



ORIGINAL

Creación y validación de un instrumento para cuantificar actitudes, conocimientos y dificultades en el abordaje de los problemas sociales



Rafael Jiménez-Alés^{a,*}, Raquel Páez-González^b, María Llanos de la Torre-Quiralte^c,
María Luisa Poch-Olivé^d, Nisa Boukichou-Abdelkader^e y Eva María Andrés Esteban^f

^a Consultorio La Roda de Andalucía, La Roda de Andalucía, Sevilla, España

^b Centro de Salud Zona 5B, Albacete, España

^c Centro de Salud Labradores, Logroño, España

^d Hospital San Pedro, Logroño, España

^e Unidad de Ciencia del Dato, Innovación Sanitaria de La Rioja. Fundación Rioja Salud, CIBIR, Logroño, España

^f Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España

Recibido el 11 de octubre de 2022; aceptado el 17 de diciembre de 2022

Disponible en Internet el 20 de febrero de 2023

PALABRAS CLAVE

Encuestas y cuestionarios;
Problemas sociales;
Actitud del personal sanitario;
Formación médica continuada;
Promoción de salud

Resumen

Objetivos: Este estudio tiene como objetivo desarrollar y validar un cuestionario para evaluar actitudes, conocimientos y dificultades en el manejo de problemas sociales por parte de los profesionales de pediatría.

Métodos: El desarrollo de la herramienta comenzó con una fase de conceptualización, seguida del diseño, prueba piloto y evaluación de las propiedades psicométricas del cuestionario tras obtener respuestas de 407 profesionales. Se realizaron análisis factoriales exploratorios (AFE) y análisis factoriales confirmatorios (AFC) para explorar la validez de constructo del cuestionario. El índice de ajuste normado (IAN), el error cuadrático medio de aproximación (ECMA), la prueba de chi-cuadrado (χ^2) y el índice de ajuste comparativo (IAC) se utilizaron para probar la bondad del ajuste. La confiabilidad se exploró a través del alfa de Cronbach para la consistencia interna. **Resultados:** La AFE identificó doce factores. Todos los factores mostraron buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0,8434). El AFC mostró un buen ajuste al modelo (ECMA = 0,037). Los valores de IAN y IAC fueron 0,742 y 0,797, respectivamente. Todos los análisis cuantitativos se llevaron a cabo con el software STATA/SE v.16.1.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alesmismo@gmail.com (R. Jiménez-Alés).

Conclusiones: Este cuestionario de 138 ítems distribuidos en doce factores es un instrumento fiable y válido para analizar actitudes, conocimientos y dificultades en el abordaje de problemas sociales en la infancia por parte de los pediatras, que permitirá diseñar intervenciones, de acuerdo con las necesidades y las carencias identificadas a través del mismo.

© 2023 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Surveys and questionnaires;
Social problems;
Health care worker attitudes;
Continuing medical education;
Health promotion

Creation and validation of an instrument to quantify attitudes, knowledge and difficulties in the approach to social problems

Abstract

Objectives: The aim of the study was to develop and validate a questionnaire to assess attitudes, knowledge and difficulties in the management of social problems by paediatric care providers.

Methods: The development of the tool started with a conceptualization phase, followed by the design, pilot testing and psychometric evaluation of the questionnaire based on the responses obtained from 407 professionals. We performed exploratory factor analysis (EFA) and confirmatory factor analysis (CFA) to assess the construct validity of the questionnaire. We used the normed fit index (NFI), the root mean square error of approximation (RMSEA), the χ^2 test and the comparative fit index (CFI) to test the goodness of fit. We assessed reliability through the Cronbach's α coefficient of internal consistency. All quantitative analyses were performed with the Stata/SE software, version 16.1.

Results: The EFA identified 12 factors. All factors exhibited a good internal consistency (Cronbach's α , .8434). The CFA showed the model was a good fit (RMSEA = .037). The NAI and CAI values were .742 and .797, respectively.

Conclusions: This questionnaire comprising 138 items distributed in 12 factors is a reliable and valid instrument to analyse the attitudes, knowledge and difficulties in the approach to social problems in children by paediatricians, which will allow the design of interventions according to the needs and deficiencies identified through it.

© 2023 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Los determinantes sociales de la salud (DSS) son los factores no médicos que influyen en los resultados sanitarios. Son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen; el conjunto de fuerzas y sistemas que conforman las condiciones de la vida cotidiana, incluyendo políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales, y sistemas políticos¹. Concretamente, los DSS abarcan el desarrollo infantil, la educación, el empleo y las condiciones de trabajo, los ingresos familiares, la seguridad alimentaria, vivienda, servicios sanitarios, apoyo social, barrio, seguridad, desigualdades entre grupos económicos y racismo, entre otros.

Los DSS tienen una importante influencia en las diferencias injustas y evitables del estado de salud, y pueden ser influencias más importantes que la atención sanitaria o el estilo de vida en la salud, dependiendo en gran medida de voluntades políticas. En los países de cualquier nivel de renta, cuanto más baja es la posición socioeconómica, peor es la salud¹⁻³. Vivir en la pobreza puede suponer tasas de mortalidad de un 60% más alta en lactantes. Existe un efecto de vulnerabilidad acumulativa en función del número

de determinantes o factores de riesgo social y su duración, produciendo estados de salud más pobres que repercuten a lo largo de la vida^{1,4}. Los niños son particularmente vulnerables porque dependen de su familia para las necesidades básicas, apoyo social, educación, socialización y habilidades para la vida.

El pediatra ha de tener un enfoque global, holístico y multidisciplinar de la salud infantil, considerando la salud del niño en el contexto de su sociedad, entorno, escuela y familia, integrando las dimensiones física, mental y social de la salud y el desarrollo infantil; en definitiva, trabajar con todos los factores que determinan el bienestar infantil (incluyendo los recursos públicos, activos comunitarios y factores de protección) así como la atención, prevención y promoción de la salud y de la calidad de vida^{5,6}. La pediatría social actúa sobre el principio del bien superior del menor, incluyendo su escucha activa, en tres áreas principales: problemas de salud del niño con causas sociales, problemas de salud del niño con consecuencias sociales y atención a la salud del niño en la sociedad, y abarca cuatro áreas de atención a la salud del niño: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, pediatría curativa y rehabilitación^{6,7}.

A pesar de la tendencia al alza de la mirada social del pediatra, nuestra impresión es que siguen sin identificarse los factores psicosociales que afectan al estado de salud de muchos pacientes pediátricos y que quizás este hecho esté relacionado con las dificultades que los pediatras tienen a la hora de abordar los DSS: falta de recursos básicos como el tiempo en consulta, poca capacitación y conocimiento de los recursos existentes en la comunidad o la complejidad en la gestión de los casos. Por este motivo, se hace imprescindible trabajar con una perspectiva de equidad, y para ello es preciso conocer la realidad de la atención a los problemas de tipo social en los distintos puntos de atención pediátrica de nuestro país.

El objetivo principal de este trabajo es crear un cuestionario que permita evaluar las actitudes que presentan, los conocimientos de que disponen y las barreras a las que se enfrentan los pediatras en el abordaje de las distintas patologías sociales. El análisis de los datos obtenidos mediante este cuestionario permitirá determinar cuáles son las principales debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades existentes, lo que facilitará proponer estrategias que mejoren la atención que prestan a los problemas sociales que afectan a la infancia.

Material y métodos

La metodología del estudio incluyó la elaboración y la validación del cuestionario pasando por varias fases diferentes⁸.

Fase de desarrollo

Comenzó con una fase de conceptualización, seguida por el diseño y una prueba piloto del cuestionario.

La *conceptualización* del cuestionario y la definición de las dimensiones (constructo) se llevaron a cabo teniendo en cuenta: el objetivo de la herramienta; una revisión bibliográfica sobre el tema utilizando las bases de datos CINAHL, PubMed, Psycinfo y SciELO; un estudio cualitativo con varios grupos focales y análisis de contenido, en los que se exploraron los problemas sociales a los que se enfrentaban con mayor frecuencia, así como las dificultades que tenían en su abordaje; y la experiencia del equipo de investigación sobre el tema en cuestión.

Con el objetivo de *diseñar* el cuestionario inicial se creó un grupo de trabajo conformado por profesionales de distintas comunidades autónomas, distintos ámbitos de la atención y niveles de capacitación en la atención a la patología social que, mediante la metodología de tormenta de ideas, elaboró un primer listado de posibles preguntas sobre el perfil del profesional que contestaba el cuestionario (capacitación, experiencia, carga de trabajo y entorno del mismo), así como distintos aspectos relacionados con su acceso a la formación, conocimientos, actitudes y habilidades a la hora de aplicarlos.

Este primer listado pasó una revisión por parte del equipo de investigación que procedió a agrupar las preguntas que pudieran resultar redundantes o pudieran dar lugar a respuestas contradictorias, revisando su legibilidad y procurando dar un formato unificado para las respuestas, evitando posibles respuestas categóricas y dando la posibilidad de matizar las mismas, en aquellas que pudieran tener

un componente cuantitativo, mediante una escala de tipo Likert⁹, en la que todos los ítems se formularon de forma directa¹⁰. Posteriormente se pasaron las preguntas a un formulario mediante la aplicación Formularios de Google¹¹ y se ensayó por parte de todos los miembros del equipo de investigación el tiempo que emplearía su cumplimentación.

La distribución del cuestionario tuvo lugar durante los meses de junio y julio de 2021 contando con el apoyo de distintas sociedades científicas: Asociación Española de Pediatría, Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria y Sociedad Española de Pediatría Social, así como de una lista de distribución de pediatría de atención primaria de amplia implantación en nuestro país (PEDIAP)¹², buscando conseguir respuestas de los profesionales que ejercen en el ámbito de la atención primaria y hospitalaria pública, privada o mixta en nuestro país, así como de los médicos en formación que se preparan para ejercerla. Se enviaron recordatorios durante el tiempo de recogida de respuestas. No se recabó ningún dato personal que pudiera identificar a los encuestados, aunque se preguntó sobre el código postal del puesto de trabajo para realizar el análisis entre diferentes ámbitos laborales (rural o urbano)¹³ y como indicador de la complejidad de los problemas sociales atendidos en la consulta¹⁴.

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de La Rioja (Ref. CEImLAR P.I. 532)

La población diana estimada es de unos 12.000. Para dicha muestra, ajustando el nivel de confianza al 95%, se calculó que eran necesarias 373 respuestas. Tras una distribución del cuestionario a toda la población diana, se obtuvieron 418 respuestas. De ellas, se descartaron 11 por no pertenecer a la categoría profesional requerida (pediatras, médicos de familia, médicos internos residentes de pediatría y de medicina de familia con dedicación específica a la infancia o adolescencia). Los datos sociodemográficos de los participantes se muestran en la [tabla 1](#).

Piloto. Para evaluar la aceptabilidad y la validez de contenido del cuestionario, el primer borrador fue revisado de forma independiente por siete expertos clave que modificaron algunos de los ítems originales del instrumento. A continuación se distribuyó un segundo borrador del cuestionario a una muestra pequeña de conveniencia, y se realizó un análisis descriptivo que exploraba las distribuciones de frecuencia y los efectos de suelo y techo (aquellos ítems que agrupan el 70% de las respuestas bajo las opciones extremas) y la fiabilidad del cuestionario medido a través del coeficiente alfa de Cronbach. Finalmente se obtuvo un cuestionario con 161 ítems: 16 de ellos de carácter socio-demográfico y 138 ítems relacionados con problemas sociales pediátricos, más 7 ítems de observaciones al respecto de cada dimensión del cuestionario inicial.

Fase de validación psicométrica

Tras el estudio piloto se realizó una validación psicométrica de la primera versión del cuestionario. Todos los análisis cuantitativos se realizaron con el software STATA/SE v16.1.

Para ello se tuvieron en cuenta dos recomendaciones para estimar el tamaño de la muestra en esta etapa: 1) que es necesario incluir entre 3 y 5 personas por cada ítem del cuestionario, y 2) que en la fase de validación solamente

Tabla 1 Características sociodemográficas de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Hombre	72	17,69%
Mujer	335	82,31%
Edad (media \pm DE)	47,19 \pm 11,27	
Titulación		
Especialidad en pediatría	372	91,40%
Especialidad en medicina de familia	10	2,46%
MIR pediatría	22	5,40%
MIR medicina de familia	2	0,49%
Medicina general	1	0,25%
Puesto de trabajo		
Atención primaria pública	265	65,11%
Atención hospitalaria pública	73	17,94%
Atención primaria u hospitalaria simultáneamente	43	10,56%
Médico interno residente	24	5,90%
ONG	2	0,49%
Si trabaja en hospital, número de pacientes atendidos en una semana (media \pm DE)	61,78 \pm 37,01	
Si trabaja en atención primaria, pacientes en el cupo (media \pm DE)	1.020,42 \pm 296,02	

son necesarios 400 participantes para obtener una muestra «muy buena» para realizar el análisis factorial¹⁵. Así, el tamaño de muestra adecuado para esta fase se estimó en 400 personas.

Se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para el análisis de normalidad sobre la normalidad de los datos recogidos y se realizó un análisis descriptivo para la aceptabilidad de cada ítem y para identificar los efectos de techo y suelo. El análisis factorial exploratorio (AFE) y el análisis factorial confirmatorio (AFC) se llevaron a cabo para explorar la validez de constructo del cuestionario^{16,17}.

Se estudió la adecuación del análisis factorial mediante el coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett. El punto de corte de KMO de 0,60 o superior muestra que el tamaño de la muestra es aceptable y por encima de 0,80 es meritorio^{8,18}.

Para la estimación en el análisis confirmatorio se utilizó el modelo de ecuaciones estructurales (MEE) y el método de máxima verosimilitud. El índice de ajuste normalizado (IAN), el error cuadrático medio de aproximación (ECMA), la prueba de chi-cuadrado (χ^2) y el índice de ajuste comparativo (IAC) se utilizaron para comprobar la bondad del ajuste, usando los valores habituales de los criterios de referencia para un buen ajuste del modelo. En concreto, el IAN y el IAC oscilan entre 0 y 1, con valores de 0,95 o más que indican un ajuste cercano y de 0,90 que indican un ajuste aceptable^{8,19}, aunque algunos autores consideran un buen valor de ajuste a partir de 0,80^{8,20}. Los valores para el ECMA cercanos a 0,05 indican un buen ajuste, 0,08 un ajuste adecuado y valores de 0,10 o superiores un mal ajuste de los datos al modelo^{8,19,21}. La fiabilidad de la versión final del cuestionario se exploró usando el alfa de Cronbach para la consistencia interna.

Resultados

Descripción de la muestra de validación

El cuestionario (anexo 1) fue completado por 335 (82,31%) mujeres y 72 (17,69%) hombres, con una edad media de 47,19 \pm 11,27 años (tabla 1). La mayor parte de los encuestados tenían especialidad de pediatría y sus áreas específicas (91,40%), trabajando la mayoría en atención primaria pública (65,11%), y destacando que 43 encuestados (10,56%) trabajaban simultáneamente en atención primaria y atención hospitalaria, fuese pública o privada. El número medio de pacientes que atendían los encuestados en el ámbito hospitalario fue de 61,78 \pm 37,01 y en atención primaria el cupo de pacientes por profesional fue de 1.020,42 \pm 296,02.

Además, la prueba de Kolmogórov-Smirnov mostró una ausencia de normalidad en los datos recogidos y no hubo ningún ítem que mostrase efectos de techo o suelo.

Validación psicométrica del cuestionario

El tamaño de la muestra para el análisis factorial fue de 138 ítems. El Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) fue de 0,80. La prueba de esfericidad de Bartlett también demostró una adecuación satisfactoria de los datos al análisis factorial ($p < 0,001$).

Se eligieron doce factores en función de las dimensiones teóricas que tenía el cuestionario final. Esta estructura describía el 73,38% de la varianza del modelo (tabla 2).

El *factor 1* (explicaba un 22,63% del modelo) correspondía a la asistencia a formación específica; el *factor 2* (explicaba un 18,95%) correspondía a la relación COVID-19

Tabla 2 Varianza total explica por cada factor obtenido en el AF exploratorio

Factor	Valor propio	% Varianza	% Varianza acumulada
Factor 1	25,18	0,2263	0,2263
Factor 2	9,96	0,1895	0,4159
Factor 3	5,99	0,0538	0,4697
Factor 4	4,53	0,0407	0,5104
Factor 5	4,38	0,0393	0,5497
Factor 6	4,07	0,0366	0,5863
Factor 7	3,55	0,0319	0,6182
Factor 8	3,01	0,0271	0,6453
Factor 9	2,78	0,0250	0,6703
Factor 10	2,58	0,0232	0,6935
Factor 11	2,31	0,0207	0,7142
Factor 12	2,18	0,0196	0,7338

con los problemas sociales en niños; el *factor 3* (explicaba un 5,38%) correspondería a la oferta de formación. El *factor 4* (explicaba un 4,07%) correspondería a las preguntas relacionadas con conocimientos propios para abordar problemas en niños. El *factor 5* (explicaba un 3,93%) correspondería a la información recibida por los servicios del entorno. El *factor 6* (explicaba un 3,66%) correspondería a la cumplimentación de la historia clínica. El *factor 7* (explicaba un 3,19%) correspondería a frecuencia de contacto con los servicios del entorno. El *factor 8* (explicaba un 2,71%) correspondería a la frecuencia de atención a niños con problemas sociales. El *factor 9* (explicaba un 2,50%) correspondería a la información facilitada a los servicios del entorno. El *factor 10* (explicaba un 2,32%) correspondería a la propia implicación en los problemas sociales de los menores. El *factor 11* (explicaba un 2,07%) correspondería al grado de implicación de otros profesionales. El *factor 12* (explicaba un 1,96%) correspondería a los conocimientos sobre la ley.

El modelo de doce factores para cada ítem se estructuró como se describe en la matriz de componentes rotados de la [tabla 3](#).

Tras el AFE se llevó a cabo el AFC, que mostró un buen ajuste del modelo y también que una estructura teórica de siete factores podía ser adecuada, con un buen ajuste, siendo el ECMA de 0,04 y los valores de IAN y IAC de 0,74 y 0,80, respectivamente. De hecho, los factores identificados mostraron una interpretación teórica lógica y una buena consistencia interna (como indica la [tabla 4](#) del alfa de Cronbach de la escala y de cada dimensión), pero su fiabilidad no mejoraba, por lo que se decidió mantener 12 factores, que permiten una mayor versatilidad al usar el cuestionario para explorar cualquiera de las dimensiones concretas para las que se pensó, respetando la estructura inicial que se le dio.

El resultado final fue un cuestionario validado que, además de explorar datos sociodemográficos de los profesionales que responden, exploran distintos aspectos relacionados con la formación, los conocimientos, las actitudes, las herramientas de que disponen y los problemas a los que se enfrentan al abordar los aspectos sociales en la consulta.

Los 12 factores detectados en el proceso de validación pueden finalmente agruparse en las siguientes dimensiones:

Tabla 4 Alfa de Cronbach para cada dimensión del cuestionario y para el total

Dimensión	Alfa de Cronbach
1	0,9185
2	0,9599
3	0,7027
4	0,7722
5	0,7949
6	0,8685
7	0,9342
8	0,8018
9	0,6599
10	0,9396
11	0,8037
12	0,8241
Total	0,8434

- Relacionadas con los recursos propios de que dispone el profesional (explicaría un 40,33%):
 - Conocimientos: 4, 12 (6,03%).
 - Actitudes: 1, 6, 7, 9, 10 (34,30%).
- Relacionadas con los recursos externos de que dispone el profesional (explicaría un 11,38%):
 - Formación: 3 (5,38%).
 - Coordinación: 5, 11 (6%).
- Relacionadas con los aspectos sociales que se abordan: 2, 8 (explicaría un 21,66%).

La relación de dimensiones, factores, ítems y preguntas del cuestionario validadas y no validadas puede consultarse en la [tabla 5](#)

Discusión

Creemos que con este trabajo damos respuesta a nuestro objetivo principal de crear y validar un cuestionario que

Tabla 3 Resultados del AFE del cuestionario. Matriz de componentes rotados mediante el método VARIMAX

Factor 1 (ítems 17 to 32)	Factor 2 (ítems 132 to 138)	Factor 3 (ítems 1 to 16)	Factor 4 (ítems 66 to 77)	Factor 5 (ítems 40 to 46)	Factor 6 (ítems 95 to 120)	Factor 7 (ítems 33 to 39)	Factor 8 (ítems 54 to 65)	Factor 9 (ítems 47 to 53)	Factor 10 (ítems 121 to 131)	Factor 11 (ítems 78 to 82)	Factor 12 (ítems 83 to 94)
0,7951	0,4372	0,6464	0,7303	0,5262	0,5755	0,3937	0,4914	0,3432	0,4842	0,6257	0,3040
0,8131	0,3847	0,7354	0,7347	0,7174	0,4997	0,7149	0,6798	0,7203	0,4203	0,5533	0,3346
0,8132	0,3521	0,7376	0,7265	0,5121	0,3248	0,4055	0,4431	0,6191	0,4055	0,6300	0,3857
0,7772	0,5191	0,6938	0,6824	0,5394	0,4706	0,4747	0,5736	0,5597	0,4034	0,6345	0,4926
0,8620	0,5297	0,7467	0,4911	0,3778	0,5731	0,3744	0,4869	0,5029	0,5907	0,5832	0,3146
0,8030	0,3372	0,6801	0,5452	0,5612	0,6578	0,3271	0,6283	0,5855	0,5642		0,3249
0,7758	0,5855	0,4706	0,5977	0,3779	0,6587	0,3764	0,7124	0,3249	0,5621		0,5029
0,8807		0,6459	0,4899		0,6088		0,5019		0,4456		0,3432
0,6765		0,5500	0,7133		0,6047		0,3782		0,4878		0,3778
0,5682		0,3878	0,6850		0,4529		0,5607		0,4079		0,3012
0,8463		0,6764	0,6780		0,4892		0,3436		0,6642		0,3636
0,6559		0,5111	0,5351		0,4222		0,5532				0,3937
0,5810		0,4450			0,5832						
0,8490		0,7313			0,6701						
0,7347		0,6664			0,6766						
0,8449		0,6719			0,4413						
					0,8426						
					0,7741						
					0,8269						
					0,7992						
					0,8081						
					0,7964						
					0,7641						
					0,7000						
					0,6820						
					0,6677						

Tabla 5 Correspondencia entre dimensiones, factores, preguntas del cuestionario e ítems validados

Dimensión		Factor	Descriptor	Preguntas del cuestionario	Ítem de validación
Sociodemográfica			1-8,108	NV ^a	
Dimensiones relacionadas con los recursos propios	Conocimientos	4	Conocimientos generales		
		12	Conocimientos legislación	77-88 96-107	66-77 83-94
		1	Asistencia a formación	26-41	17-32
	Actitudes	6	Cumplimentación historia	109-134	95-120
		7	Frecuencia contacto con otros	43-49	33-39
		9	Información que se facilita	57-63	47-53
Dimensiones relacionadas con los recursos externos	Formación	10	Implicación propia	135-145	121-131
		3	Oferta de formación	9-24	1-16
	Coordinación	5	Información que se recibe	50-56	40-46
		11	Implicación de otros profesionales	90-94	78-82
Problemas abordados		8	Frecuencia atención a problemas	64-75	54-65
		2	Influencia COVID-19	147-153	132-138
Observaciones				25, 42, 76, 89, 95, 146, 154	NV ^a

^a Ítems no validados.

permite evaluar las actitudes, los conocimientos y las barreras a las que se enfrentan los profesionales de pediatría en el abordaje de las distintas patologías sociales. Esta validación nos permitirá hacer propuestas de mejora sobre una base sólida.

La valoración de la actitud de los profesionales podrá usarse para enfocar esfuerzos de sensibilización en aquellas agrupaciones de profesionales que lo necesiten: zonas básicas, áreas sanitarias, provincias, comunidades autónomas o el Estado al completo.

El cuestionario también explora los recursos de que disponen los profesionales, lo que permitirá detectar agrupaciones funcionales, desde el nivel de zona básica al nivel de área sanitaria, pasando por servicios de pediatría o de urgencias hospitalarias en las que sean necesarios mayores esfuerzos de formación o coordinación.

Hasta ahora la literatura científica ha presentado solo cuestionarios validados para evaluar aptitudes. Este es, por tanto, el primer formulario que mide todos estos aspectos en un solo cuestionario, aunque existen otros para alguna patología social específica²², más concretamente, para el maltrato infantil²³, la depresión²⁴ o la baja autoestima²⁵. Por lo general, los cuestionarios más utilizados no especifican la patología concreta²⁶, lo que no quita que el cuestionario se pueda fragmentar, usando por separado determinados factores para evaluar cuestiones particulares en una determinada agrupación funcional de profesionales.

Por último, respecto a los aspectos sociales que se abordan en el cuestionario (aunque quedan difuminados por la

forma de plantear el cuestionario), pueden ser estudiados individualmente, compararse uno a uno, o uno frente a los demás, detectando las carencias de los profesionales y permitiendo desarrollar intervenciones adaptadas a las necesidades identificadas. De modo que se podrá valorar si, por ejemplo, la violencia de género es un aspecto para el que los profesionales están más capacitados, se encuentran más motivados, reciben mejor formación o están mejor coordinados que para la atención a los abusos sexuales a la infancia.

Entre las limitaciones a señalar, la fundamental es que, aunque la distribución del formulario ha sido muy amplia, llegando a la práctica totalidad de los profesionales a los que se pretendía llegar, la respuesta ha sido voluntaria y dicha voluntariedad puede entrañar importantes sesgos de índole cognitiva, sobre todo el denominado heurística de la disponibilidad, por el que nos basamos en ejemplos inmediatos a la hora de hacer una valoración^{27,28}.

Otra limitación es que el cuestionario explora las patologías sociales que más frecuentemente fueron referidas en los grupos focales, pero no explora exhaustivamente la totalidad de problemas sociales señalados en el DSM-5-TR²⁹.

Una tercera limitación es no haber considerado la validez concurrente y divergente del instrumento, para lo que se hubiese requerido un «estándar oro» con que comparar, motivo por el que se omiten en la mayoría de los estudios de validación^{30,31}. Tampoco se incluyeron otros marcadores o índices de mayor enfoque para este ámbito, aunque creemos

que los empleados son suficientes para alcanzar el objetivo planteado^{8,30,31}.

Como futuras líneas de investigación señalaríamos, en primer lugar, la validación del instrumento en otros perfiles profesionales que también son fundamentales en la atención a la población que presenta problemas de índole social (otros profesionales sanitarios, profesionales del ámbito social o de la justicia). En segundo lugar, avanzar en la aplicación práctica de este instrumento, a fin de describir cuál es la realidad de la pediatría social a nivel nacional, autonómico, en áreas o zonas de salud concretas, lo que permitirá detectar espacios de mejora a la hora de abordar determinados problemas sociales y, por tanto, a optimizar la asistencia sanitaria.

Consideraciones éticas

Este estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de La Rioja (Ref. CEImLAR P.I. 532).

Financiación

Esta investigación no recibió financiación externa de ningún tipo.

Conflicto de intereses

Los autores de este manuscrito declaran no tener conflicto de intereses.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.12.010>

Bibliografía

- Social determinants of health. Who.int. (2021) [consultado 8 Oct 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>.
- Wilkinson R.G., Marmot M. & World Health Organization. Regional Office for Europe. (1998)? The solid facts: Social determinants of health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108082>.
- Michael M. Interim first report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region. WHO Regional Office for Europe. 2010 [consultado 30 Jul 2022]. Disponible en: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/124464/E94370.pdf.
- Ruiz Álvarez M, Aginagalde Llorente AH, del Llano Señarís JE. Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura. *Rev Esp Salud Publica*. 2022;96:e202205041. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL96/REVISIONES/RS96C_202205041.pdf.
- Martínez González C. La mirada social del pediatra. *An Pediatr (Barc)*. 2010;73:229–32, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2010.05.022>.
- Pickett KE, Vafai Y, Mathai M, Small N. The social determinants of child health and inequalities in child health. *Paediatr Child Health*. 2022;32:88–94, <http://dx.doi.org/10.1016/j.paed.2021.12.003>.
- Spencer N, Colomer C, Alperstein G, Bouvier P, Colomer J, Duperrex O, et al. Social paediatrics. *J Epidemiol Community Health*. 2005;59:106–8, <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2003.017681>.
- Rojas Apaza Z, Torres Ramos G, Garavito Chang EL. Construcción y validación de instrumentos de medición en el ámbito de la salud. *Revisión de literatura*. *Odontol Pediatr*. 2022;21:e206, <http://dx.doi.org/10.33738/spo.v21i1.206>.
- Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Arch Psychol*. 1932;22:5–55.
- Suárez-Alvarez J, Pedrosa I, Lozano LM, García-Cueto E, Cuesta M, Muñoz J. El uso de ítems inversos en las escalas tipo Likert: una práctica cuestionable. *Psicothema*. 2018;30:149–58 [consultado 24 Nov 2022]. Disponible en: <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/16886>.
- Formularios de Google: crea y analiza encuestas de forma gratuita. Google.es. 2021 [consultado 8 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.google.es/intl/es/forms/about/>.
- RedIRIS - Foro general sobre Pediatría - Información sobre. Rediris.es. 2021 [consultado 8 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.rediris.es/list/info/pediap.html>.
- Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana, 2021. Áreas Urbanas en España 2021. Madrid: Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana, pp.21-39. Disponible en: <https://apps.fomento.gob.es/CVP/handlers/pdfhandler.ashx?idpub=BAW087>.
- Cofiño Fernández R. Tú código postal es más importante para tu salud que tu código genético (1). *Aten Primaria*. 2013;45:127–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.02.001>.
- Sanchez-Villegas M, del Burgo C, Martínez-González M. Introducción a los modelos multivariados. Regresión lineal múltiple. En: Martínez-González M, Sanchez-Villegas A, Toledo-Atucha E, Faulin-Fajardo J, editores. *Bioestadística Amigable*. 3.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014. p. 1–11.
- Bandalos DL, Inney SJ. Factor analysis: Exploratory and confirmatory. En: Hancock GR, Stapleton LM, Mueller RO, editores. *The Reviewer's Guide to Quantitative Methods in the Social Sciences*. 2th ed. New York: Routledge; 2018. p. 98–122.
- Batista-Foguet J, Coenders G, Alonso J. Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Med Clin (Barc)*. 2004;122 Supl. 1:21–7.
- Hair JF, Anderson RE, Babin BJ, Black WC. *Multivariate Data Analysis: A Global Perspective*. London: Pearson Prentice Hall; 2010.
- Hu L, Bentler P. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Model*. 1999;6:1–55, <http://dx.doi.org/10.1080/10705519909540118>.
- Chinda T, Techapreechawong S, Teeraprasert S. An investigation of relationships between employees' safety and productivity. 3rd International Conference on Engineering, Project, and Production Management. EPPM Conference Papers. 2012:10–1 [consultado 18 Jun 2022]. Disponible en: http://www.ppml.url.tw/EPPM/conferences/2012/download/SESSION4_A/10%20E145.htm.
- Lloret-Segura S, Ferreres-Traver A, Hernández-Baeza A, Tomás-Marco I. El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *An. Psicol*. 2014;30:1151–69 [consultado 27 Nov 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>.

22. Szilagyi M, Kerker B, Storfer-Isser A, Stein R, Garner A, O'Connor K, et al. Factors associated with whether pediatricians inquire about parents' adverse childhood experiences. *Acad Pediatr.* 2016;16:668–75, <http://dx.doi.org/10.1016/j.acap.2016.04.013>.
23. Alnasser Y, Albijadi A, Abdullah W, Aldabeeb D, Alomair A, Alsadidiq S, et al. Child maltreatment between knowledge, attitude and beliefs among Saudi pediatricians, pediatric residency trainees and medical students. *Ann Med Surg (Lond).* 2017;16:7–13, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amsu.2017.02.008>.
24. Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Actualización. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico. Avalia-t; 2018. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_575_Depresion_infancia_Avaliat_compl.pdf.
25. Mérida R, Serrano A, Taberner C. Diseño y validación de un cuestionario para la evaluación de la autoestima en la infancia. *Rev Investig Educ.* 2015;33:149–62, <http://dx.doi.org/10.6018/rie.33.1.182391>.
26. Kerker B, Storfer-Isser A, Szilagyi M, Stein R, Garner A, O'Connor K, et al. Do pediatricians ask about adverse childhood experiences in pediatric primary care? *Acad Pediatr.* 2016;16:154–60, <http://dx.doi.org/10.1016/j.acap.2015.08.002>.
27. Minué-Lorenzo S, Fernández-Aguilar C, Martín-Martín JJ, Fernández-Ajuria A. Uso de heurísticos y error diagnóstico en atención primaria: Revisión panorámica. *Aten Primaria.* 2020;52:159–75, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2018.11.003>.
28. Pereira G. Patologías sociales como imposición de un tipo de racionalidad práctica. *Andamios.* 2022;19:307–24 [consultado 29 Nov 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.29092/uacm.v19i48.907>.
29. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* Fifth edition, text revision: DSM-5-TR Washington: American Psychiatric Association Publishing; 2022.
30. Boateng GO, Neilands TB, Frongillo EA, Melgar-Quinonez HR, Young SL. Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: A primer. *Front Public Health.* 2018;6, <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149>.
31. Luján-Tangarife JA, Cardona-Arias JA. Construcción y validación de escalas de medición en salud: revisión de propiedades psicométricas. *Arch Med.* 2015;11:1–10. Disponible en: <https://hdl.handle.net/10495/20782>.