

Detectando las Dificultades Emocionales y Conductuales en la Escuela: Validación de PSC-17

Detecting Emotional and Behavioral Difficulties in School: Validation of PSC-17

Loreto Leiva¹, Rodrigo Rojas², Felipe Peña³, Belén Vargas⁴ y Ana María Scquicciarini⁵

Resumen

Identificar tempranamente a niños y niñas que podrían presentar algún problema de salud mental es fundamental para implementar acciones preventivas y de tratamiento. Para esto se requiere contar con instrumentos válidos y adaptados a las características de la población y a los contextos donde se aplican. El objetivo de este estudio fue validar el Pediatric Symptom Checklist (PSC-17) en estudiantes chilenos de primer grado de enseñanza básica. Se utilizó una muestra aleatoria de 5177 estudiantes participantes de un programa nacional de salud mental escolar, evaluados por sus padres o cuidadores y por sus profesores. Se realizó un Análisis Factorial Confirmatorio revisando la estructura propuesta por los autores del instrumento, consistente en tres factores: dificultades internalizantes, externalizantes y de atención. Los resultados encontrados son coherentes con lo reportado en la literatura, transformando al PSC-17 en un buen instrumento de screening para su uso en las escuelas y centros de salud.

Palabras clave: pediatric symptom checklist, salud mental infantil, dificultades internalizantes, dificultades externalizantes y dificultades de atención

Abstract

Early identification of children who may have a mental health problem is essential to implement preventive and treatment actions. In order to do this, it is necessary to have valid instruments adapted to the characteristics of the population and the contexts in which they are applied. Accordingly, the aim of this study was to validate the Pediatric Symptom Checklist (PSC-17) in Chilean first grade elementary school students. A random sample of 5177 students participating in a national school mental health program was used. The children were evaluated by their parents or caregivers and their teachers. Results of a Confirmatory Factor Analysis showed a three-factor structure composed of: internalizing, externalizing and attention difficulties. These findings are consistent with what has been reported in the literature, transforming the PSC-17 into a good screening tool for use in schools and health centers.

Keywords: pediatric symptom checklist, child mental health, internalizing difficulties, externalizing difficulties, attention difficulties

¹ Psicóloga PhD en Psicología. Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Avenida Capitán Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago, Chile. Tel.: 562297872404. Correo: loretoleivab@u.uchile.cl.

² Psicólogo Master en Psicología Comunitaria. Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Escuela de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Chile.

³ Psicólogo. Programa Habilidades para la Vida, Departamento de Salud del Estudiante, Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, Chile.

⁴ Psicóloga, Master en Psicología Clínica Infanto-Juvenil. Programa Habilidades para la Vida, Departamento de Salud del Estudiante, Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, Chile.

⁵ Psicóloga. Programa Habilidades para la Vida, Departamento de Salud del Estudiante, Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, Chile.

Introducción

A pesar de que aproximadamente un 20% de los niños en edad escolar presentan problemas emocionales y de conducta, son pocos quienes reciben la atención profesional que necesitan (Belfer, 2008; De la Barra, Vicente, Saldivia, & Melipillán, 2012). Sin embargo, aquellos que la obtienen, por lo general lo hacen a través de los servicios y apoyos que brinda la escuela (Burns et al., 1995; Nastasi, 2000; Vicente et al., 2012). Por esta razón, muchas de ellas han asumido el desafío de abordar la salud mental de sus estudiantes, articulándose con los centros de salud (Atkins, Hoagwood, Kutash, & Seidman, 2010; Hoover, Weist, Kataoka, Adelsheim, & Mills, 2007), a través de sistemas de cuidado continuo que le otorgan un rol protagónico en la prevención y detección de problemas de salud mental (Weisz, Sandler, Durlak, & Anton, 2005).

No obstante, el poder intervenir tempranamente y de manera preventiva, requiere identificar precozmente a quienes en un futuro podrían presentar algún tipo de trastorno. Esto impone la necesidad de contar con instrumentos de detección o screening adecuados y validados en la población que se espera intervenir.

La importancia de la detección se destaca tanto como facilitador del diagnóstico precoz de problemas de salud mental, así como una estrategia relevante para apoyar la intervención preventiva o de atención en centros de salud especializados (Gall, Pagano, Desmond, Perrin, & Murphy, 2000). En el caso específico de la escuela, utilizar este tipo de instrumentos permite no sólo mejorar las derivaciones mediante el uso de fichas e informes sustentados en información confiable y válida de los estudiantes (Dowdy, Ritchey, & Kamphaus, 2010), sino también diseñar e implementar programas preventivos eficaces, con el fin de favorecer la adaptación social de los niños y niñas tanto dentro de las escuelas como fuera de ellas (Cuello & Oros, 2013)

La importancia de la detección mediante el uso de instrumentos se destaca tanto como facilitador del diagnóstico precoz de problemas de salud mental, así como una estrategia relevante para identificar fortalezas y deficiencias psicológicas en el período de la niñez; lo cual

deriva en una mejor capacidad de decisión al momento de llevar a cabo programas o estrategias de intervención (Oros, 2017).

En los países de habla inglesa se ha realizado un importante progreso en el desarrollo de estos test, situación contraria a lo que ocurre en Iberoamérica donde aún falta desarrollo y donde los instrumentos que están disponibles ya sea son muy extensos para ser aplicados en niños y niñas en contextos escolares o bien presentan controversias respecto a su validez transcultural.

Uno de los instrumentos más utilizados a nivel internacional dada su gran capacidad para detectar – tanto en las escuelas, como en los centros de salud (Stiffler & Dever, 2015) – a aquellos niños que requieren de atención clínica especializada es el Cuestionario Pediátrico de Síntomas (PSC – por sus siglas en inglés – Pediatric Symptom Checklist) (Anderson et al., 1999; Gall et al., 2000; Jellinek, Murphy, & Burns, 1986; Reijneveld, Vogels, Hoekstra, & Crone, 2006). En Hispanoamérica existen instrumentos tales como el Screening de problemas emocionales y de conducta infantil (SPECI) (Garaigordobil & Maganto, 2014; Maganto & Garaigordobil, 2010) que otorgan información acerca de problemas internalizantes y externalizantes; no obstante, el PSC es un instrumento utilizado ampliamente en el mundo, lo cual posibilita la realización de estudios comparados, además de su utilización tanto en el ámbito escolar como en los servicios de salud.

El PSC es un cuestionario de 35 ítems contestado por los padres, que permite detectar dificultades emocionales y de conducta en niños de edad escolar (Jellinek et al., 1999; Jellinek, Murphy, & Burns, 1986), ha sido adaptado a diferentes culturas y poblaciones (Gall, Pagano, Desmond, Perrin, & Murphy, 2000; George et al., 1994; Pagano, Cassidy, Little, Murphy, & Jellinek, 2000), mostrando adecuados indicadores de confiabilidad, validez y sensibilidad en todas ellas (Jellinek, Murphy, Little, Pagano, Comer, & Kelleher, 1999; Murphy, Jellinek, & Milinsky, 1989). Con el fin de facilitar su administración se ha desarrollado una versión abreviada del PSC, denominada PSC-17 (Gardner et al., 1999) que permite agilizar la detección de casos que requieren de atención especializada, sin perder la robustez de sus propiedades psicométricas

(Gardner, Lucas, Kolko, & Campo, 2007; Wren, Scholle, Heo, & Comer, 2003).

El PSC-17 derivó del PSC de 35 ítems, a través de análisis exploratorios conducidos a muestras nacionales en Estados Unidos, que sugirieron que era posible reducir el instrumento a sólo 17 ítems que daban cuenta de 3 factores: problemas internalizantes, externalizantes y de atención (Gardner et al., 1999). Hasta la fecha diversos estudios han replicado esta estructura a través de Análisis factorial confirmatorio (Blucker, Jackson, Gillasp, Hale, & Wolraich, 2014; Murphy et al., 2016; Stoppelbein, Greening, Moll, Jordan, & Suozzi, 2012), lo que aún no se realiza en muestras iberoamericanas.

La estructura de tres factores del PSC-17 aporta evidencias a las taxonomías empíricas de trastornos mentales inauguradas por Achenbach (Achenbach & Edelbrock, 1978), que rescatan la importancia de diferenciar entre aquellos problemas de ajuste ambiental que se manifiestan en dificultades internas como la inhibición, la inquietud, la evitación y la timidez que pueden ser antesala de trastornos del estado del ánimo y de ansiedad; de aquellos que se manifiestan en dificultades de control conductual, como la agresión, la impulsividad, el negativismo desafiante, la hiperactividad que pueden ser predictores de trastornos conductuales u otro tipo de problema psiquiátrico (Liu, 2004).

Esta distinción cobra especial relevancia en el campo de la salud mental en escuelas, pues gran parte de los dificultades que se abordan en este contexto tienen que ver con problemas de ajuste escolar que puede manifestarse tanto a través de conductas internalizantes o externalizantes, que requieren ser evaluadas para diferenciar si se trata sólo de un estado esporádico en los niños, de un factor de riesgo dada su intensidad o de indicadores tempranos del desarrollo de un trastorno de salud mental que requieren ser abordados a través de un diagnóstico y atención especializada (Kutcher, Wei, & Weist, 2015).

Además permitiría evaluar si estas dificultades son características o no de algún sexo, tal como ha sido reportado en la literatura referida a las conductas internalizantes y externalizantes. Esta señala que serían los niños quienes presentarían un mayor número de conductas externalizantes, mientras que las niñas se

caracterizarían por presentar conductas de tipo internalizantes (De la Barra et al., 2012; Leiva & Rojas-Andrade, en prensa; Maganto & Garaigordobil, 2010).

El propósito de esta investigación fue validar la versión de 17 ítems del PSC como un test de screening para dificultades emocionales y de conducta en niños de primer grado de enseñanza básica, población que está expuesta a un importante punto de inflexión en su desarrollo dado por las demandas de habilidades emocionales y de comportamiento que se requieren para adaptarse al contexto escolar (Kellam et al., 2011). Esta validación incluyó como variable externa, la valoración de las dificultades de adaptación escolar por parte del profesor, asumiendo que aquellos estudiantes que presentan problemas en el contexto escolar y en el contexto familiar, son los que necesitarían mayor apoyo especializado.

Los resultados de esta investigación permitirán contribuir a la práctica cotidiana de la utilización de instrumentos psicométricos en contextos escolares y colaborar a la producción de instrumentos sólidamente validados para la detección de problemas emocionales y de comportamiento.

Método

Participantes

Se seleccionó una muestra aleatoria del 10% ($N=5177$) de estudiantes de primer grado de enseñanza básica participantes de un programa chileno de salud mental escolar de alcance nacional, cuyos padres (o cuidadores familiares) y profesores completaron en su totalidad los instrumentos de evaluación de problemas emocionales y de comportamiento. El 50.5% ($n=2612$) de los estudiantes evaluados fueron hombres y el promedio de edad del total de la muestra fue 6.51 ($DT=.563$).

Instrumentos

Pediatric Symptom Checklist (PSC-33).

El PSC-33 es la versión chilena del PSC-35 adaptada y validada en la década de los 90' (George et al., 1994). Se trata de un cuestionario compuesto por 33 ítems que evalúan la frecuencia

Tabla 1. Relación de ítems entre la versión original y chilena del PSC

ítems	Versión original PSC-17	Versión chilena PSC-17
1	Fidget	Es inquieto
2	feel sad	Se siente triste
3	Daydream to much	Sueña despierto/está en su propio mundo
4	Refuse to share	Es egoísta
5	Not understand other's feeling	Comprende los sentimientos de los demás*
6	feel hopeless	Se siente pesimista/piensa que las cosas son difíciles y le van a salir mal
7	Trouble concentrating	Le cuesta concentrarse
8	fight with others	Pelea con otros(as) compañeros(as)
9	feel down on self	Se siente poca cosa
10	Blame others	Culpa a los demás de sus problemas
11	seem to have less fun	Se aburre
12	Not listen to rules	Ignora las órdenes que le dan
13	Act as if driven by motor	Le cuesta estar tranquilo
14	Tease others	Molesta a los demás
15	worry a lot	Se queja de malestares y dolores**
16	Steal things	Toma cosas ajenas
17	Easily distracted	Se distrae fácilmente

Nota. *Ítems inverso. **Ítems de reemplazo en la versión chilena

en que los padres y/o cuidadores observan un listado de comportamientos problemáticos en sus hijos (e.g., el niño tiende a aislarse o estar solo; es inquieto; es irritable y enojón) en una escala Likert de 3 puntos (1=nunca; 2=a veces; 3=muy seguido). El PSC-33 posee una estructura unidimensional y para calcular la puntuación total del instrumento se suman las respuestas a cada ítem.

Las investigaciones nacionales han mostrado que posee adecuadas propiedades psicométricas (George et al., 1994), por lo que este instrumento se utiliza dentro de la batería de screening en programas públicos en el contexto escolar y de salud.

Para esta investigación sólo se consideraron los 17 ítems seleccionados para la versión PSC-17 (Gardner et al., 1999). Debido a que en la versión chilena del PSC, se eliminaron 2 ítems, se tuvo que reemplazar uno de los ítems originales del PSC-17 por otro que fuera una muestra equivalente del factor de dificultades internalizantes al que pertenecía el ítem eliminado (Ver Tabla1).

Teacher Observation of Classroom Adaptation-Revised-versión chilena (TOCA-RR).

El TOCA-RR es la versión chilena del TOCA (George, Squicciarini, Zapata, & Hartley, 2004). Es una entrevista estructurada realizada a profesores para medir desadaptación escolar en la sala de clases y está compuesta por 31 ítems evaluados en una escala tipo Likert de seis puntos (1=casi nunca; 2=rara vez, 3=a veces;

4=frecuentemente, 5=muy frecuentemente; 6=casi siempre). El TOCA-RR mide comportamientos escolares desadaptativos en cuatro dominios: 1) Dificultades de comportamiento (p.e., daña a otros, inicia peleas con los demás); 2) Dificultades de aprendizaje (p.e., completa las tareas, trabaja bien solo); 3) Dificultades sociales (p.e., es sociable, es amistoso), 4) Dificultades de autonomía (p.e., se aferra al profesor, busca demasiada atención de los compañeros). El cálculo de las dimensiones se realiza a través de la suma de los ítems luego de invertir los valores de aquellos que están redactados en dirección contraria (Werthamer-Larsson, Kellam, & Wheeler, 1991).

Las evaluaciones del TOCA-RR han mostrado que el instrumento posee adecuadas propiedades psicométricas (George et al., 2004) al igual que otras versiones del TOCA (Koth, Bradshaw, & Leaf, 2009; Kourkounasiou & Skordilis, 2014).

Procedimientos

Los datos fueron obtenidos del proceso de detección de estudiantes en riesgo psicosocial realizado por el programa chileno de salud mental escolar denominado Habilidades para la Vida. Luego de obtener los consentimientos de los informantes adultos y el asentimiento de los estudiantes, un equipo, compuesto en su mayoría por psicólogos entrenados, administró los instrumentos tanto a los profesores jefes de cada estudiante como a sus padres y/o cuidadores.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos y correlaciones policóricas

Ítems	Media	D.S	Asi.	Curt.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
1	2.12	.637	-.108	-.583																	
2	1.58	.554	.250	-.923	.189																
3	1.65	.652	.498	-.706	.249	.245															
4	1.39	.529	.834	-.461	.258	.236	.146														
5	1.49	.577	.687	-.519	.095	.120	-.012	.143													
6	1.77	.611	.170	-.543	.246	.428	.231	.234	.145												
7	2.00	.640	-.002	-.559	.528	.242	.278	.233	.147	.447											
8	1.55	.557	.365	-.885	.441	.287	.140	.457	.175	.247	.335										
9	1.15	.381	2.299	4.421	.186	.515	.242	.268	.236	.551	.324	.285									
10	1.51	.591	.668	-.517	.375	.296	.193	.426	.193	.328	.364	.463	.388								
11	2.03	.584	-.003	-.074	.323	.332	.254	.273	.051	.371	.381	.285	.326	.322							
12	1.83	.602	.093	-.408	.520	.241	.213	.380	.239	.350	.500	.420	.324	.485	.371						
13	1.99	.675	.006	-.801	.814	.178	.232	.240	.140	.274	.523	.416	.222	.377	.330	.525					
14	1.63	.603	.377	-.672	.522	.251	.161	.374	.152	.252	.406	.646	.276	.571	.313	.505	.506				
15	1.68	.542	-.033	-.703	.106	.355	.189	.159	.021	.271	.184	.176	.262	.191	.243	.178	.150	.149			
16	1.19	.410	1.856	2.263	.318	.222	.148	.402	.230	.216	.304	.454	.307	.461	.161	.413	.317	.476	.127		
17	2.19	.608	-.124	-.475	.577	.269	.338	.226	.112	.427	.794	.314	.289	.341	.385	.479	.542	.387	.209	.296	

Los datos utilizados para este estudio fueron obtenidos mediante un acuerdo de colaboración académico-institucional en el contexto de asesorías metodológicas brindadas al programa por el equipo de investigación.

Análisis de datos

No se realizó un proceso de imputación, pues se tomó una muestra de una población de datos completos. El análisis preparatorio de los datos, el cálculo de los estadísticos descriptivos, la estimación de la consistencia interna y las asociaciones con variable externas se realizaron con el programa SPSS 23, mientras que la estructura interna se analizó con el programa Mplus 7.

Para el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) asumiendo la naturaleza ordinal de las variables se utilizó el método de estimación de los mínimos cuadrados robustos (WLSMV, por sus siglas en inglés). Se tomaron en cuenta como indicadores de ajuste recomendados por Bandalos y Finney (2010), es decir, χ^2/gl , CFI (índice de ajuste comparado), TLI (índice de Tucker-Lewis) y RMSEA (Error de aproximación cuadrático medio). A pesar de la gran utilización del SRMR (Raíz cuadrada de los residuos estandarizada), para este caso no fue calculado debido a la utilización de datos categóricos. El CFI y el TLI son medidas de ajuste incremental y valores cercanos a uno se consideran indicativos de buen ajuste. El RMSEA es una medida de parsimonia en ambos casos valores menores .8 son considerados indicativos de buen ajuste (Bandalos & Finney, 2010).

Resultados

Análisis de ítems

Primeramente se revisaron los casos atípicos a través de la *Distancia de mahalanobis* (DM) y la forma de distribución de los ítems. Se consideró como atípico, casos con DM que presentaran probabilidades menores al .001 (Tabachnick & Fidell, 2007). A través de este procedimiento se eliminó el 2.1% de los casos, quedando la muestra conformada por 5069 sujetos. Por su parte, no se cumplió la normalidad multivariable, puesto que la mayoría de los ítems presentan valores destacados de asimetría y curtosis, a excepción del ítem 11 (se aburre). La matriz de correlaciones policóricas muestra que existe una fuerte asociación entre aquellos ítems que pertenecen a un mismo factor (Ver Tabla 2).

Validez de Constructo

Mediante los índices de ajuste se compararon dos modelos. El primero, restrictivo de un solo factor y el segundo, de tres factores, propuesto por el autor del instrumento (Gardner et al., 1999). Como se observa en la tabla 3, el modelo que mejor se ajusta a los datos observados es el de tres factores, la mayoría de las cargas factoriales estandarizadas son adecuadas entre .422 y .859 con errores estándar de valor máximo .020, a excepción del ítem 5 (comprende los sentimientos de los demás) cuya carga factorial fue .243. Cabe destacar que el ítem 15, reemplazado de la versión original (tiene malestares y dolores) presentó una carga factorial moderada .422 con el factor de problemas internalizantes (ver Figura 1).

Tabla 3. Ajustes de los modelos de medida analizados

Modelo	χ^2	gl	CFI	TLI	RMSEA
M1= Modelo Unifactorial	3693.533	116	.934	.923	.077
M2= Modelo de 3 factores	7239.624	119	.869	.850	.108

Nota. gl=grados de libertad; CFI=índice de ajuste comparativo; TLI=índice de ajuste de Tucker-Lewis; RMSEA=error de aproximación cuadrático medio. El valor del índice χ^2 que se presenta en la tabla es estadísticamente significativos con $p < .001$

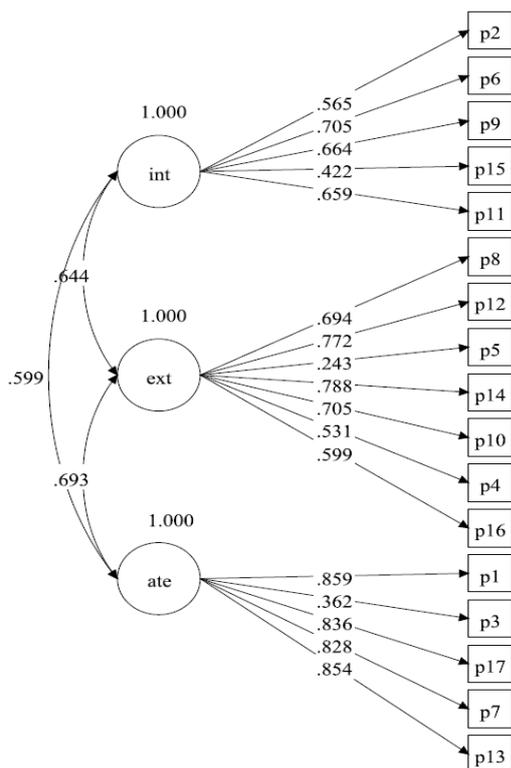


Figura 1. Cargas factoriales estandarizadas del AFC de tres factores. Todas las cargas son estadísticamente significativas al $p < .05$; int=Dificultades internalizantes; ext= Dificultades externalizantes; ate=Dificultades de atención

Confiabilidad

La escala de dificultades externalizantes mostró una consistencia interna de .720, con una media de correlación inter-ítems de .270 en un rango de .096 y .500. El ítem que menor correlación mostró con el resto fue el 5 (no comprende los sentimientos de los demás), pero al eliminarlo el valor alfa no se eleva de manera importante (.740). La escala de dificultades internalizantes mostró una consistencia interna de .762, con una media de correlación inter-ítems de .393 en un rango de .182 y .691. La escala de dificultades de atención mostró un valor alfa de .611 con un promedio de correlación inter-ítems de .244 en un rango de .146 y .328, el que puede considerarse como insuficiente dada la pretensión de clasificación y screening que persigue este instrumento (Carretero-Dios & Pérez, 2007).

Validez convergente

Las correlaciones de las puntuaciones del PSC-17 con los factores del TOCA-RR se muestran en la tabla 4. En ella se observa que los tres factores del PSC-17 se correlacionan de forma moderada entre sí, siendo las dificultades de atención y externalizantes las que más se asocian. Las correlaciones entre los factores asociados a las dificultades internalizantes, externalizantes y de atención con las dificultades de adaptación escolar reportadas por el profesor, son todas positivas y significativas; no obstante, su magnitud se encuentra en rango entre .56 y .117, el que, si bien es bajo, permite evidenciar cierta estabilidad de los problemas emocionales y conductuales en la escuela y en el hogar, especialmente al considerar que son medidas de dos informantes distintos.

Tabla 4. Correlaciones y descriptivos entre las puntuaciones del PSC-17 aplicado a padres y cuidadores y los factores de la entrevista estructurada TOCA-RR aplicada a profesores

		M	DT	1	2	3	4	5	6
1	inter	8.246	1.725						
2	ext	10.658	2.431	.423**					
3	ate	9.976	2.301	.430**	.510**				
4	dco	26.862	14.095	.106**	.112**	.097**			
5	dap	25.308	11.679	.103**	.117**	.101**	.478**		
6	dso	13.027	6.206	.056**	.083**	.060**	.280**	.556**	
7	dau	15.611	6.197	.055**	.052**	.043**	.508**	.322**	.064**

Nota. D.S=Desviación estándar. Inter=Dificultades Internalizantes; ext=Dificultades Externalizantes; ate=Dificultades de Atención; dco; Dificultades escolares Conductuales; dificultades escolares de aprendizaje; dso=Dificultades sociales en la escuela; dau=dificultades de autonomía en la escuela.

Tabla 5. Descriptivos de las dimensiones del PSC-17 por sexo

	Dificultades externalizantes*		Dificultades de atención*		Dificultades internalizantes	
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Sexo						
Hombres	10.953	2.501	10.367	2.285	8.261	1.725
Mujeres	10.358	2.321	9.579	2.248	8.231	1.725

* $p < 0.05$ ANOVA

Respecto al sexo, se observa que no existen diferencias significativas entre hombre y mujeres en dificultades internalizantes ($F(1, 5175)=.379$; $p > .05$), mientras que para las dificultades externalizantes ($F(1, 5175)=78.668$; $p < .01$) y de atención ($F(1, 5175)=156.279$; $p < .01$) los hombres muestran medias significativamente más altas que las mujeres (Ver Tabla 5).

Discusiones

Este estudio buscó validar psicométricamente el cuestionario PSC-17 en una muestra de participantes de un programa nacional de salud mental escolar, que permitió una amplia cobertura y representación de la población nacional de niños y niñas que cursaban el primer grado de enseñanza básica.

El AFC confirmó la dimensionalidad de tres factores del PSC-17: dificultades internalizantes, dificultades externalizantes y dificultades de atención. Los indicadores de ajustes mostraron que el instrumento mantiene una estructura equivalente a las establecidas en la versión original del PSC-17 (Gardner et al., 1999; Murphy et al., 2016) a pesar del reemplazo del ítem eliminado en la adaptación chilena del PSC (George et al., 1994).

Este hallazgo aporta evidencias en torno a la configuración empírica de los problemas de salud mental en tres conjuntos de comportamientos claves asociados a tensiones adaptativas internas, externas y mixtas (i.e., atencionales/hiperactividad). Esto es relevante en el campo de la salud mental escolar, pues un estudiante podría no tener los suficientes recursos psicológicos para enfrentar las exigencias del medio, manifestando comportamientos en alguno de estos ámbitos, los cuales, sin la debida atención especializada, podrían ser la antesala de un problema de salud mental (Kellam et al., 2014).

En este sentido, de acuerdo a las correlaciones encontradas entre las puntuaciones otorgadas por profesores, padres y cuidadores, es posible señalar que las dificultades presentadas en el contexto escolar y en el hogar, muestran una cierta estabilidad en el sentido que aquellos niños que tienen dificultades para adaptarse al medio escolar tendrían una menor probabilidad de ajustarse a las exigencias de otros medios sociales o viceversa, lo que en términos de respuestas escolares podría reflejarse en dificultades para aprender o para ajustarse a las normas de conducta que rigen el aula.

Futuras investigaciones deberían explorar esta relación con medidas clínicas derivadas de entrevistas clínicas psiquiátricas (Vicente et al., 2012), relacionando los problemas de salud mental con mediciones de desempeño escolar. Al respecto, si bien existe cierta evidencia de que los problemas de salud mental influyen en las bajas calificaciones obtenidas por los estudiantes (Guzman et al., 2011), esta relación aún es controversial (Suldo, Gormley, DuPaul, & Anderson-Butcher, 2014), por lo que debe seguir siendo estudiada, de modo de asegurar que las escuelas se comprometan activamente en sistemas extendidos de salud mental que permitan tanto a los servicios educacionales y de salud cumplir sinérgicamente sus metas (Atkins et al., 2010). Respecto a la confiabilidad, el factor de dificultades internalizantes mostró una consistencia inadecuada para los estándares aplicados a los instrumentos de screening; sin embargo, este resultado es coherente con las validaciones anteriores, que señalan que esta escala posee menos fiabilidad que las demás (Murphy et al., 2016), debido tal vez, a que valora problemas de ajuste interno que pueden dificultar su detección. Otra explicación para este resultado es que en esta escala fue donde se generó el reemplazo del ítem original por otro equivalente

presente en la versión chilena; no obstante, hay que considerar que una de las razones por las que ítem original fue eliminado fue la ambigua interpretación cultural en el país de “se preocupa mucho” (worry a lot). En el futuro se debería indagar en los procesos de adaptación lingüística del instrumento a fin de precisar las significaciones culturales asignadas a ciertas conductas identificadas como claves en la detección de problemas emocionales y de comportamiento.

La diferencia entre las puntuaciones de los factores del PSC-17 según género es un resultado inesperado, pues consistentemente la literatura ha mostrado que son las niñas las que presentan mayores dificultades internalizantes (De la Barra et al., 2012; Leiva & Rojas-Andrade, en prensa). Próximas investigaciones deberían analizar con mayor profundidad la prevalencia de este tipo de problemas en niños en edad escolar, por el elevado riesgo de desarrollar problemas graves como la depresión y el suicidio en etapas adolescentes, que en el país aparecen actualmente como una de las mayores preocupaciones públicas (Ventura-Juncá et al., 2010).

Los resultados obtenidos en este estudio confirman que el PSC-17 es una buena herramienta para ser utilizada por especialistas en las primeras atenciones a fin de detectar a quienes requerirían de más ayuda ya sea en términos globales o bien especificando el área de atención, facilitando la identificación temprana de los principales factores de riesgo que afectarían la salud mental futura. Dado lo señalado, el PSC-17, es una opción adecuada si lo que se busca es contar con un screening de banda ancha, válido y de rápida administración en servicios públicos. Identificar tempranamente a aquellos niños y niñas que se encuentran en situación de riesgo, permite implementar estrategias preventivas pertinentes que permiten disminuir la probabilidad de que los niños y niñas presenten en el futuro trastornos psicológicos y conductuales.

Referencias

- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 85(6), 1275-1301. doi.org/10.1037/0033-2909.85.6.1275
- Anderson, D. L., E. G. Spratt, M. M. Macias, M. S. Jellinek, J. M. Murphy, M. Pagano, D. A. Griesemer, K. R. Holden, & E. Barbosa (1999). Use of the pediatric symptom checklist in the pediatric neurology population. *Pediatric Neurology*, 20(2), 116-20.
- Atkins, M. S., Hoagwood, K. E., Kutash, K., & Seidman, E. (2010). Toward the integration of education and mental health in schools. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 37(1-2), 40-47. doi.org/10.1007/s10488-010-0299-7
- Bandalos, D., & Finney, S. (2010). Factor Analysis. Exploratory and confirmatory. In G. Hancock & R. Mueller (Eds.), *The reviewer's guide to quantitative methods in the social sciences* (First Edit, pp. 93-114). New York, United State: Routledge.
- Belfer, M. L. (2008). Child and adolescent mental disorders: The magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 49(3), 226-236. doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01855.x
- Blucker, R. T., Jackson, D., Gillasp, J., Hale, J., & Wolraich, M. (2014). Pediatric behavioral health screening in primary care: A preliminary analysis of the pediatric symptom checklist-17 with functional impairment items. *Clinical Pediatrics*. doi.org/10.1177/0009922814527498
- Burns, B. J., Costello, E. J., Angold, a., Tweed, D., Stangl, D., Farmer, E. M., & Erkanli, a. (1995). Children's mental health service use across service sectors. *Health Affairs*, 14, 147-159. doi.org/10.1377/hlthaff.14.3.147
- Carretero-Dios, H., & Pérez, C. (2007). Standards for the development and review of instrumental studies: Considerations about test selection in psychology research. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 863-882.
- Cuello, M. & Oros, L. (2013). Adaptación de una escala de agresividad física, verbal y relacional para niños argentinos de 9 a 13 años. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 209-

- 229.
- De la Barra, F., Vicente, B., Saldivia, S., & Melipillán, R. (2012). Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. *Revista Medica Clínica Las Condes*, 23(5), 521-529. doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70346-2
- Dowdy, E., Ritchey, K., & Kamphaus, R. W. (2010). School-based screening: A population-based approach to inform and monitor children's mental health needs. *School Mental Health*, 1-11. doi.org/10.1007/s12310-010-9036-3
- Gall, G., Pagano, M. E., Desmond, M. S., Perrin, J. M., & Murphy, J. M. (2000). Utility of psychosocial screening at a school-based health center. *The Journal of School Health*, 70(7), 292-298. doi.org/10.1111/j.1746-1561.2000.tb07254.x
- Gardner, W., Lucas, A., Kolko, D. J., & Campo, J. V. (2007). Comparison of the PSC-17 and alternative mental health screens in an at-risk primary care sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(May), 611-618. doi.org/10.1097/chi.0b013e318032384b
- Gardner, W., Murphy, M., Childs, G., Kelleher, K., Pagano, M., Jellinek, M., ... Sturner, R. (1999). The PSC-17: A brief pediatric symptom checklist with psychosocial problem subscales. A report from PROS and ASPN. *Ambulatory Child Health*. doi.org/10.1016/S0022-3476(88)80056-8
- George, M., Siraqyan, X., Morales, R., Barra De La, F., Rodríguez, J., López, C., & Toledo, V. (1994). Adaptación y validación de dos instrumentos de pesquisa de problemas de salud mental en escolares de 1° básico. *Revista de Psicología*, 5, Pág, 17-26. doi:10.5354/0719-0581.2012.18486
- George, M., Squicciarini, A. M., Zapata, R., & Hartley, M. (2004). Detección precoz de factores de riesgo de salud mental en escolares. *Revista de Psicología*, 13(2), 9-20.
- Guzman, M. P., Jellinek, M., George, M., Hartley, M., Squicciarini, M., Canenguez, K. M., & Kuhlthau, K. A. (2011). Mental health matters in elementary school: First-grade screening predicts fourth grade achievement test scores Maria. *European Child & Adolescent Psychiatric*, (JUNE). doi.org/10.1007/s00787-011-0191-3
- Hoover, S., Weist, M., Kataoka, S., Adelsheim, S., & Mills, C. (2007). Transformation of children's mental health services: The role of school mental health. *Psychiatric Services*, 58(10), 1330-1338. doi.org/10.1017/CBO9781107284241
- Jellinek, M. S., Murphy, J. M., & Burns, B. J. (1986). Brief psychosocial screening in outpatient pediatric practice. *The Journal of Pediatrics*, 109(2), 371-378. doi.org/10.1016/S0022-3476(86)80408-5
- Jellinek, M. S., Murphy, J. M., Little, M., Pagano, M. E., Comer, D. M., & 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.
- Kellam, S. G., Mackenzie, A. C. L., Brown, C. H., Poduska, J. M., Wang, W., Petras, H., & Wilcox, H. C. (2011). The good behavior game and the future of prevention and treatment. *Addiction Science & Clinical Practice*, 6(1), 73-84.
- Kellam, S. G., Wang, W., Mackenzie, A. C. L., Brown, C. H., Ompad, D. C., Or, F., ... Windham, A. (2014). The impact of the good behavior game, a universal classroom-based preventive intervention in first and second grades, on high-risk sexual behaviors and drug abuse and dependence disorders into young adulthood. *Prevention Science*, 15(1), 6-18. doi.org/10.1007/s11121-012-0296-z
- Koth, C. W., Bradshaw, C. P., & Leaf, P. J. (2009). Teacher observation of classroom adaptation-checklist: Development and factor structure. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 42(1), 15-30. doi.org/10.1177/0748175609333560
- Kourkounasiou, M. A., & Skordilis, E. K. (2014). Validity and reliability evidence of the TOCA-C in a sample of Greek students. *Psychological Reports*, 115(3), 766-783. doi.org/10.2466/08.11.PR0.115c31z5
- Kutcher, S., Wei, Y., & Weist, M. (2015). *School Mental Health. Global Challenge and opportunities* (Cambridge). Cambridge.
- Leiva, L., & Rojas-Andrade, R. (en prensa).

- Validación de la escala de problemas emocionales y del comportamiento YSR/11-18 en una muestra de adolescentes chilenos. *Terapia Psicológica*.
- Liu, J. (2004). Childhood externalizing behavior: Theory and implications. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 17(3), 93-103. doi.org/10.1111/j.1744-6171.2004.tb00003.x
- Garaigordobil, M., & Maganto, C. (2014). SPECI. Screening de problemas emocionales y de conducta infantil: Descripción y datos psicométricos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4 (1), 319-328. doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v4.618
- Maganto, C., & Garaigordobil, M. (2010). Estudio psicométrico del screening de Problemas de Conducta Infantil SPCI. *Psicothema*, 22 (2), 316-322.
- Murphy, J. M., Bergmann, P., Chiang, C., Sturmer, R., Howard, B., Abel, M. R., & Jellinek, M. (2016). The PSC-17: Subscale Scores, Reliability, and Factor Structure in a New National Sample. *Pediatrics*, 138(3), e20160038–e20160038. doi.org/10.1542/peds.2016-0038
- Murphy, J. M., Jellinek, M., & Milinsky, S. (1989). The pediatric symptom checklist: Validation in the real world of middle school. *Journal of Pediatric Psychology*, 14(4), 629-639. doi.org/10.1093/jpepsy/14.4.629
- Nastasi, B. K. (2000). School psychologists as health-care providers in the 21st century: Conceptual framework, professional identity, and professional practice. *School Psychology Review*, 29(4), 540.
- Oros, L. (2017). Valores normativos de la Escala Multidimensional de Autoeficacia Infantil para Población Argentina. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 44 (2), 172-181. doi.org/10.21865/RIDEP44.2.14
- Pagano, M. E., Cassidy, L. J., Little, M., Murphy, J. M., & Jellinek, M. S. (2000). Identifying psychosocial dysfunction in school-age children: The Pediatric Symptom Checklist as a self-report method. *Psychology in the Schools*, 37(2), 91-106. doi.org/10.1002/(SICI)1520-6807(200003)37:2<91::AID-PITS1>3.0.CO;2-3
- Reijneveld, S. A., Vogels, A. G., Hoekstra, F., & Crone, M. R. (2006). Use of the Pediatric Symptom Checklist for the detection of psychosocial problems in preventive child healthcare. *BMC Public Health*, 6, 197-204.
- Stiffler, M., & Dever, B. (2015). *Mental Health Screening at School. Instrument, implementation and critical issues*. New York, United State: Springer US.
- Stoppelbein, L., Greening, L., Moll, G., Jordan, S., & Suozzi, A. (2012). Factor analyses of the pediatric symptom checklist-17 with African-American and caucasian pediatric populations. *Journal of Pediatric Psychology*, 37(3), 348-357. doi.org/10.1093/jpepsy/jsr103
- Suldo, S. M., Gormley, M. J., DuPaul, G. J., & Anderson-Butcher, D. (2014). The impact of school mental health on student and school-level academic outcomes: Current status of the research and future directions. *School Mental Health*, 6(2), 84-98. doi.org/10.1007/s12310-013-9116-2
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). Multivariate analysis of variance and covariance. *Using Multivariate Statistics*, 3, 402-407.
- Ventura-Juncá, R., Carvajal, C., Undurraga, S., Vicuña, P., Egaña, J., & Garib, M. J. (2010). Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. *Revista médica de Chile*, 138 (3), 309-315. doi.org/10.4067/S0034-98872010000300008
- Vicente, B., Saldivia, S., De la Barra, F., Melipillán, R., Valdivia, M., & Kohn, R. (2012). Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Revista Médica de Chile*, 140, 447-457. doi.org/10.4067/S0034-98872012000400005
- Weisz, J. R., Sandler, I. N., Durlak, J., & Anton, B. S. (2005). Promoting and protecting youth mental health through evidence-based prevention and treatment. *American Psychologist*, 60(6), 628-648. doi.org/10.1037/0003-066X.60.6.628
- Werthamer-Larsson, L., Kellam, S., & Wheeler, L. (1991). Effect of first-grade classroom environment on shy behavior, aggressive

behavior, and concentration problems.

American Journal of Community Psychology,
19(4), 585-602. doi.org/10.1007/BF00937993

Wren, F. J., Scholle, S. H., Heo, J., & Comer, D.
M. (2003). Pediatric mood and anxiety
syndromes in primary care: Who gets
identified? *International Journal of
Psychiatry in Medicine*, 33(1), 1-16.
doi.org/10.2190/UT6D-RDFG-LBT7-G39N