarizados (Sand et al., 2005), aunque los instrumentos sean numerosos. Es interesante destacar que ningún instrumento tiene en cuenta el papel del enfermero, como profesional para detectar o administrar un instrumento de cribado.

En el ámbito escolar la presencia del psicólogo escolar facilita y apoya la labor preventiva en salud mental (Levitt et al., 2007). Existen un buen número de instrumentos, pero falta una validación psicométrica. En ambos casos, la mayoría de los instrumentos son administrados a padres y maestros.

Las limitaciones presentes en la administración de los instrumentos de cribado en los dos ámbitos son: (1) la falta de seguimiento después de la derivación a los servicios de salud mental (Hacker et al., 2006), (2) los gastos económicos que genera (Earls y Hay, 2006; Hacker et al., 2006; Rydz et al., 2006; Weist et al., 2007; Weitzman y Leventhal, 2006a), (3) la reticencia de los profesionales a etiquetar a los niños y, finalmente, (4) la falta de entrenamiento en la administración de instrumentos de cribaje en salud mental



infantil tanto de profesionales en el ámbito pediátrico como en el ámbito escolar (Briggs *et al.*, 2012; Garg *et al.*, 2007; Hacker *et al.*, 2006; Jee *et al.*, 2010; Kuhlthau *et al.*, 2011; Weitzman y Leventhal, 2006; Weitzman y Wegner, 2015).

En revisiones posteriores será preciso ampliar el criterio temporal en la selección de la muestra, hacer un estudio de las propiedades psicométricas de los instrumentos y desarrollar nuevos instrumentos de cribado para evaluar el niño de forma holística. Se sugiere poder realizar estudios sobre el coste-beneficio de la aplicación de un instrumento. Brown, Riley y Wissow (2007) añaden la necesidad de mejorar el proceso de derivación a los servicios de salud mental cuando hay un resultado positivo en el instrumento de cribado.

Con este estudio se pretende ayudar a mejorar la detección temprana de problemas de conducta y/o emocionales en salud mental infantil. Tanto la escuela como la consulta pediátrica son ámbitos que atienden a la mayoría de los niños y actúan como agentes ideales para poder detectar problemáticas. Ahora bien, hay que trabajar en equipo para que la detección, la derivación, el tratamiento y el seguimiento sean efectivos.

## Referencias

Las referencias marcadas con un asterisco indican estudios comprendidos en la revisión de la literatura.

- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for Child Behavior Checklist/ 4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: Universidad de Vermont, Departamento de Psiquiatría.
- Achenbach, T.M. (1992). *Manual for Child Behavior Checklist/ 2-3 and 1992 Profile*. Burlington, VT: Universidad de Vermont, Departamento de Psiquiatría.
- Adelman, H.S. y Taylor, L. (2000). Promoting mental health in schools in the midst of school reform. *Journal of School Health*, 70 (5), 171-178.
- \*Albers, C.A., Glover, T.A. y Kratochwill, T.R. (2007). Where are we, and where do we go now? Universal screening for enhanced educational and mental health outcomes. *Journal of School Psychology*, 45, 257-263 [doi:10.1016/j.jsp.2006.12.003].
- \*American Academy of Pediatrics. (2006). Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: an algorithm for developmental surveillance and screening. *Pediatrics*, 118(1), 405-420 [doi:10.1542/peds.2006-1231].
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª Ed. (DSM-5)*. Buenos Aires: Panamericana.
- \*Anand, V., Carroll, A.E. y Downs, S.M. (2012). Automated primary care screening in pediatric waiting rooms. *Pediatrics*, 129 (5), 1275-1281 [doi:10.1542/peds.2011-2875].
- \*Berger-Jenkins, E., McCord, M., Gallagher, T. y Olsson, M. (2012). Effect of routine mental health screening in a low-resource pediatric primary care population. *Clinical Pediatrics*, 51 (4), 359-365 [doi:10.1177/0009922811427582].
- Blanchard, L.T., Gurka, M.J. y Blackman, J.A. (2006). Emotional, developmental, and behavioral health of American children and their families: A report from the 2003 National Survey of Children's Health. *Pediatrics*, 117 (6), 1202-1212 [doi:10.1542/peds.2005-2606].
- \*Briggs, R.D., Stettler, E.M., Silver, E.J., Schrag, R.D.A., Nayak, M., Chinitz, S. y Racine, D.R. (2012). Social-emotional screening for infants and toddlers in primary care. *Pediatrics*, 129 (2), 377-384 [doi:10.1542/peds.2010-2211].
- \*Briggs-Gowan, M.J. y Carter, A.S. (2008). Social-emotional screening status in early childhood predicts elementary school outcomes. *Pediatrics*, 121 (5), 957-962 [doi:10.1542/peds.2007-1948].
- Bricker, D.D. y Squires, J. (1999). *Ages & Stages Questionnaires: A parent-completed, child-monitoring system*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- \*Brown, C.M., Copeland, K.A., Sucharew, H. y Kahn, R.S. (2012). Social-emotional problems in preschool-aged children: opportunities for prevention and early intervention. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 166 (10), 926-932 [doi:10.1001/archpediatrics.2012.793].
- Brown, J. D., Riley, A. W., y Wissow, L. S. (2007). Identification of youth psychosocial problems during pediatric primary care visits. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34, 269-281 [doi:10.1007/s10488-006-0106-7].
- \*Brown, J.D. y Wissow, L.S. (2010). Screening to identify mental health problems in pediatric primary care: Considerations for practice. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 40 (1), 1-19 [doi:10.2190/PM.40.1.a].
- Brugman, E., Reijneveld, S.A., Verhulst, F.C. y Verloove-Vanhorick, S.P. (2001). Identification and management of psychosocial problems by preventive child health care. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 155 (4), 462-469 [doi:10.1001/archpedi.155.4.462].
- Carter, A.S., y Briggs-Gowan, M.J. (2006). *Infant-Toddler Social and Emotional Assessment*. San Antonio, TX: Harcourt.
- Carter, A.S., Wagmiller, R.J., Gray, S.A.O., McCarthy, K.J., Horwitz, S.M. y Briggs-Gowan, M.J. (2010). Prevalence of DSM-IV disorder in a representative, healthy birth cohort at school entry: Sociodemographic risks and social adaptation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49 (7), 686-698 [doi:10.1016/j.jaac.2010.03.018].
- Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. y Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives*

- of *General Psychiatry*, 60 (8), 837 [doi:10.1001/archpsyc.60.8.837].
- \*De La Barra, F., Toledo, V. y Rodríguez, J. (2005). Prediction of behavioral problems in Chilean schoolchildren. *Child Psychiatry and Human Development*, 35 (3), 227-243 [doi:10.1007/s10578-004-6459-9].
- Dwyer, S.B., Nicholson, J.M. y Battistutta, D. (2003). Population level assessment of the family risk factors related to the onset or persistence of children's mental health problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 44 (5), 699-711.
- \*Dwyer, S.B., Nicholson, J.M. y Battistutta, D. (2006). Parent and teacher identification of children at risk of developing internalizing or externalizing mental health problems: A comparison of screening methods. *Prevention Science*, 7 (4), 343-357 [doi:10.1007/s11121-006-0026-5].
- \*Earls, M.F. y Hay, S. (2006). Setting the stage for success: Implementation of developmental and behavioral screening and surveillance in primary care practice - The North Carolina Assuring Better Child Health and Development (ABCD) Project. *Pediatrics*, 118 (1), 183-188 [doi:10.1542/peds.2006-0475].
- Egger, H.L. y Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47 (3-4), 313-337 [doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01618.x].
- \*Elliott, S.N., Huai, N. y Roach, A.T. (2007). Universal and early screening for educational difficulties: Current and future approaches. *Journal of School Psychology*, 45, 137-161 [doi:10.1016/j.jsp.2006.11.002].
- Essex, M.J., Boyce, W.T., Goldstein, L.H., Armstrong, J.M., Kraemer, H.C. y Kupfer, D.J. (2002). The confluence of mental, physical, social, and academic difficulties in middle childhood. II: Developing the MacArthur Health and Behavior Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41 (5), 588-603 [doi:10.1097/00004583-200205000-00017].
- \*Essex, M.J., Kraemer, H.C., Slattery, M.J., Burk, L.R., Boyce, W.T., Woodward, H.R. y Kupfer, D.J. (2009). Screening for childhood mental health problems: Outcomes and early identification. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50 (5), 562-570 [doi:10.1111/j.1469-7610.2008.02015.x].
- Gardner, W., Murphy, M., Childs, G., Kelleher, K., Pagano, M., Jellinek, M., ... y Sturner, R. (1999). The PSC-17. *Ambulatory Child Health*, 5 (3), 225-236.
- \*Garg, A., Butz, A.M., Dworkin, P.H., Lewis, R.A., Thompson, R.E. y Serwint, J.R. (2007). Improving the management of family psychosocial problems at low-income children's well-child care visits: The WE CARE Project. *Pediatrics*, 120 (3), 547-558 [doi:10.1542/peds.2007-0398].
- \*Glascoe, F.P. (2005). Screening for developmental and behavioral problems. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 11 (3), 173-179 [doi:10.1002/mrdd.20068].
- \*Glover, T.A. y Albers, C.A. (2007). Considerations for evaluating universal screening assessments. *Journal of School Psychology*, 45, 117-135 [doi:10.1016/j.jsp.2006.05.005].
- Goldberg, D.P. y Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9 (1), 139-145 [doi: 10.1017/S0033291700021644].
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40 (5), 791-799.
- \*Guzman, M.P., Jellinek, M., George, M., Hartley, M., Squicciarini, A.M., Canenguez, K.M., ... y Murphy, J.M. (2011). Mental health matters in elementary school: First-grade screening predicts fourth grade achievement test scores. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20, 401-411 [doi:10.1007/s00787-011-0191-3].
- \*Hacker, K.A., Arsenault, L.N., Williams, S. y DiGirolamo, A.M. (2011). Mental and behavioral health screening at preventive visits: Opportunities for follow-up of patients who are nonadherent with the next preventive visit. *The Journal of Pediatrics*, 158 (4), 666-671 [doi:10.1016/j.jpeds.2010.09.059].
- \*Hacker, K.A., Myagmarjav, E., Harris, V., Suglia, S.F., Weidner, D. y Link, D. (2006). Mental health screening in pediatric practice: Factors related to positive screens and the contribution of parental/personal concern. *Pediatrics*, 118 (5), 1896-1906 [doi:10.1542/peds.2006-0026].
- \*Hacker, K.A., Penfold, R., Arsenault, L., Zhang, F., Murphy, M. y Wissow, L. (2014). Screening for behavioral health issues in children enrolled in Massachusetts Medicaid. *Pediatrics*, 133 (1), 46-54 [doi:10.1542/peds.2013-1180].
- Harrington, R. (2001). Developmental continuities and discontinuities. *The British Journal of Psychiatry*, 179 (3), 189-190 [doi:10.1192/bjp.179.3.189].
- \*Hix-Small, H., Marks, K., Squires, J. y Nickel, R. (2007). Impact of implementing developmental screening at 12 and 24 months in a pediatric practice. *Pediatrics*, 120 (2), 381-389 [doi:10.1542/peds.2006-3583].
- Ireton H. (1992). *Child Development Inventories Manual*. Minneapolis, MN: Behavior Science Systems.
- \*Jee, S.H., Conn, A.-M., Szilagy, P.G., Blumkin, A., Baldwin, C.D. y Szilagy, M.A. (2010). Identification of social-emotional problems among young children

- in foster care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51 (12), 1351-1358 [doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02315.x].
- Jellinek, M.S., Murphy, J.M., Little, M., Pagano, M.E., Comer, D.M. y Kelleher, K.J. (1999). Use of the pediatric Symptom Checklist to screen for psychosocial problems in pediatric primary care: A national feasibility study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153 (3), 254-260.
- Jellinek, M.S., Murphy, J.M., Robinson, J., Feins, A., Lamb, S. y Fenton, T. (1988). Pediatric Symptom Checklist: Screening school-age children for psychosocial dysfunction. *The Journal of Pediatrics*, 112 (2), 201-209.
- \*Juechter, J.I., Dever, B.V. y Kamphaus, R.W. (2012). Mental health screening and academic outcomes in elementary school. *School Psychology Forum: Research in Practice*, 6 (4), 137-147.
- Justicia, F., Benítez, J. L., Pichardo, M. C., Fernández, E., García, T. y Fernández, M. (2006). Aproximación a un nuevo modelo explicativo del comportamiento antisocial. *Electronic Journal of Research in Educational*, 4 (9), 131-150.
- Kamphaus, R.W. y Reynolds, C.R. (2007). *BASC-2 Behavioral and Emotional Screening System*. Minneapolis, MN: Pearson.
- \*King, T.M., Tandon, S.D., Macias, M.M., Healy, J.A., Duncan, P.M., Swigonski, N.L., ... y Lipkin, P.H. (2009). Implementing developmental screening and referrals: Lessons learned from a national project. *Pediatrics*, 125 (2), 350-360 [doi:10.1542/peds.2009-0388].
- \*Kuhlthau, K., Jellinek, M., White, G., VanCleave, J., Simons, J. y Murphy, M. (2011). Increases in behavioral health screening in pediatric care for Massachusetts Medicaid patients. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 165 (7), 660-664 [doi:10.1001/archpediatrics.2011.18].
- Lavigne, J.V, Arend, R., Rosenbaum, D., Binns, H. J., Christoffel, K.K., Burns, A. y Smith, A. (1998). Mental health service use among young children receiving pediatric primary care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37 (11), 1175-1183 [doi:10.1097/00004583-199811000-00017].
- \*Levitt, J.M., Saka, N., Romanelli, L.H. y Hoagwood, K. (2007). Early identification of mental health problems in schools: The status of instrumentation. *Journal of School Psychology*, 45, 163-191 [doi:10.1016/j.jsp.2006.11.005].
- \*Meagher, S.M., Arnold, D.H., Doctoroff, G.L., Dobbs, J. y Fisher, P.H. (2009). Social-emotional problems in early childhood and the development of depressive symptoms in school-age children. *Early Education and Development*, 20 (1), 1-24 [doi:10.1080/10409280801947114].
- Petras, H., Chilcoat, H.D., Leaf, P.J., Ialongo, N.S. y Kellam, S.G. (2004). Utility of TOCA-R scores during the elementary school years in identifying later violence among adolescent males. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43 (1), 88-96 [doi:10.1097/00004583-200401000-00018].
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M.R. y Rahman, A. (2007). No health without mental health. *The Lancet*, 370 (9590), 859-877.
- Reynolds, C.R. y Kamphaus, R.W. (2004). *Behavior Assessment System for Children (2nd Ed.)*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- \*Rydz, D., Srour, M., Oskoui, M., Marget, N., Shiller, M., Birnbaum, R., ... y Shevell, M.I. (2006). Screening for developmental delay in the setting of a community pediatric clinic: A prospective assessment of parent-report questionnaires. *Pediatrics*, 118 (4), 1178-1186 [doi:10.1542/peds.2006-0466].
- \*Sand, N., Silverstein, M., Glascoe, F.P., Gupta, V.B., Tonniges, T.P. y O'Connor, K.G. (2005). Pediatricians' reported practices regarding developmental screening: Do guidelines work? Do they help? *Pediatrics*, 116 (1), 174-179 [doi:10.1542/peds.2004-1809].
- Sawyer, M., Arney, F.M., Baghurst, P.A., Clark, J.J., Graetz, B.W., Kosky, R.J., ... y Zubrick, S. (2002). The mental health of young people in Australia: Key findings from the child and adolescent component of the national survey of mental health and well-being. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35 (6), 806-814 [doi:10.1046/j.1440-1614.2001.00964.x].
- Sayal, K. y Taylor, E. (2004). Detection of child mental health disorders by general practitioners. *British Journal of General Practice*, 54, 348-352.
- Severson, H.H., Walker, H.M., Hope-Doolittle, J., Kratochwill, T.R. y Gresham, F.M. (2007). Proactive, early screening to detect behaviorally at-risk students: Issues, approaches, emerging innovations, and professional practices. *Journal of School Psychology*, 45 (2), 193-223 [doi:10.1016/j.jsp.2006.11.003].
- \*Sheldrick, R.C., Merchant, S. y Perrin, E.C. (2011). Identification of developmental-behavioral problems in primary care: A systematic review. *Pediatrics*, 128 (2), 356-363 [doi:10.1542/peds.2010-3261].
- \*Simonian, S.J. (2006). Screening and identification in pediatric primary care. *Behavior Modification*, 30 (1), 114-131 [doi:10.1177/0145445505283311].
- Simonian, S.J. y Tarnowski, K.J. (2001). Utility of the Pediatric Symptom Checklist for behavioral screening of disadvantaged children. *Child Psychiatry and Human Development*, 31 (4), 269-278 [doi:10.1023/A:1010213221811].
- \*Stein, R.E.K., Horwitz, S.M., Storfer-Isser, A., Heneghan, A., Olson, L. y Hoagwood, K.E. (2008). Do pediatricians think they are responsible for identification and management of child mental health problems? Results



- of the AAP periodic survey. *Ambulatory Pediatrics*, 8 (1), 11-17 [doi:10.1016/j.ambp.2007.10.006].
- \*Stormark, K.M., Heiervang, E., Heimann, M., Lundervold, A. y Gillberg, C. (2008). Predicting nonresponse bias from teacher ratings of mental health problems in primary school children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36 (3), 411-419 [doi:10.1007/s10802-007-9187-3].
- U.S. Department of Health and Human Services. (2001). *Mental Health: Culture, Race, and Ethnicity - A Supplement to Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services.
- Wakschlag, L.S. y Keenan, K. (2001). Clinical significance and correlates of disruptive behavior in environmentally at-risk preschoolers. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30 (2), 262-275 [doi:10.1207/S15374424JC-CP3002\_13].
- Walker, H.M., Severson, H.H., Todis, B.J., Block-Pedego, A.E., Williams, G.J., Haring, N.G. y Barckley, M. (1990). Systematic Screening for Behavior Disorders (SSBD): Further validation, replication, and normative data. *Remedial and Special Education*, 11 (2), 32-46.
- \*Weist, M.D., Rubin, M., Moore, E., Adelsheim, S. y Wrobel, G. (2007). Mental health screening in schools. *The Journal of School Health*, 77 (2), 53-58 [doi:10.1111/j.1746-1561.2007.00167.x].
- \*Weitzman, C.C. y Leventhal, J.M. (2006). Screening for behavioral health problems in primary care. *Current Opinion in Pediatrics*, 18, 641-648 [doi:10.1097/MOP.0b013e3280108292].
- \*Weitzman, C. y Wegner, L. (2015). Promoting optimal development: Screening for behavioral and emotional problems. *Pediatrics*, 135 (2), 384-395 [doi:10.1542/peds.2014-3716].
- Williams, J., Klinepeter, K., Palmes, G., Pulley, A. y Foy, J.M. (2004). Diagnosis and treatment of behavioral health disorders in pediatric practice. *Pediatrics*, 114 (3), 601-606 [doi:10.1542/peds.2004-0090].
- Williams, J., Palmes, G., Klinepeter, K., Pulley, A., y Foy, J. M. (2005). Referral by pediatricians of children with behavioral health disorders. *Clinical Pediatrics*, 44(4), 343-349. [doi:10.1177/000992280504400410].
- \*Wissow, L.S., Brown, J., Fothergill, K.E., Gadowski, A., Hacker, K., Salmon, P. y Zelkowitz, R. (2013). Universal mental health screening in pediatric primary care: A systematic review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52 (11), 1134-1147 [doi:10.1016/j.jaac.2013.08.013].
- Yarnall, K.S., Pollak, K.I., Ostbye, T., Krause, K.M. y Michener, J.L. (2003). Primary Care: Is There Enough Time For Prevention? *American Journal of Public Health Public Health*, 93 (4), 635-641 [doi:10.2105/AJPH.93.4.635].



## APÈNDIX C

### **Estudi 3. Factors de risc i detecció en salut mental infantil: una aproximació multidisciplinària**

**Full d'informació i consentiment informat facilitat als professionals que han participat en les entrevistes en profunditat**

---



**Universitat Ramon Llull**

**Tesi Doctoral: “Disseny i validació d’un instrument de cribatge en salut mental infantil de 0 a 6 anys”**

**Full d’Informació**

La doctoranda Núria Anglès Virgili de la Universitat Ramon Llull, està elaborant la seva tesi doctoral en el Grup de Recerca Psicologia, Persona i Context (PSICOPERSONA), concretament en la línia d’Estudi i Recerca sobre la Infància (GERI), dirigida per la Dra. Roser Vendrell Mañós. La tesi doctoral es titula “Disseny i validació d’un instrument de cribatge en salut mental infantil de 0 a 6 anys”.

Aquest projecte té la finalitat de dissenyar un instrument que permeti una detecció ràpida de la simptomatologia en salut mental per part de professionals que atenen infants. Es vol conscienciar sobre la necessitat de derivació als serveis de salut mental infantil, com a forma de prevenció i com una oportunitat per tal de poder rebre, si es necessita, una atenció precoç. Actualment, en la investigació s’estan duent a terme entrevistes a professionals per tal de conèixer l’experiència amb infants de la franja d’edat de 0 a 6 anys. És en aquesta fase de la investigació que demanem la vostra col·laboració.

Les dades obtingudes, s’arxivaran a la Facultat de Psicologia, Ciències de l’Educació i de l’Esport Blanquerna, i no s’utilitzaran amb altres finalitats que no siguin les d’aquest projecte de recerca, essent responsable la doctoranda Núria Anglès Virgili, dirigida per la Dra. Roser Vendrell Mañós, per la qual cosa es podrà exercir la llei 15/1999 de protecció de dades personals

Ens posem a la seva disposició per a resoldre els dubtes que es plantegin i esperem poder agrair la seva participació facilitant el seu accés als informes de la recerca finalitzada.

Pot contactar amb nosaltres a través del correu electrònic: [nuriaav3@blanquerna.url.edu](mailto:nuriaav3@blanquerna.url.edu)

Cordialment,

Núria Anglès Virgili  
Doctoranda

Facultat de Psicologia, Ciències de l’Educació i de l’Esport Blanquerna – URL

Dra. Roser Vendrell Mañós  
Directora de tesi doctoral

Facultat de Psicologia, Ciències de l’Educació i de l’Esport Blanquerna – URL

Barcelona, 10 de novembre del 2017



**Tesi Doctoral “Disseny i validació d’un instrument de cribatge en salut mental infantil de 0 A 6 anys”**

**Consentiment Informat**

Jo ....., major d’edat amb DNI ..... d’acord amb el meu propi interès

**DECLARO QUE:**

He rebut informació sobre la tesi doctoral “Disseny i validació d’un instrument de cribatge en salut mental infantil de 0 a 6 anys” de la qual se m’ha lliurat el full informatiu on es demana la meva participació, annex a aquest consentiment. He entès el seu significat, m’han resolt els dubtes i m’han explicat les accions que deriven d’aquesta participació. També m’han informat dels aspectes relacionats amb la confidencialitat i protecció de dades en compliment de la Llei 15/1999.

La meva col·laboració és totalment voluntària i tinc el dret de retirar-me del mateix en qualsevol moment, revocant aquest consentiment sense cap tipus de conseqüència, amb el dret de cancel·lar les meves dades dels arxius del projecte.

**DONO EL MEU CONSENTIMENT A:**

1. Participar en la tesi doctoral “Disseny i validació d’un instrument de cribatge en salut mental infantil de 0 a 6 anys”.
2. Que l’equip d’investigació (GERI) i la doctoranda Núria Anglès Virgili, dirigida per la Dra. Roser Vendrell Mañós, puguin gestionar les dades personals i divulgar els resultats que la recerca generi. Es garanteix que es preservarà en tot moment la meva identitat i intimitat, amb les garanties que estableix la Llei 15/1999.
3. Que l’equip d’investigació (GERI) conservi els registres sobre la meva persona amb les garanties i els terminis legalment previstos. En el cas que no n’hi hagi, es conservi el temps necessari per a assolir les funcions del projecte.

*Signatura del participant*

*Signatura de les responsables del projecte*

Núria Anglès Virgili  
Doctoranda  
Facultat de Psicologia, Ciències de  
l’Educació i de l’Esport Blanquerna – URL

Dra. Roser Vendrell Mañós  
Directora de tesi doctoral  
Facultat de Psicologia, Ciències de l’Educació i de  
l’Esport Blanquerna – URL





## APÈNDIX D

### **Estudi 3. Factors de risc i detecció en salut mental infantil: una aproximació multidisciplinària.**

#### **Procediment d'anàlisi de la informació obtinguda en les entrevistes mitjançant la teoria fonamentada: Segmentació de temes per unitats d'anàlisi, categorització i codificació**

---

L'anàlisi del contingut de les entrevistes s'ha realitzat mitjançant la teoria fonamentada i seguint el procediment proposat per Miles i Huberman (1992) que consta dels següents passos: (1) organització del text, (2) segmentació per temes de les unitats d'anàlisi, (3) categorització i codificació, (4) integració de la informació i (5) obtenció d'un mapa de significats.

Una vegada organitzades les transcripcions de les entrevistes i segmentades per unitats d'anàlisi, s'ha procedit a la categorització i codificació. A continuació s'adjunten les *unitats d'anàlisi categoritzades més representatives, que permeten entendre el procés de construcció de les categories i codis* i detallar l'anàlisi de la informació seguint el procés en metodologia qualitativa. Cal destacar que hi ha unitats d'anàlisi que s'emmarquen en més d'una categoria.

**FACTORS DE RISC EN SALUT MENTAL EN LA PRIMERA INFÀNCIA**

Categories	Codis
1 Embaràs i naixement	1.1 Fecundació (problemes de fecundació, adopció)
	1.2 Gestació (no voluntat de l'embaràs)
	1.3 Part (prematuro, accidental, salut física del nadó)
	1.4 Pares (Salut mental i física, edat avançada dels pares)
	1.5 Entorn (problemes econòmics, migracions)
2 Context familiar	2.1 Vincle insegur (Evitatiu, desorganitzat i ambivalent)
	2.2 Estil parental (permissiu, autoritari, sobreprotector)
	2.3 Pares (Salut mental dels pares, incapacitat d'afrontar dificultats, edat avançada dels pares)
	2.4 Criança (dormir, posar límits, rutines, falta de temps de qualitat)
	2.5 Entorn (falta de suport familiar, ambient familiar de risc)
3 Conducta externalitzant/ internalitzant	3.1 Excés d'activitat (hiperactivitat, inconsciència en la conducta, rebequeries, aspectes temperamentals de l'infant)
	3.2 Inhibició conductual (gestió de la inhibició en els infants i en els pares)
	3.3 Trets dels trastorns del desenvolupament
4 Gestió emocional	4.1 Dificultats en la gestió emocional (expressió i modelatge)
	4.2 Resiliència (en l'infant i l'entorn)
5 Socialització	5.1 Dificultats en la relació (dificultat en iniciar una relació, impulsivitat)
	5.2 Trets dels trastorns del desenvolupament presents en la socialització

**DETECCIÓ EN SALUT MENTAL EN LA PRÀCTICA MULTIDISCIPLINAR**

Categories	Codis
6 Instruments de cribratge en salut mental	6.1 Propostes per a la construcció del nou instrument
	6.2 Majors demandes

***CATEGORIA 1: EMBARÀS I NAIXEMENT******Codi 1.1: Fecundació******Problemes de fecundació***

“Els processos de fecundació in vitro són factors de risc, de cara també a una bona salut mental dels pares, ja que no deixen de ser factors o processos més aviat estressants i molt llargs. Moltes vegades, quan a nosaltres ens arriben aquestes famílies ja han tingut el nadó i tot aquest relat anterior a l'embaràs, te l'expliquen com una cosa bastant esgotadora” [27LZ- psicòloga].

***Adopció***

“L'efecte del tabac o l'alcohol sobre l'embaràs. Actualment, s'estan veient moltes fetopaties alcohòliques, nens que neixen i aquí. Actualment, com que han vingut molts nens procedents de l'est hi ha bastantes fetopaties alcohòliques amb símptomes orgànics i símptomes emocionals” [40JI-pediatre].

***Codi 1.2 Gestació: No voluntat de l'embaràs***

“Per sentit comú, si la mare emocionalment no està bé, d'alguna manera el nen està vivint l'estat emocional de la mare, a través d'enzims o del que sigui, aquell nen no pot tenir un desenvolupament normal” [36JI-pediatre].

“Aquell embaràs, pel motiu que sigui, perquè no és el moment que toca, perquè ha tingut una pèrdua familiar, un procés de dol, malgrat vulguis tenir una criatura, potser no pots gaudir-n'hi” [18MD-psicòloga].

“Fins i tot s'arriben a modificar els gens per trastorns emocionals en els primers anys de vida, i fins i tot en l'embaràs. És el que anomenem l'epigenètica, s'arriba a canviar l'estructura cromosòmica del nen, els gens del nen” [37JI-pediatre].

“Si estàs embarassada i no desitges tenir aquell nen, ha de viure això. Com modificarà el seu comportament al llarg de la seva vida? Evidentment al néixer i les circumstàncies ambientals seran diferents, l'entorn familiar, si aquell nen se sent estimat, si estableix vincles familiars importants” [39JI-pediatre].

“Si hi ha una sèrie de pautes que et dona el metge, mentre t'estan preparant i no estàs content, no estàs il·lusionat, potser a vegades això no li dones importància. Per tant, aquesta cura personal i l'ambient emocional de la pròpia mare, també és molt important” [21MD-psicòloga].

***Codi 1.3 Part***

“Molta patologia pot ser determinant en el moment del part” [44JI-pediatre].

“Cal tenir en compte que hi ha situacions que poden portar un cert risc en el part” [24MD- psicòloga].

***Prematur***

“Molts nens prematurs, molt prematurs. Aleshores, clar, no sé si seria embaràs o part, però estaria allà com a factor de risc, el que el nen sigui prematur. No només pel fet de que ell com a nadó encara no està tot desenvolupat, sinó per les angoixes que desperta en la família i el moment de la separació, que moltes són famílies que potser els primers dies no han pogut estar amb el nadó i ha estat en incubadora, i a l’hora d’establir el vincle veiem que costa” [34LC-psicòloga].

***Accidental***

“Com més estressant i problemes hi hagi en el part, també influeix negativament en el nen. Com per exemple, tot procés que provoqui que el nen pateixi una falta d’oxigen, com una hipòxia, s’ha vist que a nivell neurològic, i també pel tema de desenvolupament també influïrien. Per exemple, un part instrumental o alguna urgència durant el part, per exemple, un despreniment de placenta molt greu, tot això s’ha vist com negativament influeix [50LS-pediatra].

“Hi ha nens que tenen trastorns de conducta, per dir alguna cosa, i quan veus l’historial son nens que d’alguna manera han tingut un part amb patiment fetal, han tingut lesions cerebrals, destrucció neuronal” [42JI-pediatre].

“No és el mateix néixer en un entorn amb factors de protecció, en una clínica en què puguis tenir un espai de reanimació immediat al costat, que néixer d’una manera espontània dintre un cotxe o a casa” [43JI-pediatre].

***Salut física del nadó***

“La probabilitat del nen de tenir alguna patologia, això desencadena un factor estressant durant l’embaràs, que evidentment té un pes” [30LZ-psicòloga].

“El moment del naixement és fonamental, aquells minuts són transcendents per la vida del nen. Uns minuts d’anòxia, poden determinar tota la seva vida. No és el mateix néixer amb un Apgar de 3 que amb Apgar de 10” [41JI-pediatre].

***Codi 1.4: Pares******Salut mental dels pares***

“L'estabilitat potser seria la frase, el que hagi pogut tenir un embaràs estable en què la mare s'hagi sentit acompanyada, perquè no tots els embarassos són ideals, però si que hi hagut un acompanyament, des d'algú extern, des de la família” [32LC-psicòloga].

“L'estrès durant l'embaràs, també és vist i se sap que és un factor que influeix molt negativament en el fetus, tant pel creixement com pel desenvolupament” [48LS-pediatre].

***Salut física dels pares***

“Si ella s'ha trobat bé o no, perquè a vegades generen com moltes culpes si s'ha trobat malament o era una mama deprimida, com això li ha pogut traspasar al nen” [32LC-psicòloga].

***Edat avançada dels pares***

“L'edat de la mare evidentment condiciona, tant a nivell físic, perquè hi ha nens que tenen problemes de desenvolupament de vegades subtils, que poden estar deguts a l'edat de la mare o a temes de fecundacions” [15RB-psicòleg].

“L'envelliment de la mare és un factor de risc, com més gran és la mare, incrementes el factor de risc per a diferents trastorns en l'infant, emocionals o físics.” [46JI-pediatre].

“L'energia no és la mateixa i a vegades entendre que ha portat aquesta mare a tenir aquest fill tan gran, a vegades ajuda a entendre com està en aquest moment i quines energies pot utilitzar” [35LC-psicòloga].

“Les dones cada cop són mares més grans i realment a nivell de salut si que estan havent-hi més problemes de nens, potser que sigui un factor que també s'ha de tenir en compte” [51LS-pediatra].

***Codi 1.5: Entorn******Problemes econòmics***

“He vist famílies que descriuen que tenien problemes econòmics o problemes de relació amb el marit o la dona, salut, estressors vitals (...). Això són coses importants perquè configuren l'expectativa de la família, la figura d'aquell nen que ha de néixer” [11RB-psicòleg].

“Les pèrdues, potser familiars, a vegades d'avis o situacions més a nivell socials (...), que no han permès estar tranquil·la” [33LC-psicòloga]

“Aquell embaràs pel motiu que sigui, perquè no és el moment que toca, perquè has tingut una pèrdua familiar, un procés de dol, malgrat vulguis tenir una criatura potser no pots gaudir-n’hi. Per tant, l’estat emocional de la pròpia mare i el pare tenir amb qui compartir aquesta il·lusió és un fet molt positiu per pronosticar una bona salut mental de la criatura” [18MD-psicòloga].

### ***Migracions***

“El factor migratori, que també ara ens hi trobem molt és un factor de risc per a la bona salut de la mare, que pugui estar tranquil·la i desenvolupar el seu embaràs el més tranquil·lament possible amb ganes i entusiasme” [29LZ-psicòloga].

**CATEGORIA 2: CONTEXT FAMILIAR*****Codi 2.1: Vincle insegur: Evitatiu, desorganitzat i ambivalent***

“El vincle ambivalent, aquestes mares que sí, sí, però després fan un rebuig, o no poden entendre que els hi passa als nens. A vegades sembla que l’entenen molt i estan molt per ells, però quan escoltes els missatges que els hi donen o escoltes com contenen els nens en un moment més de crisi o de rebequeria, realment no saben contenir” [101LC-psicòloga].

“Si és un vincle molt ansiós, si és un desorganitzat, clar després has d’analitzar una mica tots els factors externs que hi ha hagut al llarg de la vida d’aquet nen, que han fet que aquest vincle sigui més desorganitzat. Potser perquè hi ha hagut un entorn absolutament de risc o fins i tot, una patologia greu dels pares, o evidentment, tots els casos que tenim nosaltres de serveis socials o DGAIA, fins i tot retirades de nens. Realment aquí sí que pots veure que hi ha hagut tot un enorme que ha agreujat una mica el desenvolupament de l’infant” [83LZ-psicòloga].

***Codi 2.2: Estil parental******Permissiu***

“Factors de risc també, pares que tinguin unes concepcions educatives poc sòlides, que tinguin poca autoritat i autoritat, en el sentit positiu de la paraula. No com autoritarisme, sinó com a figura de respecte diríem” [39RB-psicòleg].

“Els principals problemes que tenim, famílies que estan molt perdudes, que se senten molt insegures i a l’hora de frenar conductes dels seus nanos ho fan malament o per excés o per defecte. Aleshores es converteixen en famílies molt autoritàries, que no té res a veure amb l’autoritat, sinó amb l’autoritarisme, o bé famílies molt permissives, molt poc sòlides i aquí tenim els problemes” [40RB-psicòleg].

***Autoritari***

“En el teu fill li estàs exigint coses, però tu en el fons estàs donant molt poc per a ell, li dones moltes coses materials, de cop i volta, li dones molt poca, però després hi ha un període en què ha desaparegut aquesta família, on sou? És tot molt intermitent [3SV-mestra].

“Pares molt autoritaris que a la mínima salten i el nen inclús notes que té por” [128LS-pediatra].



***Sobreprotector***

“Els hi passat (a les famílies sobreprotectores), la paraula no és correcta, són aquestes com “esquizofrènies familiars”, les coses no tenen un equilibri, és a dir, que per un costat no pots fer res i per l'altre tens una exigència tremenda” [72MD-psicòloga].

“L'helicòpter que tot el dia està sobrevolant sobre el nen que no li passi, res quan el que tu li has de fer en aquest nen és ensenyar-li. Si vas per aquest camí, cauràs, però no pots anar darrere seu perquè no es faci mal” [119JI-pediatre].

“Aquesta dificultat dels pares de deixar-los créixer o nens més inhibits. A vegades és més aquesta necessitat que tenen els pares que siguin nadons i no els deixin créixer, és aquesta autonomia i trobes nens amb 6-7 anys que no saben cordar-se les sabates, però ell ho sap fer sol, que ho faci sol” [103LC-psicòloga].

“Als pares els hi preocupa molt el fet que el nen ho passi malament, que el nen no sigui feliç, o que el fet de posar-li uns límits o unes normes al nen, faci que el nen no l'estimin igual” [123LS-pediatra].

***Codi 2.3: Pares******Salut mental dels pares***

“Criatures amb els pares amb problemes de drogoaddicció, que se'ls hi ha retirat la tutela, que han estat en un centre d'acollida, que després finalment ja han tornat amb les pares, però aquells nanos fan patir una mica. Perquè els veus enfadats, agressius, no aconsegueixen estar tranquils. Després, també comencen a aparèixer les dificultats en el seguiment escolar, perquè no estan per això, no estan per concentrar-se i ni els interessa que s'està fent perquè ells tenen altres problemes més grossos” [26AC-mestra].

“Mares absolutament deprimides, distants o amb patologies. També ens trobem amb famílies que els propis pares tenen patologies greus o de personalitat i és un factor de risc important” [102LC-psicòloga].

“Pares amb addicions, un altre problema important” [121JI-pediatre].

***Incapacitat d'afrontar dificultats***

“És molt curiós observar com de vegades es fa un repartiment de les funcions i hi ha un element de la família que s'ocupa d'assumir tot el malestar, perquè els altres puguin tirar endavant i aquest és el subjecte identificat com a patològic. És molt curiós quan comences a observar canvis en aquell subjecte, aquell nen o nena, de vegades es produeixen un cert reequilibri a nivell familiar i et diuen, ara Pepito està molt millor, però et diuen, la Maria o el

Joanet està començant a explotar i veus com el malestar es va reubicant. Això no és un mal senyal que estiguem fent malament les coses, sinó que s'ha de seguir perseguint un equilibri una miqueta millor dintre de tots els elements que constitueixen aquell sistema"[53RB-psicòleg].

“La gent li costa d'acceptar la normalitat de la persona. Això ens costa, a vegades, ens costa perquè les famílies pateixen més del normal, no han madurat suficient per entendre un patiment excessiu psicològic dels seus fills” [117JI-pediatre].

### ***Edat avançada dels pares***

“Pares grans vol dir més gran de 35, 37 anys i això també és un factor de risc, sobretot en quan a pautes de criança. Primer, els pares estan cansats. Segon, són pares que han viscut un temps una vida en parella, al seu aire i cal reajustar això a la criança d'un nen petit que contínuament et posa a prova amb imprevistos constants, amb renúncies. A l'edat de 30 llargs, costa i clar, a vegades els pares amb aquest perfil veiem que tots els factors de criança, de límits, costa molt” [88LZ-psicòloga].

“L'energia no és la mateixa i a vegades entendre que ha portat a aquesta mare a tenir aquest fill tan gran, ens ajuda a entendre com està ell en aquest moment i quines energies pot utilitzar. L'expectativa d'aquest nen, que era la última oportunitat, era molt il·lusionant i molt idíl·lic i al final el que tenen és un nen amb moltíssimes dificultats, tu ja no tens energia, perquè no és el que t'esperaves, has de passar un dol. És complicat, molt complicat, per la salut del nen i de la mare que al final va tot junt. Jo crec que té molt a veure si hi ha aquesta estructura familiar, que sovint quan són tant grans no hi és. Nosaltres els que ens trobem és que quan són mares tan grans, que normalment no tenen aquesta estructura familiar i social que les acompanya i estan més perdudes. No vull generalitzar” [106LC-psicòloga].

“Totes les mares tenen la mateixa capacitat d'adaptar-se a les necessitats emocionals dels fills als 25 que als 45? No ho sé, jo diria que com a mínim tenen més dificultats. No és el mateix l'espontaneïtat d'una persona jove que d'una persona gran que potser té 50.000 preocupacions o no en té cap més. Però com a mínim, uns pares grans jo d'entrada agafo aquell nen i el poso fins de la columna d'observació més exhaustiva” [108JI-pediatre].

### ***Codi 2.4: Criança***

#### ***Dormir***

“Pares que dormen amb els seus fills i no saben com fer-s'ho per treure's el nen de l'habitació quan arriba certa edat. Però quan tu els hi estàs dient a P3 no ho feu, ells al contrari,

han llegit molt sobre el tema perquè tots en sabem molt. És a dir, jo crec que hi ha pràctiques que actualment no estan afavorint que els nens siguin autònoms, siguin oberts, es relacionin amb normalitat, se'ls tracta com si fossin molt fràgils i a l'hora de cop i volta volem que ja siguin molt grans i autònoms" [4SV].

Des dels primers moments de vida, quina va ser la relació, com era el contacte amb el nen els primers anys, aspectes de criança que ens indiquen moltes coses, per exemple, si el nen/a dormia sol o no, què ens indica això? Ens indica varies coses. Primera, ens indica sobre el temperament del nen, però també ens està indicant quin tipus de relació estableix amb els seus pares" [34RB-psicòleg].

"La majoria de trastorns de la son són problemes de relació entre els pares i els fills, tant quan són pors d'anar a dormir sols, com quan són insomnis de continuació, és a dir, que tenen un son molt entretallat. Són problemes que sovint es resolen quan apliques certs canvis en la dinàmica de relació entre pares i fills i aleshores te'n adones que el problema no és tan d'un problema restringit a un insomni, sinó que és un problema d'hàbits, de relació entre pares i fills. És a dir, que tot està connectat, els hàbits, diríem habituar-se a alguna cosa, és començar a aprendre que no pots fer el que et dona la gana: que no pots menjar a l'hora que tu vols, que no pots dormir a l'hora que tu vols i que has de començar a assumir que culturalment, socialment, està establert i aleshores això, sempre implica una renúncia, sempre implica una frustració" [43RB-psicòleg].

### *Posar límits*

"Hi ha famílies que van molt perdudes en posar uns mínims límits, endreçar una miqueta el dia a dia del nen, en ajudar-lo a establir els seus hàbits, que són a partir dels hàbits és a partir del que construïm tot, i això ens dóna molta informació sobre la relació entre els pares i els fills" [36RB-psicòleg].

"Moltes famílies confonen el dir no en un moment determinat, pensem que el nen es pensarà que ja no ens l'estimem. Podem dir a vegades no, quan aquest nen prèviament està segur de que te l'estimes i a partir d'allà ho accepten" [67MD-psicòloga].

"S'ha de dir això està bé i això està malament, això és bo i això és dolent, però després s'ha de portar a la pràctica i fer de model i això és molt més difícil, perquè ho tens mínimament interioritzat o és molt difícil de fer-ho de forma mecànica. Es pot fer i es poden obtenir moltes millores, però és més complicat" [52RB-psicòleg].

***Rutines***

“Si no saps mai el que toca, això dóna molta inseguretat. Això sent adults dóna molta inseguretat, imagina't en una criatura petita que no sàpiga mai” [25SV-mestra].

“Les rutines de que depenen? (...) De que els pares tolerin que hi hagi algun moment que el nen digui, això no ho vull i tu li hakis de dir, ho sento molt però això és el que hi ha i que això generi molta frustració en el nen, que generi si convé una rebequeria, perquè són molt típiques sobretot cap als 2-3 anys, és molt normal. Però si els pares són capaços de tolerar això aconseguiran que el nen resolgui la seva pròpia frustració i adquireixi uns bons hàbits i el mateix passa amb dormir” [42RB-psicòleg].

“Rutina diària, que tingui un horari, un context més o menys fixe, amb els mateixos cuidadors. Tot el que surti d'això, aquesta dispersió... nens que mengen aquí, mengen allà, amb un cuidador o un altre, sense horaris. Aleshores això segur que no afavoreix gens, el fet que un nano interioritzi aquestes rutines i que després també les pugui interioritzar per anticipar-les. Perquè després de tot, quan les té interioritzades, les va fent sol” [89LZ-psicòloga].

“Totes aquestes rutines, han de tenir una estructura, que vol dir, un context, un espai físic, un horari, uns cuidadors estables. Clar, tot el que surti d'això, jo penso que no afavoreix el fet de tenir un desenvolupament estable” [90LZ-psicòloga].

“Les rutines i els límits és bàsic pel desenvolupament del nen perquè han de créixer i han d'experimentar sabent que hi ha uns límits i unes rutines i que en el dia a dia s'han de fer unes coses i no s'han de fer altres. És a dir, han de tenir un referent o una persona que els hi posi els límits perquè el nen pugui saber fins on pot arribar o no pot arribar” [122LS-pediatra].

***Falta de temps de qualitat***

“Pares i mares poc presents, compensant aquesta poca presència de mala manera i llavors els avis fan una mica el que poden” [7SV-mestra].

“El que més em preocupa són els pares que no veuen a les criatures (...), és a dir, que estan una hora i mitja junts però és una hora d'estrès” [62MD-psicòloga].

“Mares que si que estan presents però el pare no ho està i que això jo crec que moltes vegades no som conscients de la importància que té pel desenvolupament dels nens, ja estan amb els avis... un estar de qualitat, no és estic” [99LC-psicòloga].

“Un factor que a mi sempre m'ha preocupat moltíssim, és que sempre has d'entendre l'entorn social en que es mou aquell nen. Els nens estan sols o estan acompanyats? Els pares

acompanyen els nens o es passen moltes hores sols? Si es passen moltes hores sols és per necessitat o per voler incrementar el seu patrimoni econòmic? [109JI-pediatre].

***Codi 2.5: Entorn***

***Falta de suport familiar***

“Que hi hagi una estructura extensa i que realment la família se senti acompanyada. Que hi hagi avis o tiets o altres nens que puguin veure com va. Perquè a vegades ens trobem, ell es relaciona bé amb altres. Però amb qui es relaciona? Al parc, però no hi ha cap relació que els pares puguin veure com es relaciona el nen amb altres nens. Aleshores, jo potser diria això, que hi hagi una família extensa que doni suport a la família” [98LC-psicòloga].

“Les famílies immigrants, això ho hem parlat molt amb l’equip, també tenen un factor més que és la desembranització de la família i penso que també és important això. Perquè a vegades jo crec que aquestes famílies en el seu país, aquests nens evolucionarien d’una altra manera” [95LZ].

***Ambient familiar***

“Hi ha tota la qüestió ambiental, que també hem de tenir en compte. Segons de quina família és aquella criatura, ens pot donar pistes. Potser el que li passa és que l’ambient no l’ajuda, o al contrari, aquesta criatura sent de la família que és, tenint en compte l’ambient en que viu, és una criatura que està molt estimulada, és molt estrany que actuï així” [21AC-mestra].

“Les criatures d’ara, si tant el pare com la mare, per exemple, que estiguin separats, però si veuen que el seu entorn va fent està bé, està tranquil·la, està contenta, no té perquè afectar. El que afecta és que els altres que estan al seu voltant no estiguin bé, encara que no estiguin bé, encara que no t’ho diguin, tu ho notes i ells ho noten i això afecta molt” [29AC-mestra].

“ Si tenen una estructura familiar que els sosté, quins vincles han tingut aquests pares amb els seus pares, si estan separats o no. Ens trobem, desgraciadament, molts casos de pares separats i el nivell de relació que tenen i de conflictiva, moltes vegades ens mostra quin nivell de patologia o quin nivell d’estrès té aquest nen que no es pot vincular bé, que viu discussions constantment, aquesta estabilitat és complicada” [100LC-psicòloga].

“Si no s’estableixen vincles a nivell familiar, la cosa no va. Allò que el nen necessita és sentir-se estimat d’una manera incondicional, acceptat d’una manera incondicional, estimat, escoltat, cuidat, protegit, segur, si el nen no se sent amb això, se sent en un entorn inestable, no pot créixer normal” [11JI-pediatre].

**CATEGORIA 3. CONDUCTA INTERNALITZANT/EXTERNALITZANT*****Codi 3.1 Excés d'activitat******Hiperactivitat***

“Nens que busquen l'estímul constant, de posar-se coses a la boca, d'anar provant, ja sé que són fases, però quan un nen està a finals de P4, això s'hauria d'estar abandonant, no pots tenir un nen llepant-ho tot o un nen que és incapaç de seguir quatre consignes, que veus que el neguit que té és massa” [3SV-mestra].

“Un nivell alt d'activitat, nosaltres els hi diem trastorns de la regulació que són, segons la classificació diagnòstica 0-3 aquests que ens preocupen, quan realment afecta la capacitat d'atendre una consigna, un joc, un mínim de temps i també quan els pares tenen moltes dificultats de contenció. Per això, són nanos que posen en tractament al nen, a part de tota la família. Però realment, quan aquest nen no li permet estar atent a un mínim de joc, d'interacció verbal od'interacció lúdica amb l'adult i quan veus que els pares realment tenen molta dificultat en contenir aquesta activitat” [29LZ-psicòloga].

“Molts nens externalitzen el seu malestar perquè ningú els recondueix una mica i llavors molts Trastorn per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat (TDAH), no sé si són reals o no” [48JI-pediatre].

***Inconsciència en la conducta de l'infant***

“A P4 i P5 aquest excés d'inconsciència que va acompanyat normalment de moviment és el que ens amoïna, quan veus que no s'atura a pensar, que tot és impulsivitat [4SV-mestra].

“A mi em preocupa quan aquella criatura, no reconeix el que ha fet, per exemple amb 4 anys són petits però no ximpls. A mi em preocupa quan és una criatura que no té empatia, és una criatura que fa i que no reconeix allò que ha fet li ha causat un dany a l'altre i que a més a més ni li importa, ni li sap greu, que pensa que l'altre s'ho mereixia” [10AC-mestra].

“Si que em preocupa quan he vist criatures que fins i tot gaudeixen i ho fan de gust fer mal a l'altre, no tenen empatia ni sentiment d'haver fer una cosa malament” [12AC-mestra].

“Em preocupa quan una conducta està feta sense consciència, que predomina la impulsivitat i penso que els nens des de petits tenen consciència” [22MD-psicòloga].

***Rebequeries***

“Si un nen que inicialment, a l'hora de llevar-se, o vas passejant, et fa rebequeries constantment, hi ha alguna cosa que no va bé” [25MD-psicòloga].

“Una altra cosa, és que segons l’entorn on estigui reaccioni d’una manera o d’altra. Però un nen que a l’escola bressol et diuen que és molt reactiu, molt hipersensible, s’espanta molt quan li dic les coses, o al revés, és un nen molt impulsiu, de difícil contenció, malgrat m’apropo, li explico no fa cas, o les rabietes són molt desorganitzades i costa que es refaci. Per nosaltres són indicadors que aquí hi ha alguna cosa més. No només és l’entorn, sinó que hi ha una competència del nen que et fa veure que aquell nano té unes dificultats” [34LZ-psicòloga].

### *Aspectes temperamentals de l’infant*

“Factors de risc, per exemple, hi ha aspectes temperamentals, hi ha nens més difícils i hi ha nens que són més de comportar i diríem que això és un factor de risc. Que sigui un nen mogudet d’un perfil tipus TDAH, seria un perfil d’un cert risc” [15RB-psicòleg].

“Un nen pot agafar una cosa, la pot experimentar, la pot tocar, però si constantment ja es veu a la cara, la va apretant i veus que allò ja no és explorar i ara estic parlant d’un nadó. Aquella cosa, ja va més enllà, està manifestant-se que hi ha un neguit” [23MD-psicòloga].

“Hi ha una competència biològica en això, jo penso. Per exemple, el temperament dels nanos, hi ha una part innata, fins i tot genètica. Després clar, l’entorn acaba de modelar cap a on anirà, però jo crec molt que hi ha una competència molt innata, de fet amb tots els Brazeltons que passem, que són els primers moments de la vida, que dius l’entorn encara no hi ha influït tant, ja es veu les diferents reaccions del nadó, que és molt petit, amb situacions fins i tot estressants” [28LZ-psicòloga].

### *Codi 3.2: Inhibició conductual*

#### *Gestió de la inhibició en els infants*

“La majoria d’inhibicions són, o bé perquè hi ha un trastorn del desenvolupament al darrere i per tant una manca d’interès en la relació, o bé perquè hi ha una por a ser jutjat pels demés, a ni fer les coses bé. Per això estem parlant de la por en aquest punt, encara que aparentment és un problema de relació, però està molt basat en la por” [20RB-psicòleg].

“Dins els trastorns de la regulació, justament tenim els dos extrems: el nen aquest amb hiperactivitat, molt desorganitzat i impulsiu. Després tenim el superinhibit, contingut i també són nanos que nosaltres posem en tractament, com que aquesta passivitat i inhibició realment és exagerada. És exagerada, vull dir que després d’un temps d’adaptació o bé l’escola bressol o bé inclús aquí al nostre servei veus que realment ja no és un nen que dius necessita un temps de confiança i adaptació, potser una mica més que un altre nen. Però, al final llavors és quan

diem aquest nano també hem de treballar amb ell i hem de veure que està passant per ajudar-lo a que desbloquegi tot això” [31LZ-psicòloga].

***Gestió de la inhibició en els pares***

“Si aquest nen més poruc, es troba amb uns pares que també són més aviat porucs, i això és un clàssic també, aleshores ens trobem que els pares no toleren les pors del nen perquè tampoc han acabat de resoldre les seves pròpies. Aleshores, acaben sobreprotegint a l’infant, amb el qual el missatge que li estan donant és, cada cop que et trobis amb una situació en la qual et sentis que hi haurà un perill, el que has de fer es apretar a córrer, evitar. Això és la única cosa que és redundant que encara siguin més insegurs” [19RB-psicòleg].

“Si a casa no posen paraules en el moment que una està trista o enfadada, doncs després a ells també els hi costa poder-ho identificar i es queden enganxats amb alguna cosa més interna i que costa d’expressar” [45LC-psicòloga].

***Codi 3.3: Trets dels trastorns del desenvolupament***

“Conductes estereotipades, moviments repetitius” [7SV-mestra].

“Nens que no fixen la mirada” [8SV-mestra].

“En el període de 2-3 anys, hi ha nens que són, sobretot els pares, refereixen que quan tu els veus jugar són molt maniàtics, molt metòdics amb el tema de l’alimentació també, molt selectius, només volen una cosa. Amb el tema sobretot del joc i l’alimentació ens trobem amb les manies. Una cosa que ens crida molt l’atenció és quan treure el bolquer a partir dels 2 anys és un drama molt important per la família i allí comences a veure” [54LS-pediatra].



**CATEGORIA 4: GESTIÓ EMOCIONAL****Codi 4.1: Dificultats en la gestió emocional****Expressió**

“A vegades veus nanos que no saben relacionar-se, que estan molt enfadats, que tenen reaccions fora de lloc com de descontrol, ens pot fer pensar que hi ha alguna qüestió” [5AC-mestra].

“Pot haver-hi criatures que no es deixen veure, és molt tranquil i resulta que no és que sigui tranquil, sinó que té una apatia o té una tristor, o té una timidesa que no el deixa expressar-se'l” [7AC-mestra].

“Un nadó que no plori mai o que no rigui mai alguna cosa li passa” [9AC-mestra].

“El que és més important, és adonar-te'n si el context és un context que afavoreix l'expressió. Quan te'n adones que el context afavoreix l'expressió en general, sense forçar res i veus que el nen està tens, inquiet i que no expressa, te'n adones que el nen s'ha de treballar perquè pugui manifestar que li està passant” [15MD-psicòloga].

“Tots els trastorns de la regulació es diferencien bastant, la classificació 0-3 tots aquests casos, tant per impulsivitat com la inhibició, com hipersensibilitats. Serien nens hipersensibles, aquests nens que es desorganitzen molt, aquesta poca capacitat de refer-se, de demanar, de buscar l'altre, el referent per a consolar-se. Són aquests nanos que diem hipersensibles, desorganitzats. Nosaltres els hi posem trastorns de la regulació emocional, perquè realment no saben modular. Tots són una mica els extrems o es desorganitza moltíssim, no saben organitzar aquest entremig o modular aquestes emocions. O em desorganitzo molt, o passo, que a vegades també ho fan, a un estat eufòric. A vegades, també els veiem que quan estan contents, en un estat eufòric no saben modular totes aquestes emocions molt extremes. Però jo també penso que hi ha una base constitucional en aquests nanos que veiem, biològica, de l'entorn” [20LZ-psicòloga].

“Durant el primer any de vida no va plorar ni riure mai” [22JI-pediatre].

**Modelatge**

“La inconsistència entre el que dius i el que es fa, perquè al cap i a la fi les paraules se les emporta el vent. Aleshores en relació a com ajudar els nens a manejar millor les seves emocions, doncs és una qüestió, des del meu punt de vista fonamentalment de modelatge” [13RB-psicòleg].

“Hauries de preguntar si els pares estan capacitats o gestionen emocionalment, com l’ajuden o el sobreproteixen” [24JI-pediatre].

“L’acompanyament del nen en el seu malestar (...), perquè quan un nen pateix, es troba un adult que, o bé tracta d’eliminar aquell patiment de forma molt ràpida: comprant-li alguna cosa o el que sigui, o bé s’enfada, tendeix a culpabilitzar i aleshores reacciona de forma defensiva. Quan és molt més fàcil fer un acompanyament d’aquell malestar, assumint el malestar com una cosa intrínseca en el dia a dia de les persones i ajudar a aquell nen a digerir-ho” [11RB-psicòleg].

#### ***Codi 4.2: Resiliència***

##### ***Resiliència en l’infant***

“Jo crec que un porta els ingredients, les eines a la seva motxilla per ser-ho. Les té i no sap trobar-les o per algun motiu o les té tan amagades a la seva motxilla que no les troba i potser un altre, les porta aquí a la butxaca i de sobte les agafa i les treu” [3AC-mestra].

“Si has tingut la mala sort de fer una mala vinculació o t’han quedat coses pendents, això genera ansietat, frustració, sentiment de no plenitud perquè queden coses pendents (dol)” [8MD-psicòloga].

##### ***Resiliència en l’entorn***

“Pensaria més en la capacitat de la família. Tolerar els canvis, persones que tendeixen més a estat deprimits, costarà molt aquesta resiliència, que no pas famílies de dir, tiraràs cap endavant, hem passat tot això, anem a superar-ho. Busquen ajuda, tenim moltes famílies que estan amb serveis socials, però hi ha d’altres que nosaltres intentem vincular però que no volen. Llavors és la capacitat de buscar ajuda, ja no de buscar, sinó de dir, potser necessito aquesta ajuda i que es deixin ajudar” [12LC-psicòloga].

***CATEGORIA 5: SOCIALITZACIÓ******Codi 5.1: Dificultats en la relació******Dificultats en iniciar una relació***

“Nens que no saben relacionar-se, com entrar en un joc, com iniciar una petita relació amb un grupet de nens, i això per mi és símptoma de mancances, no sé si són pròpies del nen, que ja venen amb la seva genètica, o si realment són adquirides perquè els pares l’han sobreprotegit” [1SV-mestra].

“Ens preocupa quan veiem que no es relaciona amb ningú o amb adults, no parla gens, li dones un temps, però ha passat un temps i ja ataqués una mica el tema” [5SV-mestra].

“Una criatura que s’aïlli molt del grup, estem pensant amb un P3 (...). Criatures que no venen mai al grup, que s’està presentant una situació de joc atractiva com potser cantar, explicar un conte... I que no venen mai, això aïlladament no té perquè ser un problema, però reiteradament sí” [9AC-mestra].

***Impulsivitat en la relació***

“Aquests trastorns de regulació, sobretot els impulsius, clar evidentment això condiciona una relació ajustada amb els iguals i això crea molts conflictes a les escoles” [14LZ-psicòloga].

***Codi 5.2 Trets dels trastorns del desenvolupament presents en la socialització***

“Amb més petits, quan no et miren, quan veus que no desenvolupen un joc normal, el que tocaria per l’edat” [4SV-mestra].

“Nens que no es relacionen, que fan un joc i s’enganxen a aquest joc i estan amb una cosa circular i no surten” [6SV-mestra].

“Un nen amb autisme, la relació amb els iguals és complicada, és difícil, perquè ell no la buscarà. Clar, tu l’has d’afavorir, quan la fan normalment la fan desajustada, perquè a ells no els interessa el nen, els interessa l’objecte i van a prendre l’objecte més que relacionar-se amb el nen. Això, genera una mala interpretació per la mare o el nen que està al seu costat i genera molta frustració i molta incomprensió” [15LZ-psicòloga].

**CATEGORIA 6. INSTRUMENTS DE CRIBRATGE EN SALUT MENTAL*****Codi 6.1 Propostes per a la construcció del nou instrument***

“Àgil i ràpid és potser una graella, tipus quantes vegades fa això, que és el que concretament vols observar i que és el que vols registrar. Jo trobo que s’hauria de trobar una fórmula en que fos molt àgil la derivació als CDIAPS i molt evident. Una fórmula en que s’evidencien els senyals i els símptomes, sense perdre temps, les criatures poguessin anar al CDIAP, o als psicopedagogs a P3” [1AC-mestra].

”Que sigui breu, això és molt important, que no tendeixi a etiquetar directament. Perquè l’etiquetatge és un problema sempre, però en aquesta franja d’edat molt més encara, en les famílies sempre es generen expectatives sobre els seus fills i si, tu condicionas l’expectativa que pot tenir aquella persona sobre la criatura tendiràs (efecte pigmalión) a dirigir la persona cap allà. Això de que tendeixi a no etiquetar el nen, breu i eficaç. És a dir, que detecti bé allò que vol detectar, és a dir, que filtri bé. Que faci un bon filtratge entre allò que seria irrellevant a nivell clínic i allò que seria rellevant” [2RB-psicòleg].

“Què sigui molt pràctic, que no sigui un instrument molt llarg, molt pràctic i com a molt clínic, també. Que si ha de ser de prevenció, que siguin pediatres o mestres, que en el seu entorn sigui en una consulta pediàtrica o en l’aula, evidentment en l’aula hi ha més elements que observar. Però que en aquell espai sigui fàcil d’observar o preguntar una miqueta” [6LZ-psicòloga].

“Ha de ser una cosa molt breu. Quan l’administrativa li diem on ha de posar l’acollida. Per exemple, arriba un nen amb una nova demanda i diu que ve per llenguatge, i nosaltres li vam fer un llistat de preguntes que havia de fer a la família per esbrinar si realment era de llenguatge o hi havia alguna cosa més encoberta. Eren preguntes molt clares, molt breus i claus i realment veiem l’important i sobretot això que sigui molt breu, perquè hi estem acostumats, però professionals com a pediatres que estan 10 minuts amb un nen, no estan per passar un super qüestionari” [8LC-psicòloga].

“Que puguin tenir ràpidament, mira això ens preocupa, que hi hagi aquells ítems claus que tu li puguis explicar a la família i que la família surti amb una mica de consciència del que està passant, sense haver de preocupar en extrem, perquè el diagnòstic al final el farà un equip especialitzat, sinó que els pares puguin ser conscients de quines coses els preocupen” [10LC-psicòloga].

“Curt i breu segur, entenedor. Això ha de ser fonamental i no se’ls hi ha de demanar massa cosa, perquè sinó la gent per respondre buscarà internet i ja ets mort. Jo crec que el

millor instrument que hi ha és l'entrevista personal. Aquest és el millor instrument, per mi no existeix altre instrument millor que no un test escrit, aquest et pot ajudar, però el que et pot ajudar és la cara d'aquella persona que tens davant, com reacciona, com és aquesta persona... Aquest és el millor instrument, per mi. Preguntes que tu has de fer fonamental, d'entrada jo no preguntaria com es comporta el nen a la família, per no aixecar alarma, com va a l'escola, té amics, no té amics... A partir d'aquí vas preguntant i llavors vas encaminant. Per exemple, primer a l'escola, com menja aquest nen, juga, surt a jugar al carrer quins esports fa, qui tipus de vida relacional té aquest nen. Aquesta és la primera premissa que faria i a partir d'aquí, com es comporta a casa, quines activitats té a casa. A partir d'aquí, llavors preguntaria que fan els pares. Si tu comences a preguntar pels pares ja has tallat la relació. Com és el nen, primer fora de casa, llavors se senten llibertats perquè és el nen. Com és el nen a l'escola és un nen feliç, alegre, com van les notes, com va això, allò... però sobretot les seves relacions emocionals i socials amb els companys. Aquest nen fa algun esport extraescolar, està content, com està a casa. O sigui que jo faria una escala des de molt ample des de dalt i llavors aniria baixant i acabaria per exemple, i el part? Com va anar el part d'aquest nen. [11JI-pediatre].

“Preguntes curtes, per orientar una miqueta als pares. Perquè a vegades els pares venen molt atabalats, comencen a explicar moltes coses, tenim poc temps i aleshores, si tenim alguna manera de fer alguna cosa més dirigida que els pares puguin agafar, jo crec que serà una eina molt útil” [12LS-pediatra].

### ***Codi 6.2: Majors demandes***

“A P3 sobretot d'entrada nens que veus que tenen comportaments atípics, que no et mira, que no juga, que no parlen o que no veus la intenció comunicativa, perquè parlar parlen poc, que veus que no hi ha intenció, ni que sigui amb la mirada. Això és la demanada número 1. A partir de P5, si que hi ha algunes demandes d'aprenentatges” [1SV-mestra].

“Sobretot tenim moltes demandes també de nens a nivell d'adopció, concretament són russos, és així, vull dir que no ens hi trobem en altres casos. Principalment els nens que venen de Rússia en un moment o d'altre es fa demanda per hiperactivitat, manca d'autoregulació, per estar en una fase molt sensorial, que tot s'ho posen a la boca, impulsivitat, de picar sense control” [2SV-mestra].

“Nosaltres, per exemple, “perdem”, dediquem bastant de temps a problemes de comportament en aquestes edats, rebequeries. (...) Creen moltes dificultats en les famílies i saben perfectament que si no es tracten en aquests moments, molts d'ells desapareixen en el

temps i molts d'altres, s'acaben constituint en un veritable trastorn en la segona infància i en l'adolescència [1RB-psicòleg].

“Problemes de comportament, tant en l'àmbit de la família com de l'escola. Problemes a l'esfera del TDAH, diríem que en el fons venen a ser això, problemes d'aprenentatge, tot i que estrictament parlant, no ens pertoca, dins de l'àmbit clínic” [5RB-psicòleg].

“I després en la primera infància molts problemes de desenvolupament, molts problemes del trastorn de l'espectre autista, n'hi ha molt” [7RB-psicòleg].

“A part dels nens amb patologia, tenim en aquests moments llenguatge, per retard de llenguatge, de conducta, problemes de conducta. Sempre hi ha més nens que nenes. Si, en aquests moments de llenguatge, parla, de conducta i de criança (límits, hàbits i rutines, el nen no dorm, el nen no menja bé)” [2LZ-psicòloga].

“Em centro molt amb autisme, perquè com a salut mental és el trastorn que veiem més” [1LC-psicòloga].

“Moltes vegades les demandes són per llenguatge, tot i que darrere hi ha més coses” [2LC-psicòloga].

“De 0-6 anys, el problema de salut mental principal és sobretot a nivell conductual” [3LC-psicòloga].

“Sobretot a l'hora d'anar a dormir i els menjars i el tema dels límits són els problemes que més ens trobem” [1LS-pediatra].

“Els pares sobreprotectors diguéssim que és el que més veiem”[3LS-pediatra].



## **APÈNDIX E**

### **Estudi 4. Disseny i aplicació d'un qüestionari de detecció precoç en salut mental infantil**

#### **Procés de construcció del qüestionari**

---

El qüestionari s'ha creat partint del marc teòric procedent de les revisions bibliogràfiques i la informació extreta de les entrevistes a professional en actiu. A continuació, es mostra el quadrant dels factors de risc i de protecció essencials en el desenvolupament socioemocional en la primera infància, els quals han estat el punt de partida per la redacció dels ítems que conformen el qüestionari.



	Factors de protecció	Factors de risc
<b>1. Embaràs i naixement</b>	<p><b>1E. Desig:</b> il·lusió durant l'embaràs, configuració del nou membre en la família.</p> <p><b>2E. Salut mental dels pares:</b> estat emocional estable, la mare s'ha sentit acollida durant l'embaràs.</p> <p><b>3E. Salut física i cura dels pares:</b> bona salut física, seguiment de les pautes de cura (alimentació, no consum de substàncies)</p>	<p><b>4E. No desig:</b> no voluntat de tenir la criatura, afectant l'estat emocional de la mare.</p> <p><b>5E. Salut mental pares:</b> estrès, depressió, consum de tòxics (fetopaties alcohòliques), viure l'embaràs de forma excessiva, projecció de fragilitat vers el nadó.</p> <p><b>6E. Salut física dels pares:</b> problemes de salut dels pares que generen angoixes que es poden traspasar al nadó, no tenir cura de l'alimentació i el descans. Edat dels pares 40 anys o major.</p> <p><b>7E. Gestació:</b> problemes de fecundació (ex. fecundació in vitro) i adopció</p> <p><b>8E. Salut del nadó:</b> infant prematur, baix pes al néixer, part accidental (hipòxia, anòxia, patiment fetal, despreniment de placenta, localització i recursos disponibles en el part) o qualsevol patologia física pot ser un desencadenant d'angoixes en la família.</p> <p><b>9E. Esdeveniments adversos:</b> problemes econòmics, de relació, de salut, pèrdues o migracions i els processos de dol que comporten.</p>
<b>2. Context familiar</b>	<p><b>1CF. Vincle segur:</b> estimació, acceptació incondicional de l'infant, pares, figura d'autoritat, coherència en els actes, proporcionar seguretat, capacitat de fer front a problemes.</p> <p><b>2CF. Estil parental: democràtic.</b> Equilibri en la família, a través de límits que proporcionen estabilitat.</p> <p><b>3CF. Temps de qualitat en família:</b> per establir vincles i gaudir mútuament. Benestar emocional, independentment de la tipologia de família.</p> <p><b>4CF. Família amb suport social:</b> els germans proporcionen estimulació i els avis estabilitat davant l'absència dels pares.</p> <p><b>5CF. Salut mental dels pares:</b> bona salut mental dels pares, sentir-se ple i desenvolupat.</p> <p><b>6CF. Rutines:</b> en activitats diàries com l'alimentació, la son i els límits. Proporcionen estructura a l'infant.</p>	<p><b>7CF. Vincle insegur:</b> evitatiu, ambivalent i desorganitzat.</p> <p><b>8CF. Estil parental:</b> autoritari (rígid, exigència alta, relació insegura, disciplina aspre), inconsistent (famílies disruptives i disfuncionals) i sobreprotecció (sense autoritat, incoherència en la família, dificultat de posar límits, sentiment de culpa en els pares).</p> <p><b>9CF. Manca de temps de qualitat:</b> pares poc presents, incapacitat de proporcionar factors de protecció (empobriment afectiu, dificultat de criança consistent, atenció positiva, parentalitat negativa).</p> <p><b>10CF. Família amb falta de suport social:</b> famílies monoparentals, falta de suport social que incideix en la criança.</p> <p><b>11CF. Salut mental dels pares:</b> incapacitat de fer front a problemes i inseguretats. Problemes de drogradicacions, trastorns de l'estat d'ànim, psicosis, ansietat, depressió, conducta antisocial.</p> <p><b>12CF. No rutines:</b> incapacitat de proporcionar rutines, l'alimentació, son i límits. Proporciona inseguretat i malestar a l'infant.</p>

	Factors de protecció	Factors de risc
<b>3. Conducta externalitzant i internalitzant</b>	<p><b>1CEI. Presència de rebequeries</b> element puntual i indicador del que passa a l'infant.</p> <p><b>2CEI. Capacitat d'adaptació de l'infant al context:</b> compleix els límits, segueix les normes a l'escola.</p> <p><b>3CEI. Pares:</b> capacitat de modelatge i posar límits. Segurs de si mateixos, proporcionen seguretat.</p>	<p><b>4CEI. Problemes de regulació de la conducta:</b> conducta desafiant i oposicionant, conducta disruptiva i antisocial, dificultat d'atenció i hiperactivitat, baix control inhibitori, conducta agressiva, neguit constant en l'infant. Rebequeries d'alta intensitat i quantitat.</p> <p><b>5CEI. Inhibició conductual:</b> conducta de retraïment freqüent en l'infant. Desenvolupament de mutismes o bloqueig.</p> <p><b>6CEI. Dificultat d'adaptació de la conducta al context:</b> mostra una variabilitat molt pronunciada (casa, escola) o repeteix la mateixes conductes en tots els contextos sense haver-hi una adaptació a l'entorn (casa, escola).</p> <p><b>7CEI. Pares:</b> dificultat de posar límits per no tolerar les pors dels infants i d'altres motius.</p>
<b>4. Gestió i regulació emocional</b>	<p><b>1GE. Infant:</b> infant segur i protegit. Tolerància a la frustració, equilibri emocional, bona vinculació, tenir un espai i temps de referència, competència de l'entorn i capacitat d'utilitzar recursos de l'entorn i demanar ajuda. És un nen feliç a l'escola.</p> <p><b>2GE. Pares:</b> model en la conducta i capacitat de posar límits a l'infant. Resposta encoratjadora davant les dificultats de l'infant. Capacitat de tolerar la frustració. Afavoreixen l'expressió, capacitat de posar paraules a allò que senten i acompanyar a l'infant en el malestar.</p>	<p><b>3GE. Infant:</b> actitud molt internalitzada, mostra dificultat per superar obstacles, enquistat en una situació adversa mostrant apatia i tristor. Dificultat de contenció i descontrol, inestabilitat i explosió emocional, problemes de modulació de la ira, infants ansiosos, irritabilitat i emocionalitat negativa. Mancança d'autonomia emocional. Nadó que no plora ni riu mai.</p> <p><b>4GE. Pares:</b> estat d'ànim deprimat, viu malament els esdeveniments adversos, poca tolerància a la frustració. No afavoreix l'expressió. Sobreprotecció.</p> <p><b>5GE. Esdeveniments adversos:</b> estar exposat a violència, adversitats econòmiques, separació, divorci o conflicte interparental, abús físic, sexual, psicològic i emocional, pèrdues interparentals i malalties físiques dels infants.</p>
<b>5. Socialització</b>	<p><b>1S. Interès de relació en l'infant:</b> té desig i busca l'altre, bona relació amb els companys de l'escola.</p> <p><b>2S. Habilitats comunicatives:</b> l'infant es fa entendre.</p> <p><b>3S. Oportunitats de relació:</b> l'infant té oportunitats de relació amb infants i adults en l'escola, al parc o a la família.</p>	<p><b>4S. Manca d'interès en la relació:</b> no buscar la relació de l'altre, dificultat de mirar als ulls, reproducció d'un joc circular, conductes estereotipades.</p> <p><b>5S. Dificultat en la relació:</b> infant que no sap entrar en un joc, es queda encallat, aïllament, relació desajustada amb conflictes, pobres relacions socials, habilitats de comunicació pobres.</p> <p><b>6S. Manca d'oportunitats de relació:</b> l'infant només es relaciona amb el nucli familiar, reduït nombre de relacions amb infants i adults.</p>



## **APÈNDIX F**

### **Estudi 4. Disseny i aplicació d'un qüestionari de detecció precoç en salut mental infantil**

**Full d'informació i consentiment informat entregat als professionals que col·laboren en la validesa de contingut del qüestionari**

---

**Tesi doctoral: “Disseny i validació d’un instrument de cribatge en salut mental infantil (6 mesos-6 anys)”**

### **Full d’Informació**

La doctoranda Núria Anglès Virgili de la FPCEE Blanquerna - URL, està elaborant la seva tesi doctoral en el Grup de Recerca Psicologia, Persona i Context (PSICOPERSONA), concretament en el Grup d’Estudi i Recerca sobre la Infància (GERI), dirigida per la Dra. Roser Vendrell Mañós. La tesi doctoral es titula “Disseny i validació d’un instrument de cribatge en salut mental infantil (6 mesos - 6 anys)”.

Aquest projecte té la finalitat de dissenyar un instrument que permeti una detecció ràpida de simptomatologia en salut mental per part de professionals que atenen infants (mestres i pediatres). Es vol conscienciar sobre la necessitat de derivació als serveis de salut mental infantil, com a forma de prevenció i com una oportunitat per tal de poder rebre, si es necessita, una atenció precoç.

Actualment, després d’un procés de recerca bibliogràfica i entrevistes a professionals, s’ha dissenyat el qüestionari format per 23 ítems. En aquesta etapa de la investigació, es necessita la seva col·laboració per tal de poder realitzar la validesa de contingut a través del judici d’experts, provinents de diferents camp educació, pediatria i psicologia.

Les dades obtingudes, s’arxivaran a la FPCEE Blanquerna-URL, i no s’utilitzaran amb d’altres finalitats que no siguin les d’aquest projecte de recerca, essent responsable la doctoranda Núria Anglès Virgili, dirigida per la Dra. Roser Vendrell Mañós, per la qual cosa es podrà exercir la llei 2016/679 de protecció de dades personals.

Ens posem a la seva disposició per a resoldre els dubtes que es plantegin i esperem poder agrair la seva participació facilitant el seu accés als informes de la recerca finalitzada.

Pot contactar amb nosaltres a través del correu electrònic: [nuriaav3@blanquerna.url.edu](mailto:nuriaav3@blanquerna.url.edu)

Cordialment,

Núria Anglès Virgili  
Doctoranda

Facultat de Psicologia, Ciències de l’Educació i de l’Esport Blanquerna – URL

Dra. Roser Vendrell Mañós  
Directora de tesi doctoral

Facultat de Psicologia, Ciències de l’Educació i de l’Esport Blanquerna – URL

Barcelona, 28 de febrer del 2019

**Tesi Doctoral “Disseny i validació d’un instrument de cribatge en salut mental infantil (6 mesos-6 anys)”**  
**Consentiment Informat**

Jo ....., major d’edat amb DNI ..... d’acord amb el meu propi interès

**DECLARO QUE:**

He rebut informació sobre la tesi doctoral “Disseny i validació d’un instrument de cribatge en salut mental infantil (6 mesos-6 anys)” de la qual se m’ha lliurat el full informatiu on es demana la meua participació, annex a aquest consentiment. He entès el seu significat, m’han resolt els dubtes i m’han explicat les accions que deriven d’aquesta participació. També m’han informat dels aspectes relacionats amb la confidencialitat i protecció de dades en compliment de la llei 2016/679.

La meua col·laboració és totalment voluntària i tinc el dret de retirar-me del mateix en qualsevol moment, revocant aquest consentiment sense cap tipus de conseqüència, amb el dret de cancel·lar les meves dades dels arxius del projecte.

**DONO EL MEU CONSENTIMENT A:**

1. Participar en la tesi doctoral “Disseny i validació d’un instrument de cribatge en salut mental infantil (6 mesos- 6 anys)”, en funció d’expert en el procediment de la validesa de contingut.
2. Que l’equip d’investigació (GERI) i la doctoranda Núria Anglès Virgili, dirigida per la Dra. Roser Vendrell Mañós, puguin gestionar les dades personals i divulgar els resultats que la recerca generi. Es garanteix que es preservarà en tot moment la meua identitat i intimitat, amb les garanties que estableix la llei 2016/679.
3. Mantenir la confidencialitat de les dades presentades en el dossier, fins la publicació de la tesi doctoral.
4. Que l’equip d’investigació (GERI) conservi els registres sobre la meua persona amb les garanties i els terminis legalment previstos. En el cas que no n’hi hagi, es conservi el temps necessari per a assolir les funcions del projecte.

*Signatura del participant*

*Signatura de les responsables del projecte*

Núria Anglès Virgili  
Doctoranda  
Facultat de Psicologia, Ciències de  
l’Educació i de l’Esport Blanquerna – URL

Dra. Roser Vendrell Mañós  
Directora de tesi doctoral  
Facultat de Psicologia, Ciències de l’Educació i de  
l’Esport Blanquerna – URL

Barcelona, 28 de febrer del 2019



## APÈNDIX G

### **Estudi 4. Disseny i aplicació d'un qüestionari de detecció precoç en salut mental infantil**

#### **Dossier elaborat per a la validesa de contingut del qüestionari**

---

Una vegada redactats els ítems que conformen el qüestionari, es procedeix a la validesa de contingut. S'entrega als experts un dossier amb les dimensions, els factors de risc i els ítems a avaluar. D'aquesta manera, es vol determinar si hi ha una validesa de contingut del qüestionari.

El dossier corresponent a la tercera avaluació realitzada pels experts. Tal i com s'observa, hi ha ítems que ja són definitius perquè han assolit l'acord de tots els experts en les avaluacions prèvies.







**DOSSIER: JUDICI D'EXPERTS PER ESTIMAR LA VALIDESA DE  
CONTINGUT DEL QÜESTIONARI - PART 3**

**Tesi doctoral: “Disseny i validació d’un instrument de cribratge en salut mental infantil (6  
mesos-6 anys)”**

**Doctoranda Núria Anglès Virgili**

**Dirigida per la Dra. Roser Vendrell Mañós**

**FPCEE Blanquerna – Universitat Ramon Llull**

**Maig 2019**

**PRESENTACIÓ DELS ÍTEMS DEL QÜESTIONARI**

Aspectes a tenir en compte: *Quan es parla de família, es fa referències a la família nuclear.*

**CATEGORIA 1: EMBARÀS I NAIXEMENT**

<b>Factors</b>	<b>Descripció factors (FP: factors de protecció, FR: factors de risc)</b>	<b>Ítems</b>
<b>1.1 Embaràs</b>	<p><b>FP:</b> Il·lusió durant l'embaràs, configuració del nou membre en la família.</p> <p><b>FR:</b> No voluntat de tenir la criatura, afectant l'estat emocional de la mare.</p>	
<b>1.2 Salut mental dels pares</b>	<p><b>FP:</b> Estat emocional estable, la mare s'ha sentit acollida durant l'embaràs.</p> <p><b>FR:</b> Estrès, depressió, consum de tòxics (fetopaties alcohòliques), viure l'embaràs de forma excessiva, projecció de fragilitat vers el nadó.</p>	<p>1. Es té constància d'<b>incidències durant la fecundació i l'embaràs</b>, com problemes de salut, de fecundació, embaràs no desitjat, embaràs subrogat, una adopció, etc.?</p>
<b>1.3 Salut física dels pares i nadó</b>	<p><b>FP:</b> Bona salut física dels pares i el nadó, seguiment de les pautes de cura (alimentació, no consum de substàncies).</p> <p><b>FR:</b> Problemes de salut dels pares que generen angoixes que es poden traspasar al nadó, no tenir cura de l'alimentació i el descans. Edat dels pares 40 anys o major. Infant prematur, baix pes al néixer, part accidental (hipòxia, anòxia, patiment fetal, despreniment de placenta, localització i recursos disponibles en el part) o qualsevol patologia física, pot ser un desencadenant d'angoixes en la família.</p>	<p>2. Es té constància d'<b>incidències durant el part</b> (nadó prematur, baix pes, patiment fetal, part distòcic, etc.)?</p> <p>3. Es té constància d'<b>incidències durant l'embaràs en relació amb l'estat emocional</b> de la família (problemes de relació de parella, amb la família, amb la situació laboral, econòmica, etc.)?</p> <p><i>La salut mental dels pares s'avalua a l'ítem 8 i 9.</i></p>
<b>1.4 Gestació</b>	<p><b>FR:</b> Problemes de fecundació (ex. fecundació in vitro) i adopció.</p>	
<b>1.5 Esdeveniments adversos</b>	<p><b>FR:</b> Problemes econòmics, de relació, de salut, pèrdues o migracions i els processos de dol que comporten.</p>	

**CATEGORIA 2: CONTEXT FAMILIAR**

<b>Factors</b>	<b>Descripció factors (FP: factors de protecció, FR: factors de risc)</b>	<b>Ítems</b>
<b>2.1 Vincle</b>	<p><b>FP:</b> Vincle segur caracteritzat per una estimació, acceptació incondicional de l'infant, els pares són una figura d'autoritat, coherència en els actes, proporcionen seguretat, capacitat de fer front a problemes.</p> <p><b>FR:</b> Vincle insegur, evitatiu, ambivalent i desorganitzat.</p>	<p>4.La família manifesta afecte i ofereix seguretat i, per tant, proporciona una/es figura/es de referència?</p>
<b>2.2 Estil parental</b>	<p><b>FP:</b> Democràtic. Equilibri en la família, a través de límits que proporcionen estabilitat.</p> <p><b>FR:</b> Autoritari (rígid, exigència alta, relació insegura, disciplina aspre), inconsistent (famílies disruptives i disfuncionals) i sobreprotector (sense autoritat, incoherència en la família, dificultat de posar límits, sentiment de culpa en els pares).</p>	<p>5.La família ofereix protecció i autoritat: marca uns límits de manera equilibrada, tenint en compte l'edat i les demandes de l'infant?</p>
<b>2.3 Temps de qualitat en família</b>	<p><b>FP:</b> Temps de qualitat per establir vincles i gaudir mútuament. Benestar emocional, independentment de la tipologia de família.</p> <p><b>FR:</b> Pares poc presents, incapacitat de proporcionar factors de protecció (empobriment afectiu, dificultat de criança consistent, atenció positiva, parentalitat negativa).</p>	<p>6.L'infant té l'oportunitat de <b>gaudir de temps de qualitat amb la família diàriament</b> de manera plaent i proporcionant benestar per a tots els membres?</p>
<b>2.4 Suport social de la família</b>	<p><b>FP:</b> Els germans proporcionen estimulació i els avis estabilitat davant l'absència dels pares.</p> <p><b>FR:</b> Família monoparentals, falta de suport social que incideix en la criança.</p>	<p>7.L'infant i la família tenen un <b>cercle social que col·labora positivament en la criança</b> (familiars, veïns o amics)?</p>
<b>2.5 Salut mental dels pares</b>	<p><b>FP:</b> Bona salut mental dels pares, sentir-se ple i desenvolupat.</p> <p><b>FR:</b> Incapacitat de fer front a problemes i inseguretats. Problemes de drogaddiccions, trastorns de l'estat d'ànim, psicosis, ansietat, depressió, conducta antisocial.</p>	<p>8.En la família extensa (pare, mare, avis, àvies, oncles) hi ha hagut antecedents de trastorn mental en tractament (depressió, ansietat, addiccions, etc.)?</p> <p>9.La família es caracteritza per la capacitat de fer front a problemes mantenint empatia vers l'infant?</p>
<b>2.6 Rutines en la família</b>	<p><b>FP:</b> Rutines en activitats diàries com l'alimentació, la son i els límits. Proporcionen estructura a l'infant.</p> <p><b>FR:</b> Incapacitat de proporcionar rutines, el alimentació, son i límits. Proporciona inseguretat i malestar a l'infant.</p>	<p>10.A la família hi ha <b>rutines establertes i acceptades per a tots</b>, per exemple: l'hora d'anar a dormir, els àpats i la higiene personal?</p>

**CATEGORIA 3: CONDUCTA DE L'INFANT EN ELS DIFERENTS CONTEXTOS**

<b>Factors</b>	<b>Descripció factors (FP: factors de protecció, FR: factors de rise)</b>	<b>Ítems</b>
<b>3.1 Conducta externalitzant</b>	<p><b>FP:</b> Les rebequeries són un element puntual i indicador del que passa a l'infant.</p> <p><b>FR:</b> Problemes de regulació de la conducta, conducta desafiant i oposicionant, conducta disruptiva i antisocial, dificultat d'atenció i hiperactivitat, baix control inhibitori, conducta agressiva, neguit constant en l'infant. Rebequeries d'alta intensitat i quantitat.</p>	<p>11.L'infant desenvolupa rebequeries freqüents i d'alta intensitat, amb o sense agressivitat?</p> <p>12.L'infant presenta problemes de regulació de conducta, és incapaç de controlar la impulsivitat, es mostra neguitós. etc.?</p>
<b>3.2 Inhibició conductual</b>	<p><b>FR:</b> Conducta de retraïment freqüent en l'infant. Desenvolupament de mutismes o bloqueig.</p>	<p>13.Davant de situacions quotidianes, l'infant mostra sovint una conducta de retraïment i bloqueig com a manifestació de por i inseguretat?</p>
<b>3.3 Adaptació al context</b>	<p><b>FP:</b> Compleix els límits, segueix normes a l'escola i a casa.</p> <p><b>FR:</b> Mostra una variabilitat molt pronunciada (casa, escola) o repeteix la mateixes conductes en tots els contextos sense haver-hi una adaptació a l'entorn (casa, escola).</p>	<p>14.Tenint en compte l'edat, compleix generalment els límits que se li indiquen en funció dels diferents contextos socials (casa, escola, etc.)?</p>
<b>3.4 Pares</b>	<p><b>FP:</b> Capacitat de modelatge i de posar límits. Segurs de si mateixos, proporcionen seguretat.</p> <p><b>FR:</b> Dificultat de posar límits per no tolerar les pors dels infants i d'altres motius.</p>	<p><i>Aquest factor està avaluat a l'ítem 5.</i></p>

**CATEGORIA 4: GESTIÓ I REGULACIÓ EMOCIONAL**

Factors	Descripció factors (FP: factors de protecció, FR: factors de risc)	Ítems
<b>4.1 Infant</b>	<p><b>FP:</b> Infant segur i protegit. Tolerància a la frustració, equilibri emocional, bona vinculació, tenir un espai i temps de referència, competència de l'entorn i capacitat d'utilitzar recursos de l'entorn i demanar ajuda. És un nen feliç a l'escola.</p> <p><b>FR:</b> Actitud molt internalitzada, mostra dificultat per superar obstacles, enquistat en una situació adversa, mostrant apatia i tristor. Dificultat de contenció i descontrol, inestabilitat i explosió emocional, problemes de modulació de la ira, infants ansiosos, irritabilitat i emocionalitat negativa. Mancança d'autonomia emocional. Nadó que no plora ni riu mai.</p>	<p>15.L'infant manifesta emocions ajustades (riu, plora, s'enfada) quan es relaciona amb d'altres infants o adults?</p> <p>16.Des del naixement és poc expressiu, amb pocs recursos per interactuar tant amb infants com amb adults?</p> <p>17.Tenint en compte l'edat, l'infant té dificultat per acceptar petites frustracions, mostrant irritabilitat i manca de contenció en la seva conducta?</p>
<b>4.2 Pares</b>	<p><b>FP:</b> Model en la conducta i capacitat de posar límits a l'infant. Resposta encoratjadora davant les dificultats de l'infant. Capacitat de tolerar la frustració. Afavoreixen l'expressió, capacitat de posar paraules a allò que senten i acompanyar a l'infant en el malestar.</p> <p><b>FR:</b> Estat d'ànim deprimat, viuen malament els esdeveniments adversos, poca capacitat de frustració. No afavoreixen l'expressió. Sobreprotecció.</p>	<p>18.En el moment de separació habitual, el pare i/o la mare manifesten un sentiment de tristesa i inseguretat permanent?</p> <p>19.La família afavoreix l'expressió de sentiments: té la capacitat de posar paraules a allò que sent i acompanyar l'infant en el malestar?</p>
<b>4.3 Esdeveniments adversos</b>	<p><b>FR:</b> Estar exposat a la violència, adversitats econòmiques, separació, divorci o conflicte interparental, abús físic, sexual, psicològic i emocional, pèrdues interparentals i malalties físiques dels infants</p> <p><b>FR:</b> Estar exposat a la violència, adversitats econòmiques, separació, divorci o conflicte interparental, abús físic, sexual, psicològic i emocional, pèrdues interparentals i malalties físiques dels infants</p>	<p>20.L'infant ha viscut esdeveniments adversos en la seva família com problemes econòmics, divorci, abús, pèrdues familiars, malalties físiques, violència, etc. que li han generat malestar?</p>

**CATEGORIA 5: SOCIALITZACIÓ**

<b>Factors</b>	<b>Descripció factors (FP: factors de protecció, FR: factors de risc)</b>	<b>Ítems</b>
<b>5.1 Interès en la relació amb els altres</b>	<p><b>FP:</b> Té desig i busca l'altre, bona relació amb els companys de l'escola.</p> <p><b>FR:</b> No buscar la relació de l'altre, dificultat de mirar als ulls, reproducció d'un joc circular, conductes estereotipades.</p>	<p>21.Tenint en compte l'edat, quan està amb d'altres infants, mostra ganes de relacionar-s'hi?</p> <p>22.Gairebé sempre mostra una mirada perduda i interacciona poc amb infants o adults?</p> <p>23.L'infant freqüentment té conductes estereotipades (p. ex. balanceig del cos, aleteig de les mans de forma repetida)?</p>
<b>5.2 Habilitats comunicatives</b>	<p><b>FP:</b> L'infant es fa entendre, té habilitats comunicatives per expressar el que vol, independentment del nivell de llenguatge.</p> <p><b>FR:</b> Infant que no sap entrar en un joc, es queda encallat, aïllament, relació desajustada amb conflictes, pobres relacions socials, habilitats de comunicació pobres.</p>	<p>24.L'infant té habilitats de comunicació per expressar el que vol a infants i adults independentment del nivell de llenguatge?</p>
<b>5.3 Oportunitats de relació</b>	<p><b>FP:</b> L'infant té oportunitats de relació amb infants i adults en l'escola, el parc o en la família.</p> <p><b>FR:</b> L'infant només es relaciona amb el nucli familiar, reduït nombre de relacions amb infants i adults.</p>	<p>25.Tenint en compte l'edat, té oportunitats de relació freqüents amb infants en el context familiar, educatiu i social?</p>

**PROCEDIMENT D'AVALUACIÓ PER PART DELS EXPERTS: FORMULARI**

L'objectiu principal de la tasca de l'expert és avaluar els ítems, tenint en compte diferents variables: la suficiència, la coherència, la rellevància i la claredat. Cadascuna de les categories es qualifica amb una escala Likert (1-4).

Durant l'avaluació dels ítems, cal tenir en compte, les descripcions de les dimensions, presents en el punt 1 del dossier.

<b>CATEGORIA 1: EMBARÀS I NAIXEMENT</b>					
Factors	Ítem	Suficiència	Coherència	Rellevància	Claredat
Embaràs, salut mental dels pares, salut física dels pares i del nadó, gestació i esdeveniments adversos	1. Es té constància d' <b>incidències durant la fecundació i l'embaràs</b> , com problemes de salut, de fecundació, embaràs no desitjat, embaràs subrogat, una adopció, etc.?	ÍTEM DEFINITIU			
	2. Es té constància d' <b>incidències durant el part</b> (nadó prematur, baix pes, patiment fetal, part distòcic, etc.)?	ÍTEM DEFINITIU			
	3. Es té constància d' <b>incidències durant l'embaràs en relació amb l'estat emocional</b> de la família (problemes de relació de parella, amb la família, amb la situació laboral, econòmica, etc.)?	ÍTEM DEFINITIU			

**Observacions:**

*La salut mental dels pares s'avalua a l'ítem 8 i 9.*



<b>CATEGORIA 2: CONTEXT FAMILIAR</b>					
Factors	Ítem	Suficiència	Coherència	Rellevància	Claredat
Víncle	4. La família manifesta afecte i ofereix seguretat i, per tant, proporciona una/es figura/es de referència?	ÍTEM DEFINITIU			
Estil parental	5. La família ofereix protecció i autoritat: marca uns límits de manera equilibrada, tenint en compte l'edat i les demandes de l'infant?	ÍTEM DEFINITIU			
Temps de qualitat en família	6. L'infant té l'oportunitat de <b>gaudir de temps de qualitat amb la família diàriament</b> de manera plaent i proporcionant benestar per a tots els membres?				
Suport social de la família	7. L'infant i la família tenen un <b>cercle social que col·labora positivament en la criança</b> (familiars, veïns o amics)?	ÍTEM DEFINITIU			
Salut mental dels pares	8. En la família extensa (pare, mare, avis, àvies, oncles) hi ha hagut <b>antecedents de trastorn mental</b> en tractament (depressió, ansietat, addiccions, etc.)?				
	9. La família es caracteritza per la capacitat de fer front a problemes mantenint empatia vers l'infant?				
Rutines en la família	10. A la família hi ha <b>rutines establertes i acceptades per a tots</b> , per exemple: l'hora d'anar a dormir, els àpats i la higiene personal?	ÍTEM DEFINITIU			

**Observacions:**

**CATEGORIA 3: CONDUCTA DE L'INFANT EN ELS DIFERENTS CONTEXTOS**

Factors	Ítem	Suficiència	Coherència	Rellevància	Claredat
Conducta externalitzant	11.L'infant desenvolupa rebequeries freqüents i d'alta intensitat, amb o sense agressivitat?	ÍTEM DEFINITIU			
	12.L'infant presenta problemes de regulació de conducta, és incapaç de controlar la impulsivitat, es mostra neguitós. etc.?	ÍTEM DEFINITIU			
Inhibició conductual	13.Davant de situacions quotidianes, l'infant mostra sovint una conducta de retraïment i bloqueig com a manifestació de por i inseguretat?	ÍTEM DEFINITIU			
Adaptació al context	14.Tenint en compte l'edat, compleix generalment els límits que se li indiquen en funció dels diferents contextos socials (casa, escola, etc.)?				
Pares	<i>Aquest factor està avaluat a l'ítem 5.</i>				

**Observacions:**

**CATEGORIA 4: GESTIÓ I REGULACIÓ EMOCIONAL**

Factors	Ítem	Suficiència	Coherència	Rellevància	Claredat
<b>Infant</b>	15.L'infant manifesta emocions ajustades (riu, plora, s'enfada) quan es relaciona amb d'altres infants o adults?	ÍTEM DEFINITIU			
	16.Des del naixement és poc expressiu, amb pocs recursos per interactuar tant amb infants com amb adults?				
	17.Tenint en compte l'edat, l'infant té dificultat per acceptar petites frustracions, mostrant irritabilitat i manca de contenció en la seva conducta?				
<b>Pares</b>	18.En el moment de separació habitual, el pare i/o la mare manifesten un sentiment de tristesa i inseguretat permanent?				
	19.La família afavoreix l'expressió de sentiments: té la capacitat de posar paraules a allò que sent i acompanyar l'infant en el malestar?	ÍTEM DEFINITIU			
<b>Esdeveniments adversos</b>	20.L'infant ha viscut esdeveniments adversos en la seva família com problemes econòmics, divorci, abús, pèrdues familiars, malalties físiques, violència, etc. que li han generat malestar?				

**Observacions:**

**CATEGORIA 5: SOCIALITZACIÓ**

Factors	Ítem	Suficiència	Coherència	Rellevància	Claredat
Interès en la relació amb els altres	21.Tenint en compte l'edat, quan està amb d'altres infants, mostra ganes de relacionar-s'hi?	ÍTEM DEFINITIU			
	22.Gairebé sempre mostra una mirada perduda i interacciona poc amb infants o adults?	ÍTEM DEFINITIU			
	23.L'infant freqüentment té conductes estereotipades (p.ex. balanceig del cos, aleteig de les mans de forma repetida)?				
Habilitats comunicatives	24.L'infant té habilitats de comunicació per expressar el que vol a infants i adults independentment del nivell de llenguatge?	ÍTEM DEFINITIU			
Oportunitats de relació	25.Tenint en compte l'edat, té oportunitats de relació freqüents amb infants en el context familiar, educatiu i social?	ÍTEM DEFINITIU			

**Observacions:**

**Moltes gràcies per la col·laboració!**



## APÈNDIX H

### **Estudi 4. Disseny i aplicació d'un qüestionari de detecció precoç en salut mental infantil**

#### **Correspondència del marc teòric amb els ítems obtinguts en la validesa de contingut del qüestionari**

---

Es presenten els ítems que conformen la versió final del qüestionari amb la correspondència amb els factors de risc en el desenvolupament socioemocional de la primera infància, una vegada s'ha obtingut la validesa de contingut mitjançant el judici d'experts.

<b>Factors de risc en el desenvolupament socio-emocional de la primera infància</b>	<b>Ítems que avaluen els factors de risc</b>
<b>1. Embaràs i naixement</b>	1.1 Embaràs Es té constància <b>d'incidències durant la fecundació i l'embaràs</b> , com problemes de salut, de fecundació, embaràs no desitjat, embaràs subrogat, una adopció, etc.?
	1.2 Salut mental dels pares <i>S'avalua en el context familiar</i>
	1.3 Salut física del nadó i dels pares Es té constància <b>d'incidències durant el part</b> (nadó prematur, baix pes, patiment fetal, part distòcic, etc.)?
	1.4 Gestació <i>S'avalua en l'embaràs</i>
	1.5 Esdeveniments adversos Es té constància <b>d'incidències durant l'embaràs en relació amb l'estat emocional</b> de la família (problemes de relació de parella, amb la família, amb la situació laboral, econòmica, etc.)?
<b>2. Context familiar</b>	2.1 Vinçle La família manifesta afecte i ofereix seguretat i, per tant, proporciona una/es figura/es de referència?
	2.2 Estil parental La família ofereix protecció i autoritat: marca uns límits de manera equilibrada, tenint en compte l'edat i les demandes de l'infant?
	2.3 Temps de qualitat en família L'infant té l'oportunitat de <b>gaudir de temps diàriament de temps de qualitat amb la família</b> (manera plaent per a tots els membres)?
	2.4 Suport social de la família L'infant i la família tenen un <b>cercle social que col·labora positivament en la criança</b> (familiars, veïns o amics)?
	2.5 Salut mental dels pares En la família extensa (pare, mare, avis, àvies, oncles) hi ha hagut <b>antecedents de trastorn mental</b> (depressió, ansietat, addiccions, etc.)?
	2.6 Rutines en la família La família es caracteritza per la capacitat de fer front a problemes amb empatia vers l'infant? A la família hi ha <b>rutines establertes i acceptades per a tots</b> , per exemple: l'hora d'anar a dormir, els àpats i la higiene personal?

<b>Factors de risc en el desenvolupament socioemocional de la primera infància</b>	<b>Ítems que avaluen els factors de risc</b>
<p><b>3. Conducta de l'infant en els diferents contextos</b></p> <p>3.1 Conducta externalitzant</p> <p>3.2 Inhibició conductual</p> <p>3.3 Adaptació al context</p> <p>3.4 Pares</p>	<p>L'infant desenvolupa rebequeries freqüents i d'alta intensitat, amb o sense agressivitat?</p> <p>L'infant presenta problemes de regulació de conducta, és incapaç de controlar la impulsivitat, es mostra neguitós. etc.?</p> <p>Davant de situacions quotidianes, l'infant mostra sovint una conducta de retraïment i bloqueig com a manifestació de por i inseguretats?</p> <p>Tenint en compte l'edat, compleix generalment els límits que se li indiquen en funció dels diferents contextos socials (casa, escola, etc.)?</p> <p><i>S'avalua en l'adaptació al context</i></p>
<p><b>4. Conducta de l'infant en els diferents contextos</b></p> <p>4. Infant</p> <p>4.2 Pares</p> <p>4.3 Esdeveniments adversos</p>	<p>L'infant manifesta emocions ajustades (riu, plora, s'enfada) quan es relaciona amb d'altres infants o adults?</p> <p>Des del naixement és poc expressiu, amb pocs recursos per interactuar tant amb infants com amb adults?</p> <p>Tenint en compte l'edat, l'infant té dificultat per acceptar petites frustracions, mostrant irritabilitat i manca de contenció en la seva conducta?</p> <p>En el moment de separació habitual, el pare i/o mare manifesten un sentiment de tristesa i inseguretats?</p> <p>La família afavoreix l'expressió de sentiments: té la capacitat de posar paraules a allò que sent i acompanyar l'infant en el malestar?</p> <p>L'infant ha viscut esdeveniments adversos en la seva família com problemes econòmics, divorci, abús, pèrdues familiars, malalties físiques, violència, etc. que li han generat malestar?</p>
<p><b>5. Socialització</b></p> <p>5.1 Interès en la relació amb els altres</p> <p>5.2 Habilitats comunicatives</p> <p>5.3 Oportunitats de relació</p>	<p>Tenint en compte l'edat, quan està amb d'altres infants, mostra ganes de relacionar-s'hi?</p> <p>Gairebé sempre mostra una mirada perduda i interacciona poc amb infants o adults?</p> <p>L'infant freqüentment té conductes estereotipades (p.ex. balanceig del cos, aleteig de les mans de forma repetida)?</p> <p>L'infant té habilitats de comunicació per expressar el que vol a infants i adults independentment del nivell de llenguatge?</p> <p>Tenint en compte l'edat, té oportunitats de relacionar-se amb freqüència amb infants en el context familiar, educatiu i social?</p>





## **APÈNDIX I**

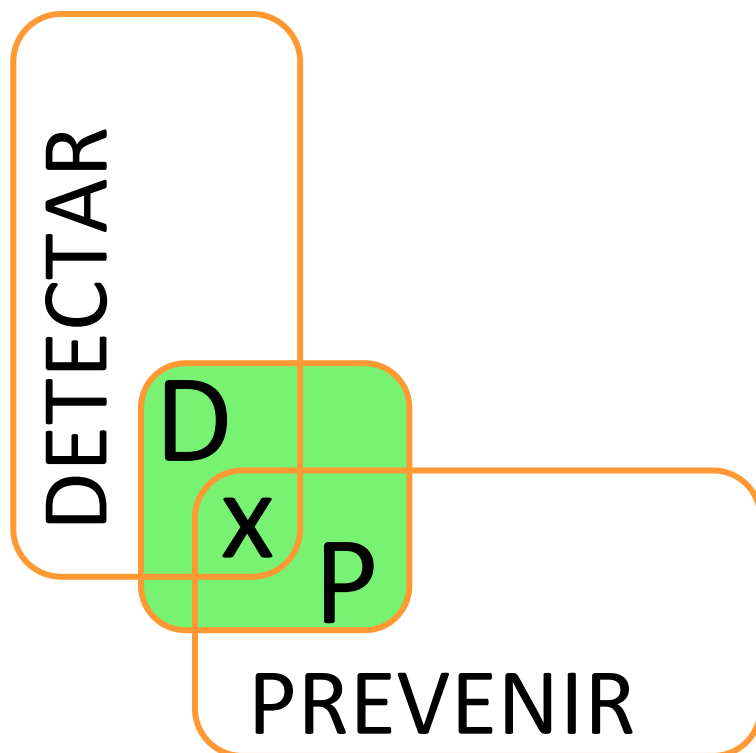
### **Estudi 4. Disseny i aplicació d'un qüestionari de detecció precoç en salut mental infantil**

#### **Qüestionari Detectar per Prevenir – Salut Mental Infantil – 25 (DxP-SMI-25)**

##### **Versió en català**

---





DETECTAR X PREVENIR-SALUT MENTAL INFANTIL- 25  
(DXP-SMI-25)  
ANGLÈS VIRGILI, N. (2019)

**PRESENTACIÓ I MANUAL D'APLICACIÓ**



## DADES TÈCNIQUES

**Nom:** Detectar X Prevenir – Salut Mental Infantil- 25 (DxP-SMI-25)

**Avaluació:** Detecció de simptomatologia en salut mental infantil, com a recurs preventiu previ a la derivació d'atenció professional.

**Edat:** Per a infants d'entre els 6 mesos i els 6 anys d'edat.

**Encarregat d'emplenar la informació:** Professional de l'àmbit clínic (pediatres, infermers/eres, psicòlegs...) i/o educatiu (mestres, psicopedagogs...).

**Temps d'administració:** 10 minuts.

**Aplicació:** Format paper.

## PRESENTACIÓ DE L'INSTRUMENT

L'instrument DxP-SMI-25 és un qüestionari dissenyat per als professionals de l'àmbit clínic i educatiu que pretén detectar simptomatologia en salut mental en infants dels 6 mesos als 6 anys d'edat.

Durant els primers anys de vida dels infants, la prevenció en salut mental és una aliada en el correcte desenvolupament: permet evitar futurs problemes de salut mental i ofereix eines i serveis a les famílies en la criança dels fills.

El DxP-SMI-25 està compost per 25 ítems amb 4 opcions de resposta (0-1-2-3). L'instrument avalua diferents aspectes claus del desenvolupament en salut mental infantil, sempre tenint en compte una perspectiva integral de l'infant i del seu entorn. L'instrument DxP-SMI-25 està format per 5 dimensions. Cada dimensió avalua diferents aspectes detallats a continuació:

**DIMENSIÓ 1 - Embaràs i naixement:** salut mental i física dels pares, gestació, embaràs, salut del nadó i esdeveniments adversos durant el període prenatal.

**DIMENSIÓ 2 - Context Familiar:** vincle, estil parental, temps de qualitat, suport social de la família, salut mental dels pares i rutines.

**DIMENSIÓ 3 - Conducta de l'infant en els diversos contextos:** conducta externalitzant, inhibició conductual, adaptació al context, pares.

**DIMENSIÓ 4 - Gestió i regulació emocional:** de l'infant, dels pares i els esdeveniments adversos.

**DIMENSIÓ 5 - Socialització:** Interès en la relació amb els altres, les habilitats comunicatives i les oportunitats de relació.



## **NORMES D'ÚS**

El qüestionari DxP-SMI-25 l'emplena el professional de l'àmbit clínic i/o l'educatiu per detectar simptomatologia en salut mental en infants d'entre els 6 mesos i els 6 anys d'edat. L'objectiu és obtenir informació per, si cal, derivar a un servei de salut mental, com el Centres de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç (CDIAP), el Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) o centres privats, per a una avaluació del desenvolupament, diagnosi i possible intervenció psicoterapèutica.

El professional respon a cada ítem amb 4 opcions de resposta, tipus escala Likert d'entre 0 (*completament en desacord-mai*) i 3 (*completament d'acord-sempre*). En el cas que tingui dubtes sobre la resposta, es demana preguntar a la família i/o cuidadors de l'infant. Es precisen uns 10 minuts per a respondre al qüestionari.



# QÜESTIONARI

## DADES IDENTIFICATIVES

**NOM DE L'INFANT:**

**DATA DE NAIXEMENT:**

**PERSONA QUI EMPLENA EL QÜESTIONARI:**

PEDIATRE/A  MESTRE /A  INFERMER/A  PSICÒLEG/OGA  ALTRES: \_\_\_\_\_

**DATA:**

El professional mostra una preocupació per alguna circumstància que pot estar afectant a la salut mental del nen/a (conducta del nen, dificultat en les relacions, circumstàncies familiars...)? Anotar.

L'instrument DxP-SMI-25 és un qüestionari dissenyat per als professionals de l'àmbit clínic i educatiu que pretén detectar simptomatologia en salut mental en infants d'entre els 6 mesos i els 6 anys d'edat. Al completar el qüestionari, cal tenir en compte:

- ✓ Es recomana respondre en equip (2 professionals), per tenir una visió complerta de l'infant.
- ✓ El professional emplena el qüestionari basant-se en la informació recopilada, relació i l'observació de l'infant i la família.
- ✓ En el cas que hi hagi ítems que no es tingui la informació, es pregunta a la família i/o cuidadors. Es demana contestar a tots els ítems.
- ✓ Es respon a cada ítem amb 4 opcions de resposta (0-1-2-3), d'entre 0 (*completament en desacord-mai*) i 3 (*completament d'acord-sempre*).

Moltes gràcies per la col·laboració!



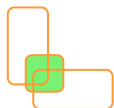
*Completament en desacord/MAI*

*Completament d'acord/SEMPRE*



1. Es té constància d'incidències durant la fecundació i l'embaràs, com problemes de salut, de fecundació, embaràs no desitjat, embaràs subrogat, una adopció, etc.?	0	1	2	3
2. Es té constància d'incidències durant el part (nadó prematur, baix pes, patiment fetal, part distòcic, etc.)?	0	1	2	3
3. Es té constància d'incidències durant l'embaràs en relació amb l'estat emocional de la família (problemes de relació de parella, amb la família, amb la situació laboral, econòmica, etc.)?	0	1	2	3
4. En la família extensa (pare, mare, avis, àvies, oncles) hi ha hagut antecedents de trastorn mental (depressió, ansietat, addiccions, etc.)?	0	1	2	3
5. L'infant desenvolupa rebequeries freqüents i d'alta intensitat, amb o sense agressivitat?	0	1	2	3
6. Davant de situacions quotidianes, l'infant mostra sovint una conducta de retraïment i bloqueig com a manifestació de por i inseguretat?	0	1	2	3
7. La família manifesta afecte i ofereix seguretat i, per tant, proporciona una/es figura/es de referència?	0	1	2	3
8. L'infant té habilitats de comunicació per expressar el que vol a infants i adults independentment del nivell de llenguatge?	0	1	2	3
9. Tenint en compte l'edat, compleix generalment els límits que se li indiquen en funció dels diferents contextos socials (casa, escola, etc.)?	0	1	2	3
10. L'infant té l'oportunitat diàriament de gaudir de temps de qualitat amb la família (de manera plaent per a tots els membres)?	0	1	2	3
11. L'infant freqüentment té conductes estereotipades (p. ex. balanceig del cos, aleteig de les mans de forma repetida)?	0	1	2	3
12. La família es caracteritza per la capacitat de fer front a problemes amb empatia vers l'infant?	0	1	2	3



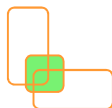


*Completament en desacord/MAI*

*Completament d'acord/SEMPRE*



13. Tenint en compte l'edat, l'infant té dificultat per acceptar petites frustracions, mostrant irritabilitat i manca de contenció en la seva conducta?	0	1	2	3
14. A la família hi ha rutines establertes i acceptades per a tots, per exemple: l'hora d'anar a dormir, els àpats i la higiene personal?	0	1	2	3
15. L'infant presenta problemes de regulació de conducta, és incapaç de controlar la impulsivitat, es mostra neguítós. etc.?	0	1	2	3
16. La família ofereix protecció i autoritat: marca uns límits de manera equilibrada, tenint en compte l'edat i les demandes de l'infant?	0	1	2	3
17. L'infant manifesta emocions ajustades (riu, plora, s'enfada) quan es relaciona amb d'altres infants o adults?	0	1	2	3
18. Des del naixement és poc expressiu, amb pocs recursos per interactuar tant amb infants com amb adults?	0	1	2	3
19. En el moment de separació habitual, el pare i/o la mare manifesten un sentiment de tristesa i inseguretat?	0	1	2	3
20. Tenint en compte l'edat, quan està amb d'altres infants, mostra ganes de relacionar-s'hi?	0	1	2	3
21. La família afavoreix l'expressió de sentiments: té la capacitat de posar nom a allò que sent i acompanyar l'infant en el malestar?	0	1	2	3
22. Gairebé sempre mostra una mirada perduda i interacciona poc amb infants o adults?	0	1	2	3
23. L'infant i la família tenen un cercle social que col·labora positivament en la criança (familiars, veïns o amics)?	0	1	2	3
24. L'infant ha viscut esdeveniments adversos en la seva família com problemes econòmics, divorci, abús, pèrdues familiars, malalties físiques, violència, etc. que li han generat malestar?	0	1	2	3
25. Tenint en compte l'edat, té oportunitats de relacionar-se amb freqüència amb infants en el context familiar, educatiu i social?	0	1	2	3



## CORRECCIÓ: PUNTUACIÓ DELS ÍTEMS

La plantilla de correcció permet puntuar cada ítem, segons la resposta indicada al qüestionari i facilitar la tasca en aquells ítems en què la puntuació és inversa. Una vegada obtingudes les puntuacions, es sumen i es traslladen al quadre resum. D'aquesta manera, s'obté una puntuació per a cada dimensió i facilita analitzar visualment el grau d'incidència en el desenvolupament socioemocional de l'infant.

Ítem Nº	Dimensió	Escala Likert Qüestionari				Ítem Nº	Dimensió	Escala Likert Qüestionari			
		0	1	2	0			0	1	2	3
1	Embaràs i naixement	0	1	2	3	13	Gestió i regulació emocional	0	1	2	3
2	Embaràs i naixement	0	1	2	3	14	Context Familiar	3	2	1	0
3	Embaràs i naixement	0	1	2	3	15	Conducta de l'infant en els diversos contextos	0	1	2	3
4	Context Familiar	0	1	2	3	16	Context Familiar	3	2	1	0
5	Conducta de l'infant en els diversos contextos	0	1	2	3	17	Gestió i regulació emocional	3	2	1	0
6	Conducta de l'infant en els diversos contextos	0	1	2	3	18	Gestió i regulació emocional	0	1	2	3
7	Context Familiar	3	2	1	0	19	Gestió i regulació emocional	0	1	2	3
8	Socialització	3	2	1	0	20	Socialització	3	2	1	0
9	Conducta de l'infant en els diversos contextos	3	2	1	0	21	Gestió i regulació emocional	3	2	1	0
10	Context Familiar	3	2	1	0	22	Socialització	0	1	2	3
11	Socialització	0	1	2	3	23	Context Familiar	3	2	1	0
12	Context Familiar	3	2	1	0	24	Gestió i regulació emocional	0	1	2	3
						25	Socialització	3	2	1	0

Dimensió	Aspectes que avalua	Puntuació
D1-Embaràs i naixement	Salut mental i física dels pares, gestació, embaràs, salut del nadó i esdeveniments adversos durant el període prenatal.	
1 2 3 4 5 6 7 8 9		
D2-Context Familiar	Víncle, estil parental, temps de qualitat, suport social de la família, salut mental dels pares i rutines.	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21		
D3-Conducta de l'infant en els diversos contextos	Conducta externalitzant, inhibició conductual, adaptació al context, pares.	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12		
D4-Gestió i regulació emocional	Gestió emocional de l'infant, dels pares i els esdeveniments adversos.	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18		
D5-Socialització	Interès en la relació amb els altres, les habilitats comunicatives i les oportunitats de relació.	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15		
<b>Puntuació total</b>		



**APÈNDIX J**

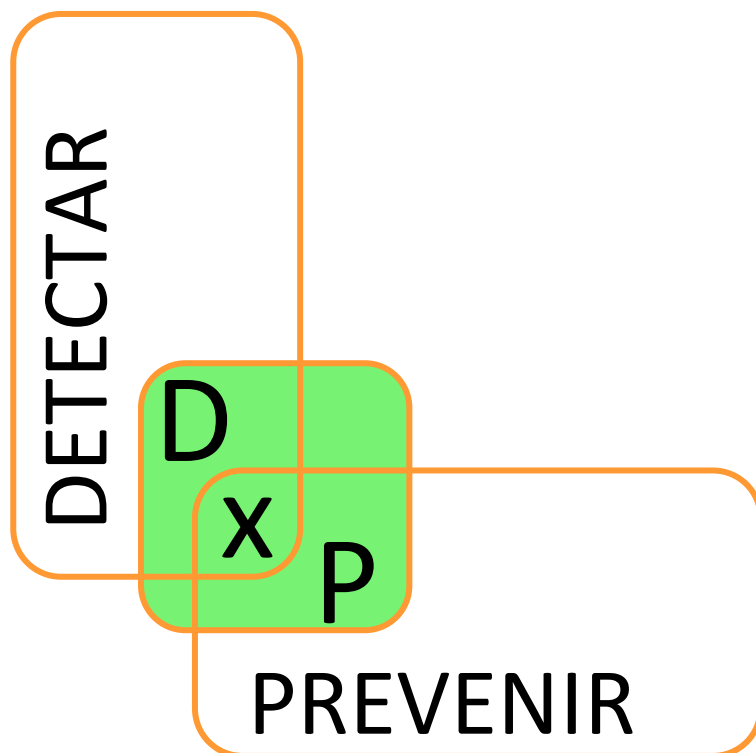
**Estudi 4. Disseny i aplicació d'un qüestionari de detecció precoç en salut mental infantil**

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

**Versió en castellà**

---





DETECTAR para PREVENIR - SALUD MENTAL INFANTIL- 25  
(DXP-SMI-25)  
ANGLÈS VIRGILI, N. (2019)

**PRESENTACIÓN Y MANUAL DE APLICACIÓN**



## DATOS TÉCNICOS

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

**Evaluación:** detección de sintomatología en salud mental infantil, como recurso preventivo previo a la derivación de atención profesional.

**Edad:** para niños y niñas entre los 6 meses y los 6 años de edad.

**Encargado de cumplimentar la información:** profesional del ámbito clínico (pediatras, enfermeros/as, psicólogos/as...) y/o educativo (maestros/as, psicopedagogos/as...).

**Tiempo de administración:** 10 minutos.

**Aplicación:** formato papel.

## PRESENTACIÓN DEL INSTRUMENTO

El instrumento DxP-SMI-25 es un cuestionario diseñado que pretende detectar sintomatología en salud mental en niños/as de los 6 meses a los 6 años de edad.

Durante los primeros años de vida, la prevención en salud mental es una aliada en el correcto desarrollo: permite evitar futuros problemas de salud mental y ofrecer herramientas y servicios a las familias para acompañarlos en la crianza.

El DxP-SMI-25 está formado por 25 ítems con 4 opciones de respuesta (0-1-2-3). El instrumento evalúa diferentes aspectos claves del desarrollo en salud mental infantil, siempre teniendo en cuenta una perspectiva integral del niño/a y de su entorno. El instrumento DxP-SMI-25 está formado por 5 dimensiones. Cada dimensión evalúa diferentes aspectos detallados a continuación:

**DIMENSIÓN 1 - Embarazo y nacimiento:** salud mental y física de los padres, gestación, embarazo, salud del bebé y eventos adversos durante el período prenatal.

**DIMENSIÓN 2 - Contexto familiar:** vínculo, estilo parental, tiempo de calidad, soporte social de la familia, salud mental de los padres y rutinas.

**DIMENSIÓN 3 - Conducta del niño/a en los diversos contextos:** conducta externalizante, inhibición conductual, adaptación al contexto y padres.

**DIMENSIÓN 4 - Gestión y regulación emocional:** del niño/a, de los padres y los eventos adversos.

**DIMENSIÓN 5 - Socialización:** interés en la relación con los otros, las habilidades comunicativas y las oportunidades de relación.



## **NORMAS DE USO**

El cuestionario Dxp-SMI-25 debe ser cumplimentado por un profesional del ámbito clínico y educativo que conozca al niño, para detectar sintomatología en salud mental en niños/as entre los 6 meses y los 6 años de edad. El objetivo es obtener información por si es necesario, derivar a un servicio de salud mental, como el Centro de Desarrollo Infantil y Atención Precoz (CDIAP), el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) o centros privados, para una evaluación del desarrollo, diagnosis y posible intervención psicoterapéutica.

El profesional contesta a los ítems del cuestionario con 4 opciones de respuesta, tipo escala Likert entre 0 (*en completo desacuerdo-nunca*) y 3 (*completamente de acuerdo-siempre*). En el caso de que tenga dudas sobre la respuesta, se requiere preguntar a la familia y/o cuidadores del niño/a. Se precisan unos 10 minutos para responder al cuestionario.





## CUESTIONARIO

### DATOS IDENTIFICATIVOS

**NOMBRE DEL NIÑO/A:**

**FECHA DE NACIMIENTO:**

**PERSONA QUE CUMPLIMENTA EL CUESTIONARIO:**

PEDIATRA  MAESTRO/A  ENFERMERO/A  PSICÓLOG/OGA  OTROS: \_\_\_\_\_

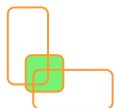
**FECHA:**

¿El profesional muestra una preocupación por alguna circunstancia que puede estar afectando la salud mental del niño/a (conducta del niño, dificultad de relación, circunstancias familiares...)? Anotarla.

El instrumento Dxp-SMI-25 es un cuestionario diseñado para profesionales del ámbito clínico y educativo que pretende detectar sintomatología en salud mental en niños/as entre los 6 meses y 6 años de edad. Al completar el cuestionario, se debe tener en cuenta la siguiente información:

- ✓ Se recomienda responder en equipo (2 profesionales), para tener una visión completa del niño/a.
- ✓ El profesional cumplimenta el cuestionario basándose en la historia clínica y la observación del contacto con la familia y el niño/a.
- ✓ En el caso que haya ítems de los que no se disponga de suficiente información, es necesario preguntar a la familia y/o cuidadores. Se ruega contestar a todos los ítems.
- ✓ Se responde a cada ítem con 4 opciones de respuesta (0-1-2-3), entre 0 (*completamente en desacuerdo-nunca*) y 3 (*completamente de acuerdo-siempre*).

¡Muchas gracias por su colaboración!

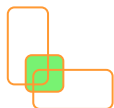


*En completo desacuerdo/NUNCA*

*Completamente de acuerdo/SIEMPRE*



1. ¿Se conocen incidencias durante la fecundación y el embarazo (problemas de salud, de fecundación, embarazo no deseado, embarazo subrogado, una adopción, etc.)?	0	1	2	3
2. ¿Se conocen incidencias durante el parto (bebé prematuro, bajo peso, sufrimiento fetal, parto distócico, etc.)?	0	1	2	3
3. ¿Se conocen incidencias durante el embarazo en relación con el estado emocional de la familia (problemas de relación de pareja, con la familia, con la situación laboral, económica, etc.)?	0	1	2	3
4. En la familia extensa (padre, madre, abuelos/as, tíos/as), ¿ha habido antecedentes de trastorno mental (depresión, ansiedad, adicciones, etc.)?	0	1	2	3
5. ¿El/la niño/a desarrolla rabietas frecuentes y de alta intensidad, con o sin agresividad?	0	1	2	3
6. ¿Frente a situaciones cotidianas, el/la niño/a muestra a menudo una conducta de retraimiento y bloqueo, como manifestación de miedo e inseguridad?	0	1	2	3
7. ¿La familia manifiesta afecto y ofrece seguridad y, por lo tanto, proporciona una/s figura/s de referencia?	0	1	2	3
8. ¿El/la niño/a tiene habilidades de comunicación para expresar lo que quiere a otros/as niños/as y a los adultos, independientemente del nivel de lenguaje?	0	1	2	3
9. Teniendo en cuenta la edad, ¿cumple generalmente los límites que se le indican en función de los diferentes contextos sociales (casa, escuela, etc.)?	0	1	2	3
10. ¿El/la niño/a tiene la oportunidad diariamente de disfrutar de tiempo de calidad con la familia (de manera placentera para todos los miembros)?	0	1	2	3
11. ¿El/la niño/a frecuentemente tiene conductas estereotipadas (p.ej. balanceo del cuerpo, aleteo de las manos de forma repetida)?	0	1	2	3
12. ¿La familia se caracteriza por tener la capacidad de enfrentarse a los problemas con empatía en relación con el/la niño/a?	0	1	2	3

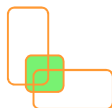


*En completo desacuerdo/NUNCA*

*Completamente de acuerdo/SIEMPRE*



13. Teniendo en cuenta la edad, ¿el/la niño/a tiene dificultad para aceptar pequeñas frustraciones, mostrando irritabilidad y falta contención en su conducta?	0	1	2	3
14. ¿En la familia, hay rutinas establecidas y aceptadas por todos, por ejemplo: la hora de ir a dormir, las comidas y la higiene personal?	0	1	2	3
15. ¿El/la niño/a presenta problemas de regulación de conducta, es incapaz de controlar la impulsividad, se muestra nervioso/a, etc.?	0	1	2	3
16. ¿La familia ofrece protección y autoridad: marca unos límites de manera equilibrada, teniendo en cuenta la edad y las demandas del/la niño/a?	0	1	2	3
17. ¿El niño o la niña manifiesta emociones ajustadas (ríe, llora, se enfada) cuando se relaciona con otros/as niños/as o adultos?	0	1	2	3
18. Des del nacimiento, ¿es poco expresivo, con pocos recursos para interactuar tanto con niños/as, como con adultos?	0	1	2	3
19. En el momento de separación habitual, ¿el padre y/o la madre manifiestan un sentimiento de tristeza e inseguridad?	0	1	2	3
20. Teniendo en cuenta la edad, cuando está con otros/as niños/as, ¿muestra ganas de relacionarse?	0	1	2	3
21. ¿La familia favorece la expresión de sentimientos: tiene la capacidad de poner nombre a aquello que siente y acompañar a el/la niño/a en el malestar?	0	1	2	3
22. ¿Casi siempre muestra una mirada perdida e interacciona poco con niños/as o adultos?	0	1	2	3
23. ¿El/la niño/a y la familia tienen un círculo social que colabora positivamente en la crianza (familiares, vecinos o amigos)?	0	1	2	3
24. ¿El/la niño/a ha vivido eventos adversos en su familia, como problemas económicos, divorcio, abuso, pérdidas familiares, enfermedades físicas, violencia, etc. que le hayan generado malestar?	0	1	2	3
25. Teniendo en cuenta la edad, ¿tiene oportunidades de relación con frecuencia con niños/as en el contexto familiar, educativo y/o social?	0	1	2	3



## CORRECCI3N: PUNTUACI3N DE LOS 3TEM

La plantilla de correcci3n permiten puntuar cada 3tem, seg3n la respuesta indicada en el cuestionario y facilitar la tarea en aquellos 3tems en qu3 la puntuaci3n es inversa. Una vez obtenidas las puntuaciones, se suman y se trasladan al cuadro resumen. De esta forma, se consigue una puntuaci3n para cada dimensi3n y facilita el an3lisis visual del grado de incidencia en el desarrollo socioemocional.

3tem N3	Dimensi3n	Escala Likert Cuestionario				3tem N3	Dimensi3n	Escala Likert Cuestionario			
		0	1	2	0			0	1	2	3
1	Embarazo y nacimiento	0	1	2	3	13	Gesti3n y regulaci3n emocional	0	1	2	3
2	Embarazo y nacimiento	0	1	2	3	14	Contexto Familiar	3	2	1	0
3	Embarazo y nacimiento	0	1	2	3	15	Conducta del ni3o/a en los diversos contextos	0	1	2	3
4	Contexto Familiar	0	1	2	3	16	Contexto Familiar	3	2	1	0
5	Conducta del ni3o/a en los diversos contextos	0	1	2	3	17	Gesti3n y regulaci3n emocional	3	2	1	0
6	Conducta del ni3o/a en los diversos contextos	0	1	2	3	18	Gesti3n y regulaci3n emocional	0	1	2	3
7	Contexto Familiar	3	2	1	0	19	Gesti3n y regulaci3n emocional	0	1	2	3
8	Socializaci3n	3	2	1	0	20	Socializaci3n	3	2	1	0
9	Conducta del ni3o/a en los diversos contextos	3	2	1	0	21	Gesti3n y regulaci3n emocional	3	2	1	0
10	Contexto Familiar	3	2	1	0	22	Socializaci3n	0	1	2	3
11	Socializaci3n	0	1	2	3	23	Contexto Familiar	3	2	1	0
12	Contexto Familiar	3	2	1	0	24	Gesti3n y regulaci3n emocional	0	1	2	3
						25	Socializaci3n	3	2	1	0

Dimensi3n	Aspectos que eval3a	Puntuaci3n
D1- Embarazo y nacimiento	Salud mental y f3sica de los padres, gesti3n, embarazo, salud del beb3 y eventos adversos durante el per3odo prenatal.	
1 2 3 4 5	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18	8 9
D2- Contexto Familiar	V3nculo, estilo parental, tiempo de calidad, soporte social de la familia, salud mental de los padres y rutinas.	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18	19 20 21	
D3- Conducta del ni3o/a en los diversos contextos	Conducta externalizante, inhibici3n conductual, adaptaci3n al contexto y padres.	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	11 12	
D4- Gesti3n y regulaci3n emocional	Gesti3n y regulaci3n emocional del ni3o/a, de los padres y los eventos adversos.	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	16 17 18	
D5- Socializaci3n	Inter3s en la relaci3n con los otros, las habilidades comunicativas y las oportunidades de relaci3n.	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13	14 15	
<b>Puntuaci3n total</b>		



## **APÈNDIX K**

### **Estudi 4. Disseny i aplicació d'un qüestionari de detecció precoç en salut mental infantil**

**Full d'informació i consentiment informat entregat a la direcció dels centres i als professionals que col·laboren en l'administració dels qüestionaris**

---



Projecte de recerca “Disseny i validació d’un instrument de cribatge en salut mental per a infants d’entre els 6 mesos i els 6 anys d’edat”

### **Full d’informació per al centre**

La doctoranda Núria Anglès Virgili de la FPCEE Blanquerna-URL, està elaborant la seva tesi doctoral en el Grup de Recerca en Psicologia, Persona i Context (PSICOPERSONA), concretament en la línia d’Estudi i Recerca sobre la Infància (GERI), dirigida per la Dra. Roser Vendrell Maños i la Dra. Ana Andrés Valle. S’està realitzant el projecte de recerca següent: “Disseny i validació d’un instrument de cribatge en salut mental per a infants d’entre els 6 mesos i els 6 anys d’edat”.

El projecte té com objectiu dissenyar un instrument que permeti una valoració ràpida en salut mental per part de professionals de l’àmbit clínic i escolar. Es vol conscienciar sobre la necessitat de derivació als serveis de salut mental infantil, com a forma de prevenció i com a oportunitat per tal de poder oferir, si es necessita, una atenció professional precoç. L’instrument s’ha elaborat a partir dels estudis previs i la pràctica diària professional. Actualment està en la fase de validació.

**En aquesta fase de la investigació demanem la col·laboració del vostre centre. La tasca a realitzar és la següent: els professionals del centre, han de respondre a dos qüestionaris sobre el desenvolupament psicosocial dels infants, sempre que es disposi d’una autorització dels tutors legals.**

Cada qüestionari, tindrà assignat un codi a fi de garantir la confidencialitat. Les dades obtingudes, s’arxivaran a la FPCEE Blanquerna-URL. No s’utilitzaran amb altres finalitats que no siguin les d’aquest projecte de recerca, essent responsable la doctoranda Núria Anglès Virgili, dirigida per la Dra. Roser Vendrell Maños i la Dra. Ana Andrés Vallé. Les dades seran tractades segons el que s’estableix en el Reial Decret 1720/2007, pel que s’aprova el Reglament del desenvolupament de la Llei Orgànica 15/1999, de protecció de dades de caràcter personal, així mateix com la Llei Bàsica Reguladora de l’Autonomia del Pacient i dels Drets i Obligacions en Matèria d’Informació i Documentació Clínica 41/2002.

La participació en el projecte de recerca comporta la renúncia a qualsevol benefici econòmic, acadèmic o de qualsevol d’altra naturalesa que es pugui derivar del projecte o dels seus resultats.

Ens posem a la seva disposició per a resoldre els dubtes que es puguin plantejar. Pot contactar amb nosaltres a través del correu electrònic: [nuriaav3@blanquerna.url.edu](mailto:nuriaav3@blanquerna.url.edu)

Cordialment,

**Núria Anglès Virgili**



Projecte de recerca "Disseny i validació d'un instrument de cribatge en salut mental per a infants d'entre els 6 mesos i els 6 anys d'edat"

**Consentiment informat per al centre**

Jo ....., amb DNI ....., com a:

Director/a del centre     Pediatre/a     Mestre /a     Infermer/a     Psicòleg/oga

i d'acord amb el meu propi interès,

**DECLARO QUE:**

He rebut informació sobre el projecte "Disseny i validació d'un instrument de cribatge en salut mental per a infants d'entre els 6 mesos i els 6 anys d'edat" del qual se m'ha lliurat el full informatiu. Es demana la meua autorització per a permetre als professionals del centre a emplenar dos qüestionaris sobre el desenvolupament dels infants, sempre que hi hagi una prèvia autorització dels tutors legals.

He entès el seu significat, m'han resolt els dubtes i m'han explicat les accions que deriven d'aquesta participació. També m'han informat dels aspectes relacionats amb la confidencialitat i protecció de dades amb el que estableix el Reial Decret 1720/2007, pel que s'aprova el Reglament del desenvolupament de la Llei Orgànica 15/1999, de protecció de dades de caràcter personal, així mateix com la Llei Bàsica Reguladora de l'Autonomia del Pacient i dels Drets i Obligacions en Matèria d'Informació i Documentació Clínica 41/2002.

La meua col·laboració és totalment voluntària i tinc el dret de retirar-me del projecte en qualsevol moment, revocant aquest consentiment sense cap tipus de conseqüència, amb el dret de cancel·lar les meves dades dels arxius del projecte, comunicant-ho via correu electrònic: nuriaav3@blanquerna.url.edu.

Així mateix, renuncio a qualsevol benefici econòmic, acadèmic o de qualsevol altra naturalesa que pugui derivar-se del projecte o dels seus resultats.

**DONO EL MEU CONSENTIMENT A:**

1. Participar en el projecte de recerca "Disseny i validació d'un instrument de cribatge en salut mental infantil de 6 mesos a 6 anys".
2. Que l'equip d'investigació (GERI) i la doctoranda Núria Anglès Virgili, dirigida per la Dra. Roser Vendrell i la Dra. Ana Andrés Valle, puguin gestionar les dades personals i divulgar els resultats que la recerca generi. Es garanteix que es preservarà en tot moment la meua identitat i intimitat, amb les garanties que estableix la Llei 15/1999.
3. Que l'equip d'investigació conservi els registres sobre les dades recollides amb les garanties i els terminis legalment previstos. En el cas que no n'hi hagi, es conservi el temps necessari per a assolir les funcions del projecte.
4. Mantenir la confidencialitat de tota la informació i material facilitat, i no comunicar-la, ni fer difusió a tercers.

A....., a ..... de ..... de 20\_\_

*Signatura del participant*

***Núria Anglès Virgili***



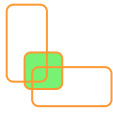


## **APÈNDIX L**

### **Estudi 4. Disseny i aplicació d'un qüestionari de detecció precoç en salut mental infantil**

**Full d'informació i consentiment informat entregat als pares, mares i/o tutors legals que accepten participar en la recerca i autoritzen als professionals a complementar els qüestionaris**

---



Projecte de recerca “Disseny i validació d’un instrument de cribatge en salut mental per a infants d’entre els 6 mesos i els 6 anys d’edat”

**Full d’informació per participants (pare, mare o tutor/a legal)**

La doctoranda Núria Anglès Virgili de la FPCEE Blanquerna-URL, està elaborant la seva tesi doctoral en el Grup de Recerca en Psicologia, Persona i Context (PSICOPERSONA), concretament en la línia d’Estudi i Recerca sobre la Infància (GERI), dirigida per la Dra. Roser Vendrell Maños i la Dra. Ana Andrés Valle. S’està realitzant el projecte de recerca següent: “Disseny i validació d’un instrument de cribatge en salut mental per a infants d’entre els 6 mesos i els 6 anys d’edat”.

El projecte té com objectiu dissenyar un instrument que permeti una valoració ràpida en salut mental per part de professionals de l’àmbit clínic i escolar. Es vol conscienciar sobre la necessitat de derivació als serveis de salut mental infantil, com a forma de prevenció i com a oportunitat per tal de poder oferir, si es necessita, una atenció precoç. L’instrument s’ha elaborat a partir dels estudis previs i la pràctica diària professional. Actualment està en la fase de validació.

**És en aquesta fase de la investigació que demanem la vostra autorització per a permetre al professional que atén a l’infant que respongui a dos qüestionaris amb informació sobre el desenvolupament psicosocial de l’infant.**

Cada qüestionari, tindrà assignat un codi a fi de garantir la confidencialitat. Les dades obtingudes, s’arxivaran a la FPCEE Blanquerna-URL. No s’utilitzaran amb altres finalitats que no siguin les d’aquest projecte de recerca, essent responsable la doctoranda Núria Anglès Virgili, dirigida per la Dra. Roser Vendrell Maños i la Dra. Ana Andrés Vallé. Les dades seran tractades segons el que s’estableix en el Reial Decret 1720/2007, pel que s’aprova el Reglament del desenvolupament de la Llei Orgànica 15/1999, de protecció de dades de caràcter personal, així mateix com la Llei Bàsica Reguladora de l’Autonomia del Pacient i dels Drets i Obligacions en Matèria d’Informació i Documentació Clínica 41/2002.

La participació en el projecte de recerca comporta la renúncia a qualsevol benefici econòmic, acadèmic o de qualsevol d’altra naturalesa que es pugui derivar del projecte o dels seus resultats.

Ens posem a la seva disposició per a resoldre els dubtes que es puguin plantejar. Pot contactar amb nosaltres a través del correu electrònic: [nuriaav3@blanquerna.url.edu](mailto:nuriaav3@blanquerna.url.edu)

Cordialment,

***Núria Anglès Virgili***



Projecte de recerca “Disseny i validació d’un instrument de cribatge en salut mental per a infants d’entre els 6 mesos i els 6 anys d’edat”

**Consentiment informat per participants (pare, mare o tutor/a legal)**

Jo ....., amb DNI .....,  
pare, mare o tutor legal de..... i d’acord  
amb el meu propi interès,

**DECLARO QUE:**

He rebut informació sobre el “Disseny i validació d’un instrument de cribatge en salut mental per a infants d’entre els 6 mesos i els 6 anys d’edat” del qual se m’ha lliurat el full informatiu on es demana la meua autorització per a permetre que el professional que atén a l’infant respongui dos qüestionaris sobre el seu desenvolupament psicosocial.

He entès el seu significat, m’han resolt els dubtes i m’han explicat les accions que deriven d’aquesta participació. També m’han informat dels aspectes relacionats amb la confidencialitat i protecció de dades amb el que estableix el Reial Decret 1720/2007, pel que s’aprova el Reglament del desenvolupament de la Llei Orgànica 15/1999, de protecció de dades de caràcter personal, així mateix com la Llei Bàsica Reguladora de l’Autonomia del Pacient i dels Drets i Obligacions en Matèria d’Informació i Documentació Clínica 41/2002.

La meua col·laboració és totalment voluntària i tinc el dret de retirar-me del projecte en qualsevol moment, revocant aquest consentiment sense cap tipus de conseqüència, amb el dret de cancel·lar les meves dades dels arxius del projecte, comunicant-ho via correu electrònic: [nuriaav3@blanquerna.url.edu](mailto:nuriaav3@blanquerna.url.edu).

Així mateix, renuncio a qualsevol benefici econòmic, acadèmic o de qualsevol altra naturalesa que pugui derivar-se del projecte o dels seus resultats.

**DONO EL MEU CONSENTIMENT A:**

1. Participar en el projecte de recerca “Disseny i validació d’un instrument de cribatge en salut mental per a infants d’entre els 6 mesos i els 6 anys d’edat”.
2. Que l’equip d’investigació (GERI) i la doctoranda Núria Anglès Virgili, dirigida per la Dra. Roser Vendrell i la Dra. Ana Andrés Valle, puguin gestionar les dades personals i divulgar els resultats que la recerca generi. Es garanteix que es preservarà en tot moment la meua identitat i intimitat, amb les garanties que estableix la Llei 15/1999.
3. Que l’equip d’investigació conservi els registres sobre la meua persona amb les garanties i els terminis legalment previstos. En el cas que no n’hi hagi, es conservi el temps necessari per a assolir les funcions del projecte.
4. Mantenir la confidencialitat de tota la informació i material facilitat, i no comunicar-la, ni fer difusió a tercers.

A....., a ..... de ..... de 20\_\_

*Signatura del participant*

***Núria Anglès Virgili***



## APÈNDIX M

### **Estudi 4. Disseny i aplicació d'un qüestionari de detecció precoç en salut mental infantil**

**Exemplar del qüestionari *Ages & Questionnaires: Social-Emotional (ASQ:SE-2)* (Squires et al., 2015). Versió 30 mesos (infants de 27 mesos 0 dies a 32 mesos 30 dies)**

---





# Cuestionario de 30 meses

27 meses 0 días a 32 meses 30 días



Ages & Stages  
Questionnaires<sup>®</sup>

Social-Emotional

SECOND EDITION

Fecha en que se completó el ASQ:SE-2: \_\_\_\_\_

## Información del niño/a

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Apellido(s) del niño/a: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del niño/a: \_\_\_\_\_

Sexo del niño/a:  Masculino  Femenino

## Persona que hace el cuestionario

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido(s): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/provincia: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Otro # de teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Relación con el niño/a:  Padre/madre  Guardián/tutor  Maestro/a  Otro: \_\_\_\_\_  
 Abuelo/a u otro pariente  Padre/madre de acogida  Proveedor de cuidado infantil \_\_\_\_\_

Nombres de las personas que ayudan a hacer el cuestionario: \_\_\_\_\_

## Información del programa

(para uso del programa exclusivamente)

# de identificación del niño/a:	Edad del niño/a cuando se hizo la evaluación, en meses y días:
# de identificación del programa:	
Nombre del programa:	




# Cuestionario de 30 meses 27 meses 0 días a 32 meses 30 días



En las páginas siguientes, usted verá preguntas sobre comportamientos diversos que un niño puede tener. Favor de leer cada pregunta cuidadosamente y marcar el cuadro  que mejor describa el comportamiento de su niño/a. También le pedimos que marque el círculo  si ese comportamiento le preocupa a usted.

### Puntos importantes:

- Conteste las preguntas basándose en lo que usted sabe sobre el comportamiento de su niño/a.
- Conteste las preguntas basándose en el comportamiento que su niño/a muestra *regularmente* y no en el comportamiento que muestra cuando está cansado/a, enfermo/a o con hambre.
- Las personas que están a cargo del niño/a y que lo/la conocen porque pasan más de 15–20 horas por semana con él/ella, deberían hacer un cuestionario ASQ:SE-2 para ese/a niño/a.
- Favor de completar y enviarnos este cuestionario para esta fecha: \_\_\_\_\_
- Si tiene preguntas o cualquier preocupación sobre su niño/a o sobre este cuestionario, favor de ponerse en contacto con: \_\_\_\_\_
- Muchas gracias. Le pediremos que haga otro cuestionario ASQ:SE-2 en \_\_\_\_\_ meses.



	A MENUDO O SIEMPRE	A VECES	RARA VEZ O NUNCA	MARQUE AQUÍ SI ESTO LE PREOCUPA	
1. ¿Su niño lo/la mira cuando usted le habla?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
2. ¿A su niña le gusta que la abracen o la acurruquen?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
3. ¿Su hijo es demasiado apegado a usted (más de lo que usted espera)?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
					
4. ¿Su niña saluda o les dice hola a los adultos que ella conoce?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
5. ¿Su niño parece estar contento?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
6. ¿A su niña le gusta escuchar cuentos y cantar canciones?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
7. ¿Su niño parece ser demasiado amigable con personas desconocidas?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____

PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA \_\_\_\_\_

# Cuestionario de 30 meses



Marque el cuadro  que mejor describa el comportamiento de su niño/a. Marque el círculo  si ese comportamiento le preocupa a usted.

	A MENUDO O SIEMPRE	A VECES	RARA VEZ O NUNCA	MARQUE AQUÍ SI ESTO LE PREOCUPA	
8. ¿Su niña se calma sin ayuda después de participar en actividades estimulantes? 	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
9. ¿Su niño llora, grita o hace berrinche por períodos largos?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
10. ¿Su niña repite la misma acción una y otra vez y se altera cuando usted intenta detenerla? Por ejemplo, ¿se mece, agita las manos, da vueltas, o _____? Favor de describir qué hace su niña. _____ _____	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
11. ¿Su niña puede permanecer haciendo actividades que ella disfruta (que no sean mirar la tele, vídeos o juegos electrónicos) por al menos tres minutos?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
12. ¿Su niño hace lo que usted le pide?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
13. ¿A su niña le interesan las cosas que la rodean, como personas, juguetes y comida? 	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
14. Cuando su niño está alterado, ¿puede calmarse en un lapso de tiempo de 15 minutos o menos?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
15. ¿Su niña tiene problemas con la alimentación? Por ejemplo, ¿se llena la boca, vomita o come cosas que no son comida o _____? Favor de describir el problema. _____ _____	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____

PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA \_\_\_\_\_

# Cuestionario de 30 meses



Marque el cuadro  que mejor describa el comportamiento de su niño/a. Marque el círculo  si ese comportamiento le preocupa a usted.


	A MENUDO O SIEMPRE	A VECES	RARA VEZ O NUNCA	MARQUE AQUÍ SI ESTO LE PREOCUPA	
16. ¿Usted y su niño disfrutaban juntos/as de la hora de la comida?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
17. Cuando usted señala alguna cosa con el dedo, ¿mira su niña hacia donde usted está apuntando?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
18. ¿Su niño duerme por lo menos 8 horas en un período de 24 horas?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
19. ¿Su niña le comunica cómo se siente con gestos o palabras? Por ejemplo, ¿le avisa cuando tiene hambre, se lastima o está cansada?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
20. ¿Su niño sigue las instrucciones de su rutina? Por ejemplo, ¿viene a la mesa o ayuda a recoger sus juguetes cuando se lo pide?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
21. ¿Su niña intenta asegurarse de que usted esté cerca cuando explora nuevos lugares, como un parque o la casa de un amigo?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
22. ¿Su niño puede cambiar de una actividad a otra sin gran dificultad (por ejemplo, deja de jugar cuando es hora de comer)?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
23. ¿Su niña se mantiene alejada de los peligros, como el fuego o los carros (autos) en movimiento?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
24. ¿Su niño destruye o daña las cosas a propósito?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
25. ¿Su niña se lastima a propósito?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____

PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA \_\_\_\_\_

# Cuestionario de 30 meses



Marque el cuadro  que mejor describa el comportamiento de su niño/a. Marque el círculo  si ese comportamiento le preocupa a usted.

	A MENUDO O SIEMPRE	A VECES	RARA VEZ O NUNCA	MARQUE AQUÍ SI ESTO LE PREOCUPA	
26. ¿Su hijo juega al lado de otros niños? 	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
27. ¿Su hija intenta lastimar a otros niños, adultos o animales (por ejemplo, los patea o los muerde)?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
28. ¿Su niño intenta mostrarle cosas, señalándolas con el dedo y luego mirándolo/la a usted?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
29. ¿Su niño usa por lo menos dos palabras para pedir las cosas que quiere (por ejemplo, "quiero pan" o "más jugo")?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
30. ¿Su niña utiliza el juego imaginativo o de roles? Por ejemplo, ¿habla por teléfono, le da de comer a su muñeca o hace volar un avión de juguete?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
31. ¿Su niño se despierta tres veces o más durante la noche?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
32. ¿Su niña se muestra excesivamente preocupada o temerosa? Si usted marcó "a veces" o "a menudo o siempre", por favor explique: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
33. ¿Ha expresado alguien preocupación por el comportamiento de su hijo? Si usted marcó "a veces" o "a menudo o siempre", por favor explique: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____

PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES GENERALES** Use el espacio provisto aquí para hacer comentarios adicionales.

34. ¿Tiene usted alguna preocupación sobre los hábitos de su hija en relación a comer, dormir o aprender a usar el baño? Si es así, por favor explique:  sí  NO

---

---

---

35. ¿Hay algo que le preocupa de su hijo? Si es así, por favor explique:  sí  NO

---

---

---

36. ¿Qué es lo que usted disfruta de su niño?

---

---

---

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha en que se completó el ASQ:SE-2: \_\_\_\_\_  
 # de identificación del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del niño/a: \_\_\_\_\_  
 Persona que contestó el ASQ:SE-2: \_\_\_\_\_ Edad del niño/a en meses y días: \_\_\_\_\_  
 Nombre del programa/proveedor: \_\_\_\_\_ Sexo del niño/a:  Masculino  Femenino

### 1. GRÁFICA PARA ASIGNAR PUNTAJES ASQ:SE-2:

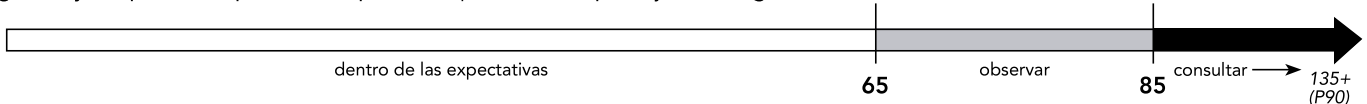
- Asigne un puntaje a cada pregunta (Z = 0, V = 5, X = 10, Preocupación = 5).
- Transfiera el total de cada página y súmelos para obtener el puntaje total.
- Anote el puntaje total del niño/a a un lado del punto de corte.

PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA 1	
PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA 2	
PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA 3	
PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA 4	
<b>Puntaje total</b>	

Punto de corte	Puntaje total
<b>85</b>	

### 2. CÓMO INTERPRETAR EL PUNTAJE ASQ:SE-2:

Identifique aproximadamente en dónde cae el puntaje total del niño/a en la gráfica y después marque el área que corresponda a ese puntaje en la siguiente lista de resultados:



- \_\_\_ El puntaje total del niño/a cae en el área □. Está por debajo del punto de corte. El desarrollo socio-emocional del niño/a parece estar dándose dentro de las expectativas.
- \_\_\_ El puntaje total del niño/a cae en el área □. Está cerca del punto de corte. Vea cuáles son los comportamientos que son motivo de preocupación y monitoree al niño/a en estas áreas de desarrollo.
- \_\_\_ El puntaje total del niño/a cae en el área ■. Está por encima del punto de corte. Es posible que se necesite hacer evaluaciones adicionales con un profesional.

### 3. OBSERVACIONES GENERALES Y PREOCUPACIONES:

Anote las respuestas y transfiera los comentarios hechos por los padres o personas a cargo del niño/a. Las preguntas marcadas como Sí necesitarán un seguimiento.

- 1–33. ¿Se marcó como preocupación alguna de las preguntas con puntaje? **SÍ** no Comentarios: \_\_\_\_\_
34. ¿Preocupaciones sobre los hábitos de comer/dormir/ir al baño? **SÍ** no Comentarios: \_\_\_\_\_
35. ¿Otras preocupaciones? **SÍ** no Comentarios: \_\_\_\_\_

### 4. CONSIDERACIONES PARA HACER UN SEGUIMIENTO Y REFERIR A LAS FAMILIAS:

Contestar las siguientes preguntas con Sí, No o No estoy seguro(a) (S, N, NES). Ver páginas 98–103 en el ASQ:SE-2 User's Guide.

- \_\_\_ Factores de tiempo/de lugar (por ej., ¿El comportamiento del niño/a es igual en la casa y en la escuela?)
- \_\_\_ Factores del desarrollo (por ej., ¿El comportamiento del niño/a está relacionado a su etapa de desarrollo o a un atraso en el desarrollo?)
- \_\_\_ Factores de salud (por ej., ¿El comportamiento del niño/a está relacionado a factores biológicos o de salud?)
- \_\_\_ Factores familiares/culturales (por ej., ¿El comportamiento del niño/a es aceptable en la cultura o contexto familiar en el que está creciendo? ¿Ha habido algunas situaciones estresantes en la vida del niño/a recientemente?)
- \_\_\_ Preocupaciones de los padres (por ej., ¿Expresó alguna preocupación el padre/madre u otra persona a cargo del niño/a con respecto al comportamiento de éste?)

### 5. SEGUIMIENTO DEL ASQ:

Marcar todos los puntos que apliquen:

- \_\_\_ Dar actividades para el/la niño/a y reevaluar en \_\_\_ meses.
- \_\_\_ Compartir resultados con el proveedor primario de servicios de salud.
- \_\_\_ Dar materiales de educación para padres.
- \_\_\_ Dar información sobre clases para padres o grupos de apoyo disponibles en el área.
- \_\_\_ Pedirle a otra de las personas a cargo del niño/a (por ej., abuelo, maestra, etc.) que haga el cuestionario ASQ:SE-2. Favor de anotar el nombre de esa persona aquí: \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Hacerle una evaluación de desarrollo al niño/a (es decir, ASQ-3).
- \_\_\_ Referir al niño/a a un programa de intervención temprana o de educación especial en la primera infancia.
- \_\_\_ Referir al niño/a para que le hagan una evaluación socio-emocional, de comportamiento o de salud mental.
- \_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_



