

Validación de los marcadores de vulnerabilidad de los lactantes para las disfunciones en su desarrollo socioemocional

Daniel Ignacio da Silva¹
Débora Falleiros de Mello²
Renata Ferreira Takahashi³
Cody Stonewall Hollist⁴
Verônica de Azevedo Mazza⁵
Maria de La Ó Ramallo Veríssimo³

Objetivos: validar los marcadores de vulnerabilidad de los lactantes para las disfunciones en el desarrollo socioemocional. **Método:** investigación de método exploratorio secuencial mixto. Los marcadores de vulnerabilidad, elaborados en la fase cualitativa, fueron sometidos a los especialistas en la fase cuantitativa del estudio, por medio de la Técnica Delphi, con el consenso mínimo del 70%. En la primera ronda de análisis, 17 jueces respondieron a la investigación y en la segunda ronda, 11 respondieron a la misma investigación. **Resultados:** en la primera ronda, dos marcadores no alcanzaron el consenso mínimo: Presencia de inestabilidad en las relaciones familiares (66%) y Situación de delincuencia y/o abuso de los padres/cuidadores (65%). En la segunda ronda, todos los marcadores fueron validados, con más del 90% de concordancia en la mayoría de los atributos, habiendo alcanzado el valor mínimo del 73%. **Conclusión:** los ocho marcadores de vulnerabilidad alcanzaron consenso mínimo para su validación, estando habilitados a la verificación de confiabilidad y validación clínica, para componer un instrumento relevante al cuidado del lactante.

Descriptorios: Vulnerabilidad en Salud; Lactante; Desarrollo Infantil; Discapacidades del Desarrollo; Trastornos Generalizados del Desarrollo Infantil; Enfermería Pediátrica.

* Artículo parte de tesis de doctorado "Validation of vulnerability markers of infants to dysfunctions in their socioemotional development", presentada en la Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

¹ Universidade de Santo Amaro, São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

³ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

⁴ University of Nebraska-Lincoln, College of Education and Human Sciences, Lincoln, NE, Estados Unidos de América.

⁵ Universidade Federal do Paraná, Departamento de Enfermagem, Curitiba, PR, Brasil.

Cómo citar este artículo

Silva DI, Mello DF, Takahashi RF, Hollist CS, Mazza VA, Veríssimo MLOR. Validation of vulnerability markers of dysfunctions in the socioemotional development of infants. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e3087. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/DOI:10.1590/1518-8345.2736.3087>.

mes día año

URL

Introducción

Este estudio propuso la validación de marcadores de vulnerabilidad para las disfunciones en el desarrollo socioemocional de los lactantes. Se buscó construir un instrumento de captación de las disfunciones que condicionan su proceso de desarrollo socioemocional, que puede ser conceptualizado como un proceso de continuidad y cambios en las características sociales y emocionales del niño⁽¹⁾, caracterizado por la expresión de la emoción en los contextos sociales, en los desencadenadores sociales de expresiones emocionales, y en la construcción social de la experiencia y comprensión emocional⁽²⁾.

El desarrollo socioemocional está relacionado al desarrollo físico cerebral y a las interacciones o procesos proximales vivenciados por el niño desde el nacimiento⁽¹⁾, pudiendo ser aprendido por la evaluación de los marcos de desarrollo, a partir de los dominios: apego, competencia social, competencia emocional y autopercepción⁽³⁾.

El modelo Bio-ecológico de Desarrollo Humano describe que un niño que vive en desventajas y en un ambiente desorganizado tiene gran propensión para presentar disfunciones en su desarrollo, conceptualizados como "la manifestación recurrente de dificultades en la manutención del control e integración de comportamiento en situaciones y diferentes dominios de desarrollo"⁽¹⁾. Así, el desarrollo del niño es condicionado por una serie de elementos biológicos y contextuales⁽⁴⁻⁵⁾.

Las disfunciones del desarrollo abarcan un grupo de agravios caracterizados por perjuicios en las competencias intelectuales, físicas y socioemocionales⁽⁶⁾. Ellas están relacionadas a disturbios cerebrales, provocados por alteraciones genéticas o lesiones en el sistema nervioso central en crecimiento, debido a la exposición a los agentes teratógenos, traumas, procesos infecciosos, deficiencia nutricional severa e hipoxia o isquemia⁽⁶⁾. Estudios han confirmado que los factores de exposición de naturaleza sociocultural, socioeconómica, psicosocial y biológica son determinantes del desarrollo del niño en todas sus dimensiones, incluyendo la socioemocional^(4,7).

Las tecnologías disponibles para el monitoreo del desarrollo del niño abarcan escalas, basadas en marcos y comportamientos esperados para la franja etaria, que evalúan las habilidades del niño, pero no consideran los contextos que condicionan su proceso de desarrollo, dejando una laguna importante en la captación de situaciones perjudiciales al mismo.

La complejidad de la delimitación del desarrollo socioemocional al concepto de vulnerabilidad, que puede ser definido como un conjunto de condiciones que hacen

al niño más susceptible a los perjuicios o incapacidades en su desarrollo, debido a la influencia de elementos de naturaleza individual, programática y social⁽⁸⁾. El concepto de vulnerabilidad encamina para la proposición de intervenciones basadas en las necesidades de salud y en el estímulo de respuestas sociales, así como en la autonomía de los sujetos en el cuidado y preservación de la salud, la integridad y la equidad a las acciones de salud⁽⁹⁾.

Ante la demanda de instrumentalizar a los profesionales de salud para la captación de las vulnerabilidades en el contexto del desarrollo infantil, emergió la siguiente cuestión: ¿Cómo los profesionales pueden identificar la vulnerabilidad del lactante a las disfunciones en su desarrollo socioemocional?

La construcción de marcadores puede subsidiar a los profesionales de salud en la aplicación conceptual de la vulnerabilidad como señalizador de aspectos cualitativos del proceso salud-enfermedad de los individuos y la comunidad, que puede subsidiar la proposición de intervenciones que incluyan respuestas sociales a los agravios⁽⁹⁻¹⁰⁾. El término "marcador de vulnerabilidad" comprende la interacción de atributos subjetivos y contextuales en la producción del proceso salud-enfermedad, como fenómenos sociales e históricos⁽¹¹⁾.

Este estudio presupone que el uso de los marcadores como tecnologías de la salud, sujetos en los elementos de vulnerabilidades de los lactantes, puede promover el cuidado y el desarrollo socioemocional, por el fortalecimiento de los procesos proximales, que son las formas específicas de interacción entre el niño y su ambiente⁽¹⁾.

Para que los profesionales puedan identificar tales elementos y caracterizar la condición del desarrollo del lactante, para más allá del desempeño momentáneo, expresado en comportamientos, o marcos de desarrollo, se hace necesario sintetizarlos y organizarlos en un instrumento aplicable a la práctica asistencial. Así, este estudio objetivó validar marcadores de vulnerabilidad de lactantes para disfunciones en su desarrollo socioemocional.

Método

Se trata de una investigación de método mixto, que combina técnicas, métodos, abordajes, conceptos o lenguajes de metodologías cualitativas y cuantitativas⁽¹²⁾. Se utilizó un delineamiento exploratorio secuencial, en el cual la primera fase fue cualitativa, para la construcción de los marcadores, seguida de la fase cuantitativa, para la validación del contenido.

En la fase cualitativa, fueron elaborados los marcadores de vulnerabilidad, que son categorías

temáticas de factores de exposición que condicionan el desarrollo socioemocional de los lactantes⁽¹³⁾, y son fundamentados teóricamente en las dimensiones de contexto del modelo bio-ecológico del desarrollo humano: Microsistema, Mesosistema, Exosistema y Macrosistema⁽¹⁾, y en la Matriz de vulnerabilidad del niño para situaciones adversas a su desarrollo, en las dimensiones: individual, social y programática⁽⁸⁾. En esta investigación, el lactante es un niño menor que dos años.

Cada marcador es constituido por un título, sus componentes y por un manual operacional de cada marcador, cuya función es orientar a la aplicación del instrumento de captación. El manual contiene la definición del marcador, la dimensión de la vulnerabilidad correspondiente, las fuentes de informaciones de

obtención del marcador, y los criterios para definir la presencia del marcador⁽¹¹⁾.

De esa forma, los marcadores de vulnerabilidad en su versión original, fueron encaminados a los especialistas para la evaluación del contenido. Los marcadores son presentados, a continuación, en las Figuras 1 y 2.

En la fase cuantitativa, fue aplicada la Técnica Delphi⁽¹⁴⁾, para la validación del contenido de los marcadores, sus componentes y manuales operacionales, con estudiosos sobre el tema de desarrollo socioemocional, identificados en la Plataforma Lattes. Los criterios de selección de los jueces fueron: el tiempo de experiencia clínica y/o de investigación en salud del niño y la conclusión de grado con tiempo mínimo de cinco años; y post-gradó en el área de Salud del Niño.

Microsistema y Mesosistema Vulnerabilidad individual	<p>Dificultad de los padres/cuidadores en mantener una relación de soporte continuo con el niño. ¿Los padres/cuidadores tienen dificultad o ausencia de interacción con el niño? (Observar las actividades relacionadas a juegos, lectura, aprendizaje, etc.) ¿El niño fue destetado precozmente de la lactancia materna exclusiva? (Verificar si fue amamantado y/o si hubo el destete antes de los seis meses. En caso de que no haya sido amamantado considerar ese elemento de vulnerabilidad). ¿Los padres/cuidadores responden de forma agresiva y/o no afectuosa a los niños? (Observar si usan tono de voz agresivo, tono de voz elevado, expresiones corporales agresivas, o manipulan físicamente al niño) ¿Los padres/cuidadores presentan comportamientos de sobreprotección con el niño? (Observar si anticipan sus acciones al habla del niño, dándole lo que desea antes de que él lo solicite) ¿Los padres/cuidadores presentan comportamientos de ansiedad (preocupación y temores) ante las dificultades comportamentales (ansiedad, hiperactividad, agresividad) presentadas por el niño? ¿Los padres/cuidadores presentan comportamiento de rechazo del niño? (Observar la presencia, de no aceptación del niño, falta de cuidado, percepción del propio niño como problemática, o no aceptación del embarazo por parte de la madre)</p>
	<p>Fragilidad de los padres/cuidadores en la protección física y la seguridad de los niños ¿Hay señales de la presencia de violencia y abusos contra el niño? (Observar si el niño presenta señales de alerta: timidez, retracción, aislamiento, depresión, pánico, bajo rendimiento escolar, presencia de lesiones, etc.) ¿Los padres/cuidadores negligencian las medidas de protección del niño contra accidentes? (Observar la ocurrencia o riesgos para caídas, quemaduras, choques eléctricos, etc.) ¿Hay presencia de comportamientos de negligencia de los padres/cuidadores para con el niño? (Observar si el niño presenta irritaciones, malas condiciones de higiene, y/o está sin ser alimentada, etc.) ¿Hubo (hay) no adhesión de la madre al prenatal? (Observar la no asistencia en las consultas, no realización de exámenes, etc.)</p>
	<p>Situación de enfermedad de los padres/cuidadores ¿Hay (hubo) señales y síntomas de depresión y/o stress en los padres/cuidadores? ¿Hay (hubo) ocurrencias de depresión y/o stress durante el periodo prenatal y/o puerperal? ¿Hay (hubo) señales y síntomas de esquizofrenia y otros trastornos mentales en los padres/cuidadores? ¿Hay (hubo) señales y síntomas de trastornos de ansiedad en los padres/cuidadores? ¿Hay (hubo) señales y síntomas de trastornos compulsivos como disturbios alimentares: bulimia o anorexia en los padres/cuidadores? ¿La madre presentó ocurrencia de deficiencia de hierro durante el prenatal?</p>
	<p>Presencia de inestabilidad en las relaciones familiares ¿El niño sufrió separación de sus padres/cuidadores? ¿Hubo (hay) ocurrencia de inestabilidad familiar en el medio de convivencia del niño? (Observar si hay conflictos maritales, cambios de residencia, cambio de cuidador y/o presencia de otros miembros de la familia en la casa) ¿El niño vive en una familia monoparental? (Verificar si la madre vive sin compañero, si hay ausencia del padre en el núcleo familiar) ¿Hay ausencia de apoyo para el cuidado del niño, caso la madre trabaje fuera? (Verificar si hay ausencia de otros miembros de la familia o de la red social para el apoyo al cuidado) ¿Los padres/cuidadores manifiestan la ausencia de cuidado del niño debido a experiencias negativas? (Observar comportamientos con relación a la prematuridad de los hijos, presencia de stress o sufrimiento en la familia, inminencia o muerte natural o accidental del ente, etc.)</p>
	<p>Situación de delincuencia y/o abuso de los padres/cuidadores ¿Los padres/cuidadores se encuentran (se encontraron) en situación de detención o cumplimiento de pena? ¿Los padres/cuidadores manifiestan comportamientos de criminalidad/delincuencia (participación en robos, narcotráfico, asesinatos, etc.)? ¿Hay presencia de violencia doméstica contra los padres/cuidadores? ¿Hay presencia de uso/abuso de sustancias o drogas por los padres/cuidadores?</p>

Figura 1 – Versión original de los marcadores de vulnerabilidad y sus componentes relacionados a bio-ecología del desarrollo y la vulnerabilidad individual. San Pablo, SP, Brasil, 2016

Exosistema y Macrosistema	Vulnerabilidad Social	<p>Dificultad de autonomía y/o empoderamiento por la condición sociocultural</p> <p>¿Los padres/cuidadores son adolescentes (menores de 18 años)?</p> <p>¿La familia pertenece a alguna minoría étnica y/o grupo vulnerable (inmigrantes, refugiados, indígenas, negros, cimarrones, etc.)?</p> <p>¿El niño vive institucionalizado o vive en la calle?</p> <p>¿La familia sufre procesos de estigmatización debido a la situación de violencia y/o acoso (violencia psicológica, sexual, física, bullying segregación, etc.)?</p> <p>¿La familia vive o proviene de regiones en situación de guerra o conflicto bélico, o en regiones con conflicto violento en áreas urbanas?</p> <p>¿La familia tiene dificultades en el acceso a los derechos sociales (servicios de salud, educación, asistencia social, ocio y recreación etc.)?</p>
	Vulnerabilidad Programática	<p>Precariedad en las condiciones socioeconómicas de los padres/cuidadores.</p> <p>¿La familia tiene bajos ingresos (ingresos de hasta un salario mínimo) o vive en la extrema pobreza (ingresos menores que un salario mínimo)?</p> <p>¿Los padres/cuidadores poseen baja escolaridad (menos de cuatro años de estudios)?</p> <p>¿Hay presencia de desempleo en la familia?</p> <p>¿La familia vive en una vivienda cedida u ocupada, o que esté en situación precaria con falta de infraestructura (ausencia de agua tratada y alcantarillas en la vivienda)?</p>
	Vulnerabilidad Programática	<p>Indisponibilidad de programas para atender al niño y a su familia</p> <p>¿El niño tuvo acceso a programas nutricionales para el tratamiento de la deficiencia de hierro (anemia ferropénica por debajo del patrón alimentar) en el caso de necesidad?</p> <p>¿La madre tuvo acceso a la atención prenatal adecuada (disponibilidad a la atención de salud, realización de exámenes complementares y atención segura al parto)?</p> <p>¿La familia tuvo acceso a programas de apoyo y de promoción social (transferencia de renta, apoyo al cuidado del niño)?</p> <p>¿El niño frecuenta la escuela/guardería en condiciones no adecuadas (clases muy llenas, falta de preparación de los profesores, falta de soporte emocional para el niño)?</p>

Figura 2 – Versión original de los marcadores de vulnerabilidad y sus componentes relacionados a la bio-ecología del desarrollo y a la vulnerabilidad social y programática. San Pablo, Brasil, 2016

Fueron invitados 84 investigadores del área de Enfermería y de otras profesiones del área de la Salud, considerando la aplicación multidisciplinaria del concepto de vulnerabilidad. La invitación para la participación ocurrió por medio del envío de correo electrónico que contenía el archivo con el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido (TCLE) y el guion de validación de los marcadores en formato electrónico. Fueron considerados participantes los profesionales que devolvieron el Término de Consentimiento y los cuestionarios en el plazo establecido para la primera ronda. Fueron necesarias dos rondas de evaluación para el alcance de la concordancia mínima establecida.

El guion de la investigación fue elaborado en Microsoft Excel®. La primera página contenía el TCLE y las orientaciones sobre cómo responder. Todo el contenido referente a los marcadores fue descrito en una planilla, posibilitando al participante responder las preguntas de la evaluación con todas las informaciones disponibles.

Para evaluar el marcador, los criterios adoptados en la validación fueron: simplicidad, claridad, pertinencia y precisión. Las preguntas formuladas fueron: ¿El marcador puede ser fácilmente explicado y comprendido? ¿Las informaciones del marcador pueden ser obtenidas de forma simple? ¿El marcador identifica de forma eficaz la vulnerabilidad de los lactantes para las disfunciones en el desarrollo socioemocional? ¿El marcador puede ser operado en la práctica asistencial? ¿Cómo usted

considera la relevancia de ese marcador para identificar la vulnerabilidad de los lactantes? Con eso, fueron evaluados los atributos y relevancia del marcador.

En la evaluación de los componentes de los marcadores, se indagó: ¿El componente expresa la presencia de la vulnerabilidad en la realidad del lactante? ¿El componente está construido con expresiones simples y sin equívocos? ¿El componente se distingue de los demás componentes? Esas preguntas viabilizaron la evaluación de los atributos de los componentes de cada marcador.

Para evaluar el manual operacional, se preguntó: ¿La descripción del marcador fue realizada con claridad, en el sentido de entender lo que se pretende mensurar? Se considera que ese marcador refleja la vulnerabilidad (individual, social o programática). ¿Usted está de acuerdo? ¿Las fuentes de información son accesibles y adecuadas para la obtención de los datos? ¿Los criterios son claros y permiten la misma interpretación entre los diferentes profesionales de salud que apliquen el instrumento?

Fue considerado apenas el punto "si/concordancia", excluyendo de ese cálculo las respuestas, "si, pero requiere revisión/concordancia parcial" y "no/discordancia". Fueron realizadas las debidas revisiones en el material entre cada etapa de la colecta, que consideraron las sugerencias presentadas por los jueces.

Las respuestas posibles eran de concordancia, concordancia parcial o discordancia, y había espacio para comentarios. Fue utilizada la estadística descriptiva para

la presentación de los datos y establecido anteriormente a la colecta de datos, el consenso mínimo del 70%⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. El consenso es el resultado esperado de la Técnica Delphi, así se cree que es primordial la definición de los criterios para el consenso y la documentación del grado de concordancia juntamente con los resultados de la validación⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Este estudio fue autorizado por el Comité de Ética e Investigaciones de la Escuela de Enfermería de la USP (Universidad de San Pablo), por medio del Certificado de presentación para la Apreciación Ética número 57933816.8.0000.5392, y atendió a las directrices y normas reguladoras de investigación envolviendo seres humanos.

Resultados

La primera ronda de validación de contenido contó con 17 participantes. De estos, 11 eran enfermeros, dos fisioterapeutas, dos terapeutas ocupacionales y dos psicólogos. La mayoría tuvo tiempo de formación mayor a 10 años, con título de doctor y máster y con experiencia en la docencia, investigación y asistencia.

Los jueces devolvieron los materiales en 30 días y llenaron 95% de los cuestionarios en la primera ronda. Los resultados de las evaluaciones fueron tabulados, conforme los parámetros pre establecidos. Los índices de concordancia de los jueces en la primera ronda son presentados en la Tabla 1, a continuación.

Tabla 1– Índices de concordancia mínima de los jueces, alcanzados en la primera ronda de validación de contenido. San Pablo, SP, Brasil, 2017

Marcador	Índice de concordancia mínima alcanzada (%)		
	Manual operacional	Atributos y relevancia del marcador	Atributos de los componentes del marcador
Dificultad de los padres/cuidadores en mantener relación de soporte continuo con el niño	93,0	75,0	73,0
Fragilidad de los padres/cuidadores en la protección física y seguridad del niño	94,0	81,0	75,0
Situación de enfermedad de los padres/cuidadores	88,0	73,0	70,0
Presencia de inestabilidad en las relaciones familiares	94,0	87,0	66,0
Situación, de delincuencia y/o abuso de los padres/cuidadores	81,0	64,0	65,0
Dificultad de autonomía y/o empoderamiento por la condición sociocultural	81,0	80,0	75,0
Precariedad en las condiciones socioeconómicas de los padres/cuidadores	93,0	94,0	76,0
Indisponibilidad de programas para atender al niño y su familia	87,0	87,0	75,0

En la primera ronda, la mayor parte de los puntos evaluados alcanzó de medio a alto nivel de consenso (70-94%). Además de estas respuestas objetivos, los jueces enviaron 206 sugerencias por escrito, que fueron utilizadas en la revisión de los contenidos para la segunda ronda. Las sugerencias de los jueces fueron en cuanto a la redacción, a la forma de presentación y ejemplificación de los componentes.

El cuarto componente del marcador "Dificultad de los padres/cuidadores en mantener relación de soporte continuo con el niño" fue modificado, considerando la recomendación del juez: *No tengo certeza de que el término "ansiedad de los padres" sea el más adecuado. No sé si entendí bien, pero sería algo como una preocupación exagerada, desajuste o desequilibrio emocional de los padres debido al comportamiento del niño* (J10).

El segundo y tercer componentes del marcador "Fragilidad de los padres/cuidadores en la protección física y seguridad del niño" fueron redactados diferentemente sin el término negligencia, considerando la recomendación: *Sugiero la substitución del término*

"negligencia" por otra construcción como "no hacen o no toman las debidas medidas". Me preocupo con este marcador, pues es común que las familias no identifiquen los factores de riesgo para accidentes (J10). El cuarto componente fue nuevamente redactado conforme la sugerencia del juez: *Sugiero substituir el término adhesión por algo como si la madre compareció o realizó acompañamiento prenatal* (J10).

El marcador "Situación de enfermedad de los padres/cuidadores" tuvo una modificación en el número de componentes, que fueron reducidos de seis para tres, considerando la recomendación: *Todas las preguntas, menos la última, se refieren a la salud mental, ¿pero la salud física alterada también no interfiere en los cuidados con los hijos? Y como son todos los síntomas relativos a alteraciones en salud mental, puede parecer confuso: stress, depresión, esquizofrenia, ¿pueden afectar de formas diferentes? ¿Por qué están separados?* (J15).

El cuarto componente del marcador "Presencia de inestabilidad en las relaciones familiares" no alcanzó el consenso mínimo en la validación de la simplicidad y expresión de sus componentes, teniendo el valor

del 64%. El componente fue redactado conforme el comentario sobre este atributo: *Sugiero, para quedar más claro: (...) experiencias negativas en el ámbito familiar* (J1) *Describir con más claridad "experiencias negativas" y retirar lo que se refiere a preguntas de salud mental, ya expuestas en otro marcador* (J15).

Se sugirió sobre la inclusión del apoyo para las madres en la redacción de ese marcador: *Sugiero dejar como "Hay ausencia de apoyo para el cuidado del niño" Excluir para la madre que trabaja fuera, considero que el apoyo es necesario para todas las madres, independientemente de que trabajen fuera de casa* (J13). De esa forma, se adicionó "apoyo social" en la redacción del marcador.

El primer, tercer y cuarto componentes del marcador "Situación de delincuencia y/o abuso de los padres/cuidadores" obtuvieron el 64% de consenso en cuanto a su relevancia. La evaluación de la simplicidad y expresión de los componentes alcanzó el valor del 65% de consenso. Los jueces hicieron los siguientes comentarios: *Cumplimiento de pena debido a la práctica de infracciones penales. Nuevamente aquí la cuestión del verbo en los dos tiempos Presente/pasado* (J15). *Entendí aquí, que los cuidadores sufren con la violencia doméstica, ¿es eso? ¿O el compañero es violento con la compañera?* (J4). *Rever "hay presencia" Sugerencia: los padres/cuidadores hacen uso de sustancias con efectos psicoactivos o drogas* (J9).

En cuanto al Marcador "Dificultad de autonomía y/o empoderamiento por la condición sociocultural", hubo una sugerencia de cambio en la redacción que fue acatada: *¿La dificultad se refiere a los padres o al niño? Autonomía/empoderamiento también dificulta. Yo dejaría solo autonomía* (J15). El quinto componente de este marcador fue modificado conforme la recomendación

de los jueces: *Agregaría "pandillas o crimen organizado" para una realidad más próxima de los "conflictos bélicos brasileños"* (J1) *Excluiría la descripción de "guerra", pues, no es la realidad del Brasil, tal vez describirla como violencia urbana* (J13).

El primer componente del marcador "Precariedad en las condiciones socioeconómicas de padres/cuidadores", fue modificado debido a los cuestionamientos de los jueces: *La pregunta quedó repetitiva. Sugiero apenas: La familia posee ingresos inferiores a un salario mínimo* (J11). *Sugiero rever la redacción, tal vez expresar por ingresos per cápita. Una familia con tres personas viviendo con un salario mínimo tiene un significado diferente al de una familia de diez personas viviendo con un salario mínimo* (J13). El cuarto componente fue modificado en concordancia con las sugerencias del juez: *La familia puede vivir en vivienda cedida u ocupada en condiciones, ¿ok? Creo que aquí lo que interesa es la situación precaria. Quitaría la primera parte y redactaría el marcador a partir de "La familia vive en vivienda con situación precaria"* (J15).

Luego de la síntesis y de las adaptaciones de la primera ronda, el material entonces fue sometido a la segunda ronda de la Técnica Delphi. De los 17 jueces que participaron de la primera ronda, 11 participaron de la segunda. De estos, ocho eran enfermeros, un fisioterapeuta y dos terapeutas ocupacionales. La mayoría estaba hace más de diez años, con título de doctor y máster, con experiencia en la docencia, investigación y asistencia.

En la segunda ronda, los jueces devolvieron los materiales en hasta 30 días y llenaron 99% de los cuestionarios. Los índices de concordancia de los jueces están presentados en la Tabla 2.

Tabla 2- Índices de concordancia de los jueces, alcanzados en la segunda ronda de validación del contenido. San Pablo, SP, Brasil, 2017

Marcador	Índice de concordancia mínima alcanzada (%)		
	Manual operacional	Atributos y relevancia del marcador	Atributos de los componentes del marcador
Dificultad de los padres/cuidadores en mantener relación de soporte continuo con el niño	91,0	91,0	73,0
Fragilidad de los padres/cuidadores en la protección física y seguridad del niño	91,0	100,0	91,0
Situación de enfermedad de los padres/cuidadores	100,0	91,0	91,0
Presencia de inestabilidad en las relaciones familiares y en el apoyo social	100,0	100,0	73,0
Situación de violencia y/o dependencia química de los padres/cuidadores	91,0	100,0	91,0
Dificultad de autonomía de los padres/cuidadores debido a la condición sociocultural	100,0	100,0	91,0
Precariedad en las condiciones socioeconómicas de los padres/cuidadores	100,0	100,0	82,0
Indisponibilidad de programas para atender al niño y su familia	91,0	100,0	82,0

En la segunda ronda, la mayoría de los elementos evaluados alcanzó un alto nivel de consenso (82-100%), y dos marcadores obtuvieron el consenso mínimo del 73%, superior a lo establecido, finalizando el proceso de validación con los jueces. En esa última ronda, los jueces enviaron 45 comentarios, con sugerencias sobre la redacción de los componentes, que fueron consideradas, visando mayor claridad y comprensión.

En su versión final, los marcadores de vulnerabilidad de lactantes para disfunciones en su desarrollo socioemocional, con sus componentes, están descritos en la Figura 3 a continuación, y divididos en colores de acuerdo con los contextos del modelo bioecológico de desarrollo humano y las dimensiones de la vulnerabilidad: individual (verde), social (naranja) y programática (azul).

Microsistema y Mesosistema	Vulnerabilidad individual	<p>Dificultad de los padres/cuidadores en mantener relación de soporte continuo con el niño Los padres/cuidadores tienen dificultad o ausencia de interacción con el niño. El niño no recibió leche materna exclusiva en los primeros seis meses de vida. Los padres/cuidadores responden de forma agresiva y/o no afectuosa a los niños. Los padres/cuidadores presentan comportamientos de sobreprotección con el niño. Los padres/cuidadores presentan preocupación exagerada o desequilibrio emocional frente a dificultades comportamentales presentadas por el niño. Los padres/cuidadores presentan comportamiento de rechazo al niño.</p>
		<p>Fragilidad de los padres/cuidadores en la protección física y la seguridad de los niños Hay señales de la presencia de violencia y abusos contra el niño. Los padres/cuidadores no toman las debidas medidas de protección del niño contra situaciones peligrosas (accidentes). Los padres/cuidadores no atienden a las necesidades básicas del niño. La madre no realizó el prenatal completo.</p>
		<p>Situación de enfermedad de los padres/cuidadores Hay histórico de diagnóstico y/o tratamiento de depresión y/o stress de los padres/cuidadores. Hay histórico de diagnóstico y/o tratamiento de esquizofrenia, de trastorno de ansiedad y/o de trastornos compulsivos como disturbios alimentares: bulimia o anorexia en los padres/cuidadores. Hay histórico de diagnóstico de anemia y/o deficiencia de hierro de la madre, sin tratamiento durante el periodo prenatal.</p>
		<p>Presencia de inestabilidad en las relaciones familiares y en el apoyo social El niño sufrió separación de sus padres/cuidadores primarios. Hay inestabilidad familiar en el medio de convivencia del niño. El niño vive en una familia monoparental. Hay ausencia de apoyo familiar o de la red social de los cuidadores primarios para el cuidado del niño</p>
		<p>Situación de violencia y/o dependencia química de los padres/cuidadores Los padres/cuidadores están en detención o en cumplimiento de pena criminal. Los padres/cuidadores manifiestan comportamientos de criminalidad. Los padres/cuidadores vivencian situación de violencia. Los padres/cuidadores hacen uso de sustancias psicoactivas y/o tóxicas.</p>
Exosistema y Macrosistema	Vulnerabilidad Social	<p>Dificultad de autonomía de los padres/cuidadores debido a la condición sociocultural Los padres/cuidadores son adolescentes. La familia pertenece a alguna minoría étnica y/o grupo vulnerable. El niño vive institucionalizado y/o en la calle. El niño y su familia vivencian situaciones de acoso y/o persecución. La familia tiene dificultades en el acceso a los derechos sociales.</p>
		<p>Precariedad en las condiciones socioeconómicas de los padres/cuidadores La familia vive en situación de pobreza o en extrema pobreza. Los padres/cuidadores tienen baja escolaridad. Hay presencia de desempleo en la familia. La familia vive en una vivienda en situación de precariedad.</p>
	Vulnerabilidad Programática	<p>Indisponibilidad de programas para atender al niño y a su familia El niño no tuvo acceso al tratamiento de deficiencia de hierro y/o anemia ferropénica, en caso de necesidad. La madre no tuvo acceso a la atención prenatal adecuada. La familia no recibe atención por programas de desarrollo y protección social. El niño frecuenta la escuela/guarderías con condiciones inadecuadas.</p>

Figura 3 – Versión final de los marcadores de vulnerabilidad y sus componentes, luego del proceso de validación del contenido. San Pablo, SP, Brasil, 2017

Discusión

Los marcadores de vulnerabilidad fueron sometidos a la Técnica Delphi, y fueron apreciados por un conjunto de profesionales calificados (doctores y máster), con largo tiempo de formación (más de 10 años). Tales jueces demostraron compromiso y postura crítica con relación al material enviado, con alto número de sugerencias y críticas (206 en la primera ronda y 45 en la segunda). De la misma forma, fueron excelentes las devolutivas de los cuestionarios respondidos en la investigación (95% en la primera ronda y 99% en la segunda y última ronda). Tal situación fue corroborada con la Técnica Delphi, cuya aplicación demanda el reclutamiento de jueces que posean experiencia y sean socialmente críticos y profesionalmente autocríticos, que puedan realizar cambios significativos y adaptaciones en el material analizado⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Los números de participantes en la primera y segunda ronda son considerados pertinentes por la literatura, que define un mínimo de 10-15 especialistas para obtenerse un conjunto de opiniones con calidad⁽¹⁸⁾. Así, los marcadores fueron apreciados por una muestra diversa de jueces, de diferentes áreas de actuación, lo que posibilitó una lectura amplia del material.

Aun siendo un objeto previsto para la aplicación en el área de enfermería en salud infantil, fue relevante la apreciación y mejoramiento de la calidad por psicólogos, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas, teniendo en vista que el tema del desarrollo psicosocial es un tema de estudio multidisciplinar. Esta evaluación multiprofesional está de acuerdo con la Técnica Delphi, que proporciona el acceso de los objetos de evaluación a un grupo ampliado, y a una población geográficamente dispersa, permitiendo una diversidad de informaciones entre varias personas⁽¹⁹⁾.

El no alcance del consenso esperado en la primera ronda, para todos los puntos evaluados, puede ser justificado por la cantidad elevada de comentarios de los jueces, pues, muchas sentencias estaban escritas con términos considerados de difícil o no adecuada aplicabilidad por los jueces. El alcance del consenso mínimo del 73% en la segunda ronda, y el bajo número de comentarios, mostró una mejor adecuación del material.

En cuanto a las modificaciones de la escrita de los componentes de los marcadores "Dificultad de los padres/cuidadores en mantener relación de soporte continuo con el niño" y "Fragilidad de los padres/cuidadores en la protección física y seguridad del niño", se considera que las modificaciones permiten una mejor comprensión de las limitaciones del cuidado con el lactante. Estas limitaciones influyen la forma y la calidad del cuidado e interacciones ofertadas al lactante^(1,20).

En relación al Marcador "Situación de enfermedad de los padres/cuidadores", se consideró adecuada la intervención del juez en solicitar una síntesis de las condiciones de salud mental para facilitar su identificación por los profesionales. La presencia de enfermedades mentales está relacionada con un menor grado de afectividad con el lactante, así como con la construcción de vínculos frágiles⁽²⁰⁾.

En cuanto al marcador "Presencia de inestabilidad en las relaciones familiares", que no presentó consenso deseado, se considera que las observaciones de los jueces fueron pertinentes, pues las experiencias negativas pueden generar fragilidad en los cuidadores, y así la falta de apoyo al cuidado diario infantil puede provocar negligencia y la exposición del lactante a situaciones peligrosas⁽²¹⁻²²⁾.

En relación al marcador "Situación de delincuencia y/o abuso de los padres/cuidadores" que también no presentó el consenso, se comprende que el abordaje de la dependencia química de los cuidadores es relevante para identificar situaciones adversas al desarrollo socioemocional⁽²³⁻²⁴⁾. De la misma forma, la violencia intrafamiliar sufrida por los cuidadores puede perjudicar el cuidado infantil, y consecuentemente la interacción con el lactante⁽²⁵⁾. Así, las modificaciones evitan interpretaciones erróneas de los profesionales al utilizar el instrumento.

En cuanto al marcador "Dificultad de autonomía de los padres/cuidadores debido a la condición sociocultural", se considera relevante enfatizar en el título del marcador a la autonomía de los cuidadores, que refleja su capacidad de cuidar al niño^(8,22-23). Las adaptaciones fueron realizadas en el componente del marcador, para que la violencia sea presentada como un conjunto de condiciones que impone estigmatización y opresión sobre los cuidadores⁽²³⁾.

Las modificaciones en el Marcador "Precariedad en las condiciones socioeconómicas de los padres/cuidadores" son pertinentes, pues es relevante para el profesional comprender que el crecimiento en la pobreza expone al niño a malas condiciones de vida. Así, la clase social de la familia afecta directamente las condiciones de mantener y apoyar al lactante^(4,8).

Puede afirmarse que los marcadores de vulnerabilidad se muestran extensos, sobre la bioecología del desarrollo⁽¹⁾ y la vulnerabilidad⁽⁸⁾, en vista a los elevados índices de concordancia obtenidos desde la primera ronda de análisis.

Los marcadores de vulnerabilidad validados, oriundos de este estudio, necesitan verificación de confiabilidad y validación clínica, para más allá de las contribuciones del consenso de la opinión de

especialistas. Tal validación traerá a esta tecnología de cuidado una aplicabilidad en las prácticas de Atención Primaria a las Salud, para la promoción del desarrollo socioemocional de los lactantes⁽⁸⁾.

Conclusión

Los marcadores de vulnerabilidad de lactantes para las disfunciones en su desarrollo socioemocional tuvieron su contenido validado después de dos rondas de la Técnica Delphi, y la gran mayoría de los marcadores componentes y manuales operacionales alcanzó altos índice de concordancia superiores al 90%, y un valor mínimo de consenso del 73%.

El consenso obtenido por la Técnica Delphi permite que esta tecnología sea probada en la práctica clínica para la verificación de su confiabilidad en ser utilizada por los profesionales para reorientar modelos asistenciales, que se basen en las reales necesidades de la salud de los lactantes, así como actuar para dirimir la fuerza de los factores de exposición, disminuyendo la vulnerabilidad para disfunciones en su desarrollo socioemocional.

Los resultados de esta investigación poseen límites de alcance, pues los marcadores construidos se basan en evidencia científica que pueden no responder por la totalidad de las situaciones actuales de vulnerabilidad, necesitando así de una evaluación de confiabilidad. Así, es necesaria la proposición de estudios longitudinales, los cuales permitan validar clínicamente los marcadores de vulnerabilidad en el cotidiano de los profesionales de la salud, durante la asistencia a los lactantes y sus familias.

Las implicaciones para la práctica de Enfermería se vuelven al entendimiento de que tal aplicación permitirá la construcción de una escala de grado de vulnerabilidad, así como la identificación de nuevos diagnósticos de Enfermería y la elaboración de planes de intervención que visen la promoción del desarrollo socioemocional de los lactantes, por los enfermeros y otros profesionales involucrados.

Referências

1. Bronfenbrenner U, Evans GW. Developmental science in the 21st century: Emerging questions, theoretical models, research designs and empirical findings. *Soc Dev*. [Internet]. 2000 [cited Apr 20, 2017]; 9(1):115-25. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9507.00114/abstract>
2. Thompson RA. Doing it with feeling: The emotion in early socioemotional development. *Emot Rev*. [Internet]. 2015 [cited Apr 22, 2017]; 7(1):121-5. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1754073914554777>
3. Campbell S, Denham S, Howarth G, Jones S, Whittaker J, Williford A et al. Commentary on the review of measures of early childhood social and emotional development: Conceptualization, critique, and recommendations. *J Appl Dev Psychol*. [Internet]. 2016 [cited Apr 23, 2017];45:19-41. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0193397316300028>
4. Richter L, Daelmans B, Lombardi J, Heymann J, Boo F, Behrman J et al. Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. *The Lancet* [Internet]. 2017 [cited Jan 23, 2018]; 389(10064):103-18. Available from: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31698-1/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31698-1/abstract)
5. Shonkoff JP. Rethinking the Definition of Evidence-Based Interventions to Promote Early Childhood Development. *Pediatrics*. [Internet]. 2017 [cited Jan 23, 2018]; 140(6):e20173136. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2017/11/10/peds.2017-3136>
6. Moreno-De-Luca A, Myers SM, Challman TD, Moreno-De-Luca D, Evans DW, Ledbetter DH. Developmental brain dysfunction: Revival and expansion of old concepts based on new genetic evidence. *Lancet Neurol*. [Internet]. 2013 [cited Set 23, 2017]; 12(4):406-14. Available from: [http://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(13\)70011-5/abstract](http://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(13)70011-5/abstract)
7. Ngure FM, Reid BM, Humphrey JH, Mbuya MN, Pelto G, Stoltzfus RJ. Water, sanitation, and hygiene (WASH), environmental enteropathy, nutrition, and early child development: making the links. *Ann N Y Acad Sci*. [Internet]. 2014 [cited Jun 3, 2018];1308:118-28. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/15648265150361S113>
8. Silva DI, Chiesa AM, Veríssimo MLOR, Mazza VA. Vulnerability of children in adverse situations to their development: proposed analytical matrix. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2013 [cited Nov 11, 2017]; 47(6):1397-402. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000600021>
9. Silva DI, Mello DF, Takahashi RF, Veríssimo MLOR. Children's vulnerability to health damages: elements, applicability and perspectives. *IOSR-JNHS*. [Internet]. 2016 [cited Jun 02, 2018]; 5(5):15-20. Available from: <http://www.iosrjournals.org/iosr-jnhs/papers/vol5-issue5/Version-3/D0505031520.pdf>
10. Souza SNDHD, Mello DF, Ayres JRCM. Breastfeeding from the perspective of programmatic vulnerability and care. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2013 [cited Jun 2, 2018]; 29(6):1186-94. Available from: <https://www.scielosp.org/article/csp/2013.v29n6/1186-1194/>
11. Guanilo MCTU, Takahashi RFT, Bertolozzi MR. Assessing the vulnerability of women to sexually transmitted

- diseases STDS/ HIV: construction and validation of markers. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2014 [cited Sep 12, 2017]; 48(Esp):156-63. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000600022>
12. Johnson RB, Onwuegbuzie AJ. Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come. *Educ Res*. [Internet]. 2004 [cited Sep 18, 2017];33(7):14-26. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.3102/0013189X033007014>
13. Silva DI, Mello DF, Mazza VA, Toriyama ATM, Veríssimo MLOR. Dysfunctions in the socioemotional development of infants and its related factors: an integrative review. *Texto Contexto Enferm*. In press 2018.
14. Kezar A, Maxey D. The Delphi technique: an untapped approach of participatory research. *Int J Soc Res Method*. [Internet]. 2016 [cited Jun 2, 2018];19:143-60. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13645579.2014.936737>
15. Slade SC, Dionne CE, Underwood M, Buchbinder R, Beck B, Bennell K, et al. Consensus on exercise reporting template (CERT): modified Delphi study. *Phys Ther*. [Internet]. 2016 [cited Jun 9, 2018]; 96(10):1514-24. Available from: <https://academic.oup.com/ptj/article/96/10/1514/2870241>
16. Diamond IR, Grant RC, Feldman BM, Pencharz PB, Ling SC, Moore AM, et al. Defining consensus: a systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. *J Clin Epidemiol*. [Internet]. 2014 [cited Jun 2, 2018];67:401e9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.12.002>
17. Vieira MA, Ohara CVS, De Domenico EBL. The construction and validation of an instrument for the assessment of graduates of undergraduate nursing courses. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet] 2016 [cited Jun 4, 2018]; 24:e2710. 2015 [cited Sep 24, 2017]; Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0834.2710>
18. Jacob E, Duffield C, Jacob D. A protocol for the development of a critical thinking assessment tool for nurses using a Delphi technique. *J Adv Nurs*. [Internet] 2017 [cited Jun 4, 2018]; 73(8):1982-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/jan.13306>.
19. Pessoa TRRF, Noro LRA. Pathways for graduation evaluation in Dentistry: logical model building and validation criteria. *Cienc Saúde Coletiva*. [Internet] 2015 [cited Jun 4, 2018]; 20(7):2277-90. Available from: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232015000702277&script=sci_arttext
20. Pillhofer M, Spangler G, Bovenschen I, Kuenster A, Gabler S, Fallon B, et al. Pilot study of a program delivered within the regular service system in Germany: Effect of a short-term attachment-based intervention on maternal sensitivity in mothers at risk for child abuse and neglect. *Child Abuse Negl*. [Internet] 2015 [cited Jun 5, 2018];42:163-73. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0145213414002324>
21. Muzik M, Rosenblum K, Alfafara E, Schuster M, Miller N, Waddell R et al. Mom Power: preliminary outcomes of a group intervention to improve mental health and parenting among high-risk mothers. *Arch Womens Ment Health*. [Internet] 2015 [cited Jun 5, 2018];18(3):507-21. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-014-0490-z>
22. Briggs R, Silver E, Krug L, Mason Z, Schrag R, Chinitz S, et al. Healthy Steps as a moderator: The impact of maternal trauma on child social-emotional development. *Clin Pract Pediatr Psychol*. [Internet] 2014 [cited Jun 5, 2018];2(2):166-75. Available from: <http://psycnet.apa.org/fulltext/2014-24042-003.html>
23. Freeman PC. Prevalence and relationship between adverse childhood experiences and child behavior among young children. *Infant Ment Health J*. [Internet] 2014 [cited Jun 5, 2018];35(6):544-54. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/imhj.21460>
24. Ranta J, Raitasalo K. Disorders of cognitive and emotional development in children of mothers with substance abuse and psychiatric disorders. *Nord Stud Alcohol Dr*. [Internet] 2015 [cited Jun 5, 2018];32(6):591-604. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1515/nsad-2015-0056>
25. Olusegun E. Domestic violence, risky family environment and children: A bio-psychology perspective. *Int J Psychol Couns*. [Internet] 2014 [cited Jun 5, 2018];6(8):107-18. Available from: <http://www.academicjournals.org/journal/IJPC/article-full-text/F86A3A447577>

Recibido: 21.03.2018

Aceptado: 05.09.2018

Autor correspondiente:

Daniel Ignacio da Silva

E-mail: daniel.silva1076@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-8891-4127>

Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.