

Características epidemiológicas de la salud mental de los niños montevideanos*

Trabajos originales

Resumen

La planificación en salud mental infantil necesita del aporte epidemiológico que dé cuenta de la situación actual y que permita a su vez, evaluar el impacto de las acciones a desarrollar. En una muestra representativa de niños montevideanos (n 513), usando como instrumento el Children Behavior Check List (CBCL), se encuentra una media de problemas totales de 31,8 y una prevalencia de problemas emocionales y conductuales diagnosticables de 20,1%.

Palabras clave

CBCL
Epidemiología
Psiquiatría pediátrica
Salud Mental
Uruguay

Abstract

Planning in child and adolescent mental health summons an epidemiologic contribution that should account for the present status, enabling, likewise, the assessment of the impact of the actions that are undertaken. Considering a representative sample of children from Montevideo (n=513), and using the Children Behavior Check List (CBCL) as an instrument, a Mean of Total Problems of 31,8 was found, as well as a prevalence of diagnosable emotional and behavioral problems of 20,1%.

Key words

CBCL
Epidemiology
Pediatric Psychiatry
Mental Health
Uruguay

Introducción

El objetivo del presente artículo es describir el estado de la salud mental de los niños montevideanos a punto de partida de una investigación epidemiológica nacional¹ realizada en el año 2006 por la Clínica de Psiquiatría Pediátrica, con el fin de aportar insumos para el desarrollo de planes en salud mental infantil. El establecimiento de una política en Salud Mental Infantil requiere del conocimiento

de la prevalencia de los problemas mentales, “componente esencial de cualquier política pública para proveer servicios de salud”². A su vez, es una necesidad contar con información coherente, continua y comparable, para poder detectar insuficiencias, proponer acciones y evaluar resultados³. En nuestro país no contamos con estudios epidemiológicos nacionales, lo cual resulta ser un obstáculo a la hora de intentar planificar políticas y organizar servicios.

Autoras

Laura Viola

Prof. Titular de Clínica de Psiquiatría Pediátrica, Centro Hospitalario Pereira Rossell, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay.

Gabriela Garrido

Prof. Agda. de Clínica de Psiquiatría Pediátrica, Centro Hospitalario Pereira Rossell. Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay.

Alicia Varela

Asistente de Métodos Cuantitativos, Facultad de Medicina. Universidad de la República, Uruguay.

Correspondencia:
Dra. Laura Viola
violalaura@gmail.com

* Estos datos corresponden a aspectos parciales de una Investigación realizada por el Equipo de Evaluación de Instrumentos en Psiquiatría Pediátrica de la Clínica de Psiquiatría Pediátrica y el Departamento de Métodos Cuantitativos, Facultad de Medicina, UDELAR, integrado por Viola L, Garrido G, Varela A, Gotta I, Camiruaga A, Roca G, Sadovnick S, Resquin S, Quintán M.

Parte de este artículo fue presentado en la Academia Nacional de Medicina en Jornada de Homenaje al Prof. Dr. Luis Enrique Prego Silva, 2006.

Infancia y Salud Mental en el Uruguay

La situación de la infancia en Uruguay se enmarca en la realidad social, política y económica que transitan el país y la región. En estas últimas décadas se han incrementado aquellos factores que exponen a los niños a la adversidad, como la situación de calle, el trabajo infantil y la limitación de sus derechos a la educación y a la salud.

Los fenómenos de la pobreza, el desempleo, la exclusión social, la violencia en sus distintas modalidades, al igual que las adicciones, depresión y suicidio, afectan a la totalidad de la población. Es en la población infantil y adolescente que, en forma directa o a través de los desajustes del mundo adulto, este sufrimiento se amplifica⁴.

La asociación de estos factores ambientales con la vulnerabilidad biológica del niño y adolescente, llevará, en un alto porcentaje, a trastornos mentales que limitarán su desarrollo integral saludable y determinarán consecuencias en etapas posteriores.

En el informe de Uruguay al Proyecto ATLAS, 2004⁵, en su versión para Niños y Adolescentes, se constata la ausencia de datos sobre la prevalencia de las enfermedades mentales y por ende se desconocen cuáles son las necesidades asistenciales en Salud Mental. Se evidencia también la ausencia de otros datos básicos como el número de niños y adolescentes que efectivamente reciben asistencia en esta área y la totalidad de los recursos en Salud Mental para esa franja etaria.

Simultáneamente, la Clínica de Psiquiatría Pediátrica en el 2005, en el Anexo al Informe Periódico sobre los Derechos del Niño, deja planteadas carencias y

necesidades⁶ entre las que se jerarquiza en el nivel asistencial, tanto la necesidad de profundización en el primer nivel de atención como la ausencia de Centros Especializados en el segundo nivel, de Centros de Rehabilitación y de Salas de internación para niños y adolescentes.

A estas dificultades se suma la carencia de banco de datos con registros continuos, con la consecuencia de un muy rudimentario desarrollo de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades no transmisibles y la heterogénea distribución de recursos económicos y humanos con falta de racionalización en la capacitación de los mismos.

A su vez, el país no cuenta con un apoyo sistemático para la investigación en general ni, menos aun, en epidemiología en Salud Mental Infantil.

Ubicada desde el ámbito universitario, la Clínica de Psiquiatría Pediátrica asume como necesidad y requerimiento de nuestra sociedad, la producción de insumos para elaborar planes y acciones tendientes a modificar aspectos de la realidad descrita. Se entendió prioritario el desarrollo de estudios epidemiológicos en vistas a obtener datos sobre la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la infancia, a la vez que instrumentos validados para utilizar con este objetivo.

Se opta, en consecuencia, por una escala global, la CBCL "Children Behavior Check List", pasible de ser validada⁷, para luego continuar desarrollando proyectos de validación sobre instrumentos específicos para otras patologías.

A pesar de estar bien establecidas las propiedades psicométricas de la CBCL en distintas culturas⁸⁻¹⁰, es aún necesaria su investigación cuando el instrumento es utilizado en un nuevo *setting*, por lo que las bondades de este instrumento

fueron puestas a prueba en la población uruguaya.

Datos epidemiológicos internacionales

La afección mental en la niñez es un fenómeno que preocupa y no sólo en nuestro país. De acuerdo con datos internacionales¹¹⁻¹³, se estima que los trastornos mentales afectan entre un 10 a 20% de menores de 18 años, y que más del 20% de los niños padecen, a lo largo de su vida, una enfermedad mental, de los cuales entre el 3 al 4% requerirá un tratamiento específico. Se considera, a su vez, que el 50% de las enfermedades del adulto comienza en esta franja etaria.

Estos datos impactan por su magnitud y se hace imprescindible una constatación de los mismos. Los estudios epidemiológicos en esta temática son escasos y la comparación entre ellos es dificultosa. Sin embargo, una revisión realizada por Roberts² de 52 estudios procedentes de 20 países, muestra una prevalencia media de 15,8%, con importantes variaciones de acuerdo con la franja de edades comprendidas y a la procedencia y metodología de los estudios.

Las investigaciones transculturales son un componente importante de la investigación epidemiológica en la psicopatología del niño. Más que imponer los mismos criterios nosológicos a todas las culturas, los hallazgos deben permitir una comparación entre ellas. Estos hallazgos sugieren que los ítems que reflejan competencia o problemas en una cultura no deben generalizarse en otras e iluminan la necesidad, no sólo de normas específicas para cada país¹⁴, sino la de contar con instrumentos de fácil administración e interpretación y que posean “robustez multicultural”⁸.

Datos nacionales

Se ha señalado la ausencia de datos epidemiológicos nacionales sistemáticos, continuos. Sin embargo, distintos grupos de investigadores han aportado, desde diversas disciplinas, elementos que describen la situación por la cual atraviesa la infancia en el Uruguay¹⁵⁻¹⁷.

La escasez de instrumentos validados para nuestra población se suma a la necesidad de que esos instrumentos puedan ser aplicados en forma de *screening* y que permitan una evaluación del comportamiento, las emociones y las habilidades sociales.

Metodología

La metodología de la investigación^{1,18}, tanto para la recolección de datos a nivel nacional como para la validación del instrumento a utilizar, ha sido detalladamente explicitada. En este artículo solo se hará mención a aquellos aspectos que faciliten la comprensión o lectura del mismo.

Elección de un instrumento

Se selecciona el “Children Behavior Check List” por tratarse de una escala global de medición ya validada y adaptada en diferentes países. Es un instrumento sensible, de extrema utilidad como *screening* en población general. Es, a su vez, un complemento a la entrevista clínica, ya que realiza un perfil del individuo que permite su comparación con un niño tipo y es de utilidad en el control de la evolución tanto de la población clínica como de la no clínica¹⁹.

* Muestra diseñada por la Gerencia General de Gestión y Planeamiento del CODICEN, 2005.

La CBCL es un instrumento de evaluación de aspectos del comportamiento y de la competencia social de niños y adolescentes, que valora los últimos seis meses previos a la entrevista, de acuerdo con información aportada por los padres o tutores. Consiste en dos secciones; una se relaciona con el comportamiento y la otra describe el desempeño del niño o adolescente en actividades extracurriculares, relaciones sociales y funcionamiento escolar. La evaluación de los problemas emocionales y comportamentales se realiza mediante un cuestionario cerrado de 113 ítems y opciones abiertas. Para responder existen tres posibilidades: (0) que corresponde a “no es cierto”, (1) “a veces” y (2) si es “muy frecuente”.

Se considera la suma total de los ítems (240) “problema total”, dato que es usado para la comparación entre grupos culturales^{8, 10}. De acuerdo con los resultados de varios análisis factoriales los ítems se agrupan en ocho dimensiones: aislamiento, quejas somáticas, ansiedad, depresión, problemas del pensamiento, problemas atencionales, comportamientos disociales, comportamientos agresivos. Dos sub-escalas adicionales se han obtenido mediante análisis factorial, denominadas problemas externalizados e internalizados, para cada grupo de edad y género^{19, 20}.

En la última versión de 2001²¹, se agregan escalas de orientación diagnóstica de acuerdo con el DSM-IV. Es de esta última versión que el equipo investigador posee la licencia otorgada por el autor en julio de 2005²².

Se realizó una cuidadosa traducción en acuerdo con los autores y se testeó la misma en una muestra piloto.

Muestra y aplicación

El instrumento fue aplicado a una muestra representativa* de 513 niños de 6 a 11 años, escolarizados de Montevideo, provenientes de 23 escuelas públicas y privadas. La muestra fue seleccionada de modo de asegurar una adecuada representatividad de la variabilidad de la población. El tamaño de la misma permite trabajar dentro de los márgenes de confianza (95%) y de error (3%), comúnmente aceptados en la investigación aplicada.

Se aplicó un cuestionario complementario para recabar información adicional sobre distintas variables socio-económicas, culturales y eventos vitales estresantes.

Dado que se trata de un cuestionario autoadministrado y previéndose que existe cierto número de padres que no pueden completar el llenado en forma independiente, se instrumentó un mecanismo para asistirlos¹, tomando los criterios de aplicación para situaciones especiales acordados por los autores²¹.

Resultados

1. Tasa de respuesta

a. De los 690 niños seleccionados en las escuelas de la muestra, responden en forma completa el formulario 513, representando el 74,3%.

b. El contexto socio-educativo de los no respondientes es más alto en los medios desfavorables que en los favorables (95% y 74%, respectivamente).

2. Características socio-económicas de la población

Las escuelas están caracterizadas desde un punto de vista socio-cultural, en 5 categorías (muy desfavorable, desfavorable, medio, favorable y muy favorable). Para una mejor comprensión las hemos reagrupado en tres niveles, que se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1 | Caracterización socio-cultural de la escuela

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Desfavorable	312	60.8
Medio	121	23.6
Favorable	80	15.6
TOTAL	513	100.0

El índice de desarrollo humano de los centros comunales donde viven los niños que fueron encuestados se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2 | Índice de desarrollo humano

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos IDH BAJO	349	68.0
IDH Medio	83	16.2
IDH ALTO	81	15.8
TOTAL	513	100.0

Tabla 4 |

Tipo de muestra		Problemas totales	Problemas internalizados	Problemas externalizados
Muestra saludable	n	399	399	399
	Media	27,1	7,3	7,6
	Desv. tip.	17,2	5,5	5,8
Muestra clínica	n	114	114	114
	Media	48,7	12,3	14,5
	Desv. tip	26,2	8,2	9,8

3. Distribución por grupo etario y sexo: está detallada en la Tabla 3.

Tabla 3 | Tramos etarios

		Frecuencia	Porcentaje
MASCULINO	Válidos 6-8 años	111	43.5
	9-11 años	144	56.5
	TOTAL	255	100.0
FEMENINO	Válidos 6-8 años	125	48.4
	9-11 años	133	51.6
	TOTAL	258	100.0

4. Media de problemas totales para la población

La suma de los ítems relacionados con los problemas emocionales y conductuales para los niños montevideanos o “problemas totales”, tiene una media de 31,8.

El promedio de problemas totales discrimina claramente las poblaciones de niños referidos y las poblaciones no clínicas (Tabla 4).

5. Media de problemas internalizados y externalizados

La sub-escala de los problemas internalizados se obtiene con la sumatoria de los

ítems correspondientes a los síndromes/ dimensiones ansioso-depresivo, aislamiento, quejas somáticas. La media obtenida en Montevideo es de $8,4 \pm 6,5$.

La sub-escala de los problemas externalizados se obtiene con la sumatoria de los ítems correspondientes a las dimensiones sindromáticas de comportamiento disocial y comportamiento agresivo. La media para Montevideo es de $9,17 \pm 7,47$.

6. Presentación por género y tramo etario

La media de los problemas totales para hombres y mujeres es de 33,43 y 30,33, respectivamente.

Las diferencias encontradas entre las medias para problemas totales, problemas internalizados y externalizados predominantes en el sexo masculino no resultan ser significativas (Tabla 5).

Tabla 5 |

	Media de problemas internalizados	Media de problemas externalizados
Mujeres	$8,32 \pm 6,87$	$8,42 \pm 7,26$
Varones	$8,45 \pm 6,15$	$9,93 \pm 7,61$

La distribución de la media de problemas totales por tramo etario es de 30,7 para el rango de 6-8 años y de 32,8 para el tramo de 9-11, diferencia que no es estadísticamente significativa.

7. Puntos de corte

La población se divide en tres zonas, tomando en cuenta los puntos de corte usados internacionalmente para los valores de problemas totales. Una primera

zona de menos 39 puntos –sin patología–, 39-48 –zona de riesgo– y más de 48 puntos –con alteraciones diagnosticables–. Estos puntajes se corresponden con los percentiles 84/90 en la muestra normativa de Estados Unidos.

Al utilizar estos puntos de corte en nuestra muestra representativa, surgen los siguientes valores para cada una de estas zonas, detectándose un 20,1% de niños en la zona de patología (Tabla 6).

Tabla 6 | Prevalencia de problemas totales

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos sin patología	330	64.3
zona de riesgo	80	15.6
con patología	103	20.1
TOTAL	513	100.0

La distribución de los problemas emocionales y conductuales no es homogénea en Montevideo. De acuerdo con fuentes de la IMM²³, Montevideo se divide en tres regiones: centro, este y oeste. Cuando se analiza la distribución de la variable problemas totales, tomando en cuenta estas tres regiones geográficas, se observa que en tanto en la región centro aparece un 9,5% de niños en la zona de patología, estos valores ascienden a 21,3 y 23,4% en las regiones del este y oeste, respectivamente.

El porcentaje de niños que no presentan patología en relación con el contexto socioeconómico de la escuela es: en las escuelas de contexto sociocultural favorable el 87,5% de los niños figuran en la zona sin patología, en tanto en las de contexto sociocultural desfavorable esta cifra desciende al 56,1%. Esta diferencia es estadísticamente significativa.

8. Datos obtenidos del cuestionario complementario

Se analiza otros datos que permiten entender mejor las características de los niños de la muestra representativa de Montevideo:

- El 28% tiene madres cuya instrucción no supera los 6 años.
- El 18% vive en situación de hacinamiento.
- El 38% tiene problemas de aprendizaje.

Si se analiza la distribución de la variable problemas totales, de acuerdo con la presencia o ausencia de dos de los factores sociales ampliamente estudiados como factores de riesgo para el desarrollo de alteraciones en la infancia como son: “la instrucción materna menor de 6 años” y un “medio sociocultural desfavorecido” (en nuestro estudio se toma la categorización de la escuela), surge:

- El 49.3% de los niños montevidEOS presenta esa doble asociación, con la consiguiente acumulación de factores de riesgo.
- La media de problemas totales en ambas poblaciones (con asociación de estos dos factores y en ausencia de ellos), presenta las siguientes diferencias, las cuales son estadísticamente significativas (Tabla 7).

Tabla 7 | Media de problemas totales con o sin asociación de factores de riesgo

Dos factores riesgo		Media problemas totales
Presente	N	253
	Media	35
No presente	N	260
	Media	28,8

Discusión

1. Se consideró que la tasa de respuesta de 74,3% es adecuada para la investigación epidemiológica y fue favorecida por la colaboración de la escuela. La distribución de los no respondientes es mayor en los centros educativos de contexto muy desfavorable. Razones culturales quizás expliquen por qué los padres no concurrieron.

2. El análisis de las características socio-demográficas de los niños montevidEOS fue tomado sobre la base del contexto socio-cultural de la escuela a la que concurren. Se entiende que puede haber limitaciones en este punto, pero fue una decisión operativa del equipo de investigación, que permitirá luego una fácil comparación con otros estudios a realizar. De cualquier manera, también se analizó por una sumatoria simple de los artículos de confort y por las características del índice de desarrollo humano del barrio donde viven²³, obteniéndose resultados comparables.

3. La cantidad de niños es suficiente por cada segmento de edad y sexo para poder obtener resultados confiables de acuerdo con los criterios de los autores⁸ de más de 80 niños en cada grupo. Esta división en tramos etarios se corresponde con las características del desarrollo emocional y será útil para profundizar en el análisis.

4. El establecimiento de la media poblacional de los problemas totales, resulta de utilidad para comparar grupos poblacionales y para evaluar el impacto de las acciones o estrategias establecidas a largo plazo.

El presente estudio sobre las características de la salud mental infantil en Montevideo con una media de problemas

totales de 31,8, permite la comparación con la media de problemas totales de 31 sociedades²⁴, que es de 22.5 *SD*^{5, 7}. Es decir que, comparados con otros grupos poblacionales, se está por encima de una desviación estándar.

A su vez, las medias de problemas totales permiten una clara discriminación entre salud y patología, lo que reafirma la posibilidad del uso de la CBCL como instrumento de *screening* en población general²⁵.

5. El interés de determinar la media para las otras dos sub-escalas, se debe a que esto permite la comparación con otros grupos poblacionales y dentro del mismo, cuando se segmenta por sexo u otras variables. Es interesante observar que parecería no haber diferencias significativas entre niñas y varones en la captación de los padres del malestar o sufrimiento interno. Entendemos que para poder analizar más profundamente este punto debe relacionarse con estudios tanto sobre valores de la sociedad como sobre calidad de vida.

6. No es de extrañar la presencia de una discreta diferencia entre niñas y varones en cuanto a las conductas agresivas y del comportamiento. Estos datos se corresponden a lo que otros autores han encontrado²⁴. Queremos resaltar que en las conductas agrupadas dentro de problemas externalizados, no se incluye aquellos ítems que se relacionan con el déficit atencional, pues, de ser así, la diferencia sería mayor.

7. Importancia de los puntos de corte. Los resultados de esta primera fase del proceso de validación de la CBCL (padres) en el Uruguay¹, concuerdan con otros trabajos internacionales²⁶⁻²⁸ donde la sensibilidad del instrumento ronda el 70% y su especificidad el 75%, cuando

se ve la distribución de la población de las muestras normativas. A su vez, la determinación de cuál es el punto de corte óptimo para cada población ha sido objeto de múltiples estudios en distintos países desde los primeros trabajos hasta hoy²⁹⁻³³ y es objeto de un trabajo de investigación presentado por el equipo de investigación de la Clínica de Psiquiatría Pediátrica y aprobado por la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC).

Estos resultados preliminares confirman la importancia de la validación de los instrumentos al país donde serán aplicados y la posibilidad de establecer normas propias, ya que una sobreestimación de la población en riesgo supone una interpretación epidemiológica inadecuada, con consecuencias económicas por la gestión de recursos humanos y materiales de consideración, no solo en lo inmediato sino también a largo plazo.

Esta validación externa está siendo instrumentada para ajustar los criterios y afinar los resultados.

8. El análisis de la presencia de patología mental en los niños con relación a las variables socioeconómicas y culturales muestra la desventaja en que se encuentra casi el 50% de los niños montevideanos, los que presentan niveles de perturbación y sufrimiento muy por encima al de la otra mitad de la población infantil del departamento.

Conclusiones

El establecimiento de planes para una política nacional de Salud debe jerarquizar la Salud Mental Infantil, dado que:

1. Los trastornos mentales específicos ocurren en ciertos estadios del desarrollo del niño, por lo cual los programas

de *screening* e intervención para dichos trastornos deben ser implementados en el momento en el cual estos tienen mayor probabilidad de manifestarse.

2. Hay un alto grado de continuidad de los trastornos de la infancia con los del adulto; la intervención temprana puede prevenir o reducir la probabilidad de un deterioro prolongado³⁴.

3. Las intervenciones efectivas reducen la carga del trastorno mental en el individuo y en la familia y reducen los costos para el sistema sanitario y para las comunidades.

Estas tres razones precisas dan cuenta de la necesidad imperiosa de desarrollar una intervención efectiva y específica.

La situación de la infancia y la posibilidad de establecer políticas que ayuden a disminuir los riesgos de los trastornos emocionales y la discapacidad inherente a ellos, deben ser comprendidas en su complejidad.

La alta prevalencia de la patología mental evaluada a escala internacional y su incremento en los últimos años, requiere corroborar estos datos en el ámbito nacional, con el fin de establecer estrategias, tomando en cuenta la real escasez de recursos humanos y económicos. Esta discrepancia entre recursos y necesidades no es nueva y obliga a una gestión eficaz de los mismos. La disminución de las cifras de prevalencia, a través de políticas de prevención, detección y tratamiento precoz de patologías invalidantes para el individuo, permitirá diseñar estrategias dirigidas a los grupos de riesgo y población más vulnerable.

Debemos pensar acciones que contemplen la Salud Mental del niño y el adolescente en su concepción más amplia, con el objetivo de lograr mejores condiciones

para el desarrollo integral y fundamentalmente, para prevenir la aparición de trastornos tempranos⁴.

La salud mental del niño necesita no solo de una respuesta médica específica, sino de la conjunción del esfuerzo de todos aquellos que se ven comprometidos con la niñez. Debe ser considerada “como un recurso colectivo al que contribuyen tanto las instituciones sociales, la comunidad entera, como las personas individualmente consideradas”³⁵, ya que es un pilar fundamental de todas las dimensiones del desarrollo.

Referencias bibliográficas

1. **Viola L, Garrido G, Varela A.** Estudio epidemiológico sobre la Salud Mental de los niños uruguayos. Montevideo: GEGA; 2007.
2. **Roberts RE, Attkisson CC, Rosenblatt A.** Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1998; 155(6):715-25.
3. OMS. ATLAS: “Mapeo Internacional de Recursos Terapéuticos, Sistemas y Políticas en Salud Mental”. 2005.
4. **Garrido G.** La incorporación de la población infantil al Programa de Salud Mental. En: Equipos Comunitarios de Salud Mental: un modelo en movimiento. Montevideo: GEGA; 2004, pp. 23-26.
5. **Garrido G, Cherro M.** Proyecto ATLAS en el Uruguay. Versión para Niños y Adolescentes. Organización Mundial de la Salud, editor; 2004.
6. **Viola L.** Anexo al Informe Periódico sobre los Derechos del Niño. Clínica de Psiquiatría Pediátrica. Facultad de Medicina. Universidad de la República. 2005.

7. **Geisinger K.** Cross-cultural normative assessment: Translation and adaptation issues influencing the normative interpretation of assessment instruments. *Psychological Assessment* 1994; 6(4):304-312.
8. **Rescorla L, Achenbach TM, Ivanova MY, Dumenci L, Almqvist F, Bilenberg N, et al.** Epidemiological comparisons of problems and positive qualities reported by adolescents in 24 countries. *J Consult Clin Psychol* 2007; 75(2):351-8.
9. **Ivanova MY, Dobrean A, Dopfner M, Erol N, Fombonne E, Fonseca AC, et al.** Testing the 8-syndrome structure of the child behavior checklist in 30 societies. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2007; 36(3):405-17.
10. **Crijnen AA, Achenbach TM, Verhulst FC.** Comparisons of problems reported by parents of children in 12 cultures: total problems, externalizing, and internalizing. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36(9):1269-77.
11. **Ezpeleta L, Keeler G, Erkanli A, Costello EJ, Angold A.** Epidemiology of psychiatric disability in childhood and adolescence. *J Child Psychol Psychiatry* 2001; 42(7):901-14.
12. **OMS.** Trastornos emocionales y conductuales de niños y adolescentes. Organización Mundial de la Salud, editor; 2003.
13. **Costello EJ, Burns BJ, Angold A, Leaf PJ.** How can epidemiology improve mental health services for children and adolescents? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32(6):1106-14; discussion 1114-7.
14. **Stanger C, Fombonne E, Achenbach TM.** Epidemiological Comparisons of American and French Children: Parent Reports of Problems and Competencies for Ages 6-11. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1994; 3(1):16-23.
15. **CEPAL.** Qué y quiénes aprenden en las escuelas del Uruguay. Comisión Económica para América Latina Oficina Montevideo; 1991.
16. **GIEP.** Los niños de la Pobreza: Factores de riesgo asociados al desarrollo infantil. En: Cuidando el Potencial del futuro. Montevideo: Departamento de Psicología Médica. Facultad de Medicina; 1996, pp. 79-98.
17. **Kaztman R, Filgueira F.** Panorama de la familia y la infancia en el Uruguay. Montevideo: Universidad Católica del Uruguay; 2001.
18. **Viola L, Garrido G, Gotta I.** Validación del Inventario sobre el comportamiento y los trastornos emocionales de los niños uruguayos entre los 6 y los 11 años (CBCL). 1ª fase [Investigación]. Montevideo: Facultad de Medicina. UDELAR; 2005.
19. **Achenbach TM.** The Child Behavior Profile: I. Boys aged 6-11. *J Consult Clin Psychol* 1978; 46(3):478-88.
20. **Achenbach TM, Howell CT, Quay HC, Conners CK.** National survey of problems and competencies among four to sixteen year-olds: parents' reports for normative and clinical samples. *Monogr Soc Res Child Dev* 1991; 56(3):1-131.
21. **Achenbach TM, Rescorla LA.** Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families; 2001.

22. **Viola L, Garrido G, Gotta I.** Validación del inventario de la CBCL en la población uruguaya de 6-11 años. Informe de avance. En: Comisión Sectorial de Investigación Científica; 2006.
23. Intendencia Municipal de Montevideo. Condiciones de vida en Montevideo. Departamento de Estadística Municipal; 2005.
24. **Rescorla L, Achenbach TM, Ivanova MY.** Problems reported by parents of children ages 6 to 16 in 31 societies. In press 2007.
25. **Novik TS.** Validity of the Child Behavior Checklist in a Norwegian Sample. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1999; 8(4):247-254.
26. **Verhulst F.** Epidemiology as a basis for the conception and planning of Services. In: Remschmidt HBM, Goodyear I, editor. *Facilitating Pathways: Care, Treatment and Prevention in Child and Adolescent Mental Health.* Berlin: Springer Verlag; 2004.
27. **Fombonne E.** The use of questionnaires in child psychiatry research: measuring their performance and choosing an optimal cut-off. *J Child Psychol Psychiatry* 1991; 32(4):677-93.
28. **Duarte C, Hoven C, Berganza C, Bordin I, Bird H, Miranda CT.** Child mental health in Latin America: present and future epidemiologic research. *Int J Psychiatry Med* 2003; 33(3):203-22.
29. **Leung PW, Kwong SL, Tang CP, Ho TP, Hung SF, Lee CC, et al.** Test-retest reliability and criterion validity of the Chinese version of CBCL, TRF, and YSR. *J Child Psychol Psychiatry* 2006; 47(9):970-3.
30. **Althoff RR, Rettew DC, Faraone SV, Boomsma DI, Hudziak JJ.** Latent class analysis shows strong heritability of the child behavior checklist-juvenile bipolar phenotype. *Biol Psychiatry* 2006; 60(9):903-11.
31. **Lampert TL, Polanczyk G, Tramontina S, Mardini V, Rohde LA.** Diagnostic performance of the CBCL-Attention Problem Scale as a screening measure in a sample of Brazilian children with ADHD. *J Atten Disord* 2004; 8(2):63-71.
32. **Koskentausta T, Iivanainen M, Almqvist F.** CBCL in the assessment of psychopathology in Finnish children with intellectual disability. *Res Dev Disabil* 2004; 25(4):341-54.
33. **Olfson M, Gameroff MJ, Marcus SC, Greenberg T, Shaffer D.** Emergency treatment of young people following deliberate self-harm. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(10):1122-8.
34. **Aschenbrand SG, Angelosante AG, Kendall PC.** Discriminant validity and clinical utility of the CBCL with anxiety-disordered youth. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2005; 34(4):735-46.
35. OPS. Lineamientos para la acción en Salud Mental. Comité Nacional de Salud Mental; 2004.

Anexo

El instrumento CBCL original está registrado por el autor Achenbach TM. La primera autora del presente trabajo, posee licencia concedida para su uso en esta investigación.

Se realiza la publicación de las partes iniciales de diferentes capítulos del instrumento a los efectos de la mejor comprensión.

A continuación hay una lista de frases que describen a los (las) niños (niñas) y jóvenes. Para cada frase que describe cómo es su hijo(a) ahora o durante los últimos ocho meses, haga un círculo en el número 2. Si la frase describe a su hijo(a) muy a menudo, haga un círculo en el número 1. Si la frase describe a su hijo en cierta manera o algunas veces, haga un círculo en el 0. Si la descripción con respecto a su hijo no es cierta, por favor conteste todas las frases de la mejor manera, inclusive si alguna de ellas parece no describir a su hijo(a). Por favor, escriba en letra de imprenta. Asegúrese de que contestó todas las preguntas.

0 1 2	7. Es engreído, se manda la parte	0 1 2	37. Se mete mucho en peleas
0 1 2	8. No puede concentrarse o prestar atención por mucho tiempo	0 1 2	38. Los demás se burlan de él/ella a menudo
0 1 2	9. Obsesiones, que quiere decir que no puede sacarse de la mente ciertos pensamientos (describa): _____	0 1 2	39. Se junta con niños(as)/jóvenes que se meten en problemas
0 1 2	10. No puede quedarse quieto(a); es inquieto(a) o hiperactivo(a)	0 1 2	40. Oye sonidos o voces que no existen (describa): _____
0 1 2	11. Es demasiado dependiente o apegado(a) a los adultos	0 1 2	41. Impulsivo; actúa sin pensar
0 1 2	12. Se queja de que se siente solo(a)	0 1 2	42. Prefiere más estar solo que con otras personas
0 1 2	13. Está confundido(a) o embarullado	0 1 2	43. Dice mentiras o hace trampas
0 1 2	14. Lloro mucho	0 1 2	44. Se muerde las uñas
0 1 2	15. Es cruel con los animales	0 1 2	45. Nervioso(a), tenso(a)
0 1 2	16. Es cruel, abusador, y malo con los demás	0 1 2	46. Movimientos involuntarios o tics describa: _____
0 1 2	17. Sueña despierto, se pierde en sus propios pensamientos	0 1 2	47. Pesadillas
0 1 2	18. Se hace daño a sí mismo(a) deliberadamente o ha intentado suicidarse	0 1 2	48. No les cae bien a otros niños(as)/jóvenes
0 1 2	19. Exige mucha atención	0 1 2	49. Padece de estreñimiento
0 1 2	20. Destruye sus propias cosas	0 1 2	50. Demasiado ansioso(a) o miedoso(a)
0 1 2	21. Destruye las pertenencias de sus familiares o de otras personas	0 1 2	51. Se queja de mareos
0 1 2	22. Desobedece en casa	0 1 2	52. Se siente demasiado culpable
0 1 2	23. Desobedece en la escuela	0 1 2	53. Come demasiado
0 1 2	24. No come bien	0 1 2	54. Se siente demasiado cansado sin razón para estarlo
0 1 2	25. No se lleva bien con otros niños(as)/jóvenes	0 1 2	55. Tiene sobrepeso
		0 1 2	56. Problemas físicos <i>sin causa médica conocida</i>
		0 1 2	a. Dolores o molestias (sin que sean del