

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

*Núria ANGLÈS-VIRGILI
Roser VENDRELL-MAÑÓS*

*Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i l'Esport Blanquerna.
Universitat Ramon Llull. Barcelona (Espanya)*

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.

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

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

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 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 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), 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.

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

<i>Criterios inclusión</i>	<i>Criterios exclusión</i>
- 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.

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 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.

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 (PSC-35)</i> (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 (ASQ)</i> (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 (PDI)</i> (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 (CHICA)</i> (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 (CDI)</i> (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 (PSC-17)</i> (Jellinek <i>et al.</i> , 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. Consta de cinco dominios: Conducta, emoción, hiperactividad/atención, conducta social y prosocial.	4 - 16	Padres y maestros
<i>General Health Questionnaire (GHQ)</i> (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 (CBCL)</i> (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 (BITSEA)</i> (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</i> (TOCA-R) (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</i> (FRFC) (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</i> (CBCL) (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</i> (BASC) (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</i> (HBQ) (Essex <i>et al.</i> , 2002)	Consta de dos escalas: síntomas internalizantes y síntomas externalizantes.	4 - 8	Padres y maestros
<i>Systematic Screening for Behavioral Disorders</i> (SSBD) (Walker <i>et al.</i> , 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</i> (BESS) (Kamphaus y Reynolds, 2007)	27 ítems. Identifica los problemas de conducta y emocionales.	3 - 18	Maestros, padres o alumnos
<i>Pediatric Symptom Checklist</i> (PSC-17) (Gardner <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. 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, Arsenaault, 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 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, 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 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., ... 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., 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., ... 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., Maserko, 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., Srouf, 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., Storer-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 Barkley, 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].