

Salud mental infanto-juvenil en el norte de Chile: Un estudio de prevalencia

Diego Henríquez^{1,a,*}, Carolang Escobar-Soler^{2,a}, Alejandra Caqueo-Urizar^{3,a}.

Child and Adolescent Mental Health in Northern Chile: A Prevalence Study

RESUMEN

Evaluar un amplio rango de indicadores de salud mental en niños, niñas y adolescentes (NNA) es fundamental para focalizar adecuadamente los recursos en los problemas más prevalentes en estas etapas tan sensibles para el desarrollo. **Objetivo:** Describir la prevalencia de 23 indicadores de salud mental en NNA de la ciudad de Arica. **Métodos:** Participaron 337 estudiantes de Enseñanza Básica (43,7% niñas) y 435 de Enseñanza Media (56,3% niñas), a quienes se aplicó el cuestionario de autoinforme del Sistema de Evaluación para Niños y Adolescentes SENA. Se calcularon prevalencias globales y desagregadas por sexo y nivel educativo. **Resultados:** Los indicadores con mayor prevalencia de casos clínicamente significativos fueron los problemas con compañeros (Básica=6,8%), agresión (Básica=6,0%; Media=5,8%), conducta desafiante (Básica=6,0%), problemas de control de la ira (Media=5,8%) y conducta antisocial (Media=5,8%). Al desagregar por sexo, se observaron diferencias relevantes: En Enseñanza Básica, las niñas presentaron mayor prevalencia de síntomas depresivos (OR=6,04, IC95% [1,32–27,70]) y ansiosos (OR=6,04, IC95% [1,32–27,70]) que los niños; en Enseñanza Media, las niñas mostraron mayor prevalencia de problemas de conducta alimentaria (OR=8,42, IC95% [1,90–37,30]) y quejas somáticas (OR=5,99, IC95% [1,72–20,90]). **Conclusiones:** Los resultados evidencian la necesidad de una evaluación diferenciada de la salud mental infanto-juvenil, considerando tanto el sexo como el nivel educativo. La transición entre Enseñanza Básica a Enseñanza Media marca cambios significativos en los perfiles sintomatológicos y

¹Centro de Justicia Educacional. Universidad de Tarapacá. Arica, Chile.
²Escuela de Psicología. Universidad Santo Tomás. Arica, Chile.
³Instituto de Alta Investigación. Universidad de Tarapacá. Arica, Chile.
^aPhD.

*Correspondencia: Diego Henríquez / dthenriquezh@academicos.uta.cl
Universidad de Tarapacá, Avda. 18 de Septiembre 2222, Arica, Chile.

Financiamiento: Esta investigación fue financiada por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo de Chile (ANID) a través del Programa de Investigación Asociativa (PIA), proyecto CIE160007. El financiador no tuvo injerencia en el diseño del estudio ni en la interpretación de resultados.

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Recibido: 05 de agosto de 2025.
Aceptado: 26 de enero de 2026.

en las brechas de género, lo que subraya la importancia de diseñar estrategias de intervención específicas, sensibles a estas diferencias y orientadas a grupos de riesgo claramente definidos.

Palabras clave: Adolescente; Chile; Niño; Prevalencia; Salud Mental.

ABSTRACT

Assessing a wide range of mental health indicators in children and adolescents is essential for properly targeting resources at the most prevalent problems during these sensitive stages of development.

Aim: To describe the prevalence of 23 mental health indicators in children and adolescents in the city of Arica. **Methods:** A total of 337 primary school students (43.7% girls) and 435 secondary school students (56.3% girls) participated in the study, completing the self-report questionnaire of the Assessment System for Children and Adolescents (SENA). Overall prevalence rates were calculated and disaggregated by sex and educational level. **Results:** The indicators with the highest prevalence of clinically significant cases were problems with peers (primary education=6.8%), aggression (primary education=6.0%; secondary education=5.8%), defiant behaviour (primary education=6.0%), anger management problems (secondary education=5.8%) and antisocial behaviour (secondary education=5.8%). When disaggregated by sex, relevant differences were observed: in primary education, girls had a higher prevalence of depressive symptoms (OR=6.04, 95% CI [1.32–27.70]) and anxiety symptoms (OR=6.04, 95% CI [1.32–27.70]) than boys; in secondary education, girls showed a higher prevalence of eating disorders (OR=8.42, 95% CI [1.90–37.30]) and somatic complaints (OR=5.99, 95% CI [1.72–20.90]). **Conclusions:** The results highlight the need for a differentiated assessment of child and adolescent mental health, taking into account both gender and educational level. The transition from primary to secondary school marks significant changes in symptom profiles and gender gaps, underscoring the importance of designing specific intervention strategies that are sensitive to these differences and targeted at clearly defined risk groups.

Keywords: Adolescent; Chile; Child; Mental Health; Prevalence.

Los problemas de salud mental en la población infanto-juvenil se han consolidado como una prioridad en los sistemas de salud pública a nivel mundial, debido a su asociación con alteraciones persistentes en el funcionamiento emocional, conductual, social y académico, las cuales pueden extenderse hasta la adultez¹. De acuerdo con estudios epidemiológicos de alcance mundial basados en criterios diagnósticos estandarizados, la prevalencia de trastornos mentales durante la niñez se estima en un 6,8% entre los 5 y 9 años, aumentando a un 12,4% entre los 10 y 14 años, con una mayor frecuencia en mujeres y un predominio de trastornos del ánimo y de ansiedad². En la misma línea, un estudio realizado en 73 países evidenció que niños, niñas y adolescentes presentan niveles relevantes de angustia psicológica y bajos niveles de satisfacción vital, observándose estos indicadores de manera sistemáticamente más acentuada en niñas y adolescentes mujeres en comparación con sus pares varones³. Se ha estimado que estos problemas se asocian con una disminución significativa de la calidad de vida y, en ausencia de apoyo oportuno, pueden intensificarse hacia la adultez, dificultando el ajuste adaptativo frente a las demandas del entorno⁴. Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud en el año 2021 constataron que el 60% de niños, niñas y adolescentes que padecen algún problema de salud mental no reciben tratamiento de manera oportuna o adecuada, principalmente a causa del limitado acceso a servicios de salud mental⁵.

En Latinoamérica, el problema adquiere particular relevancia debido a las limitaciones estructurales de los sistemas de salud mental. Se estima que aproximadamente el 15% de los adolescentes de la región presenta algún problema de salud mental diagnosticado, con un predominio de trastornos del ánimo y ansiosos, junto con elevadas tasas de mortalidad por suicidio en el grupo de 15 a 19 años⁶. Estudios regionales han mostrado que la prevalencia de problemas de salud mental en la adolescencia es similar entre mujeres y hombres, aunque con una leve mayor proporción en adolescentes mujeres^{7,8}. Este escenario se desarrolla en un contexto caracterizado

por una baja inversión en salud mental que en la mayoría de los países latinoamericanos no supera el 2% del gasto sanitario total y por la priorización de servicios psiquiátricos hospitalarios orientados principalmente a la población adulta. Como consecuencia, niños, niñas y adolescentes enfrentan un acceso limitado a servicios de atención psicológica, una escasa oferta de programas de prevención y tratamiento, y una baja disponibilidad de profesionales especializados en psicopatología infanto-juvenil, lo que dificulta la detección temprana de señales de malestar emocional, especialmente en los ámbitos educativo y de salud⁷.

En Chile, estudios nacionales realizados en 2012 reportaron una prevalencia de trastornos mentales del 22,5% en niños, niñas y adolescentes, observándose diferencias por sexo: 25,8% en niñas y adolescentes mujeres y 19,3% en niños y adolescentes hombres. Asimismo, se identificó una mayor frecuencia de trastornos en el grupo de 4 a 11 años (27,0%) en comparación con adolescentes de 12 a 18 años (16,5%), con predominio de trastornos ansiosos y del comportamiento disruptivo⁹.

Estudios nacionales más recientes, basados en indicadores de carga de enfermedad y en medidas de sintomatología autoinformada, han mostrado que una proporción sustantiva de los años de vida perdidos por discapacidad en niños, niñas y adolescentes se asocia a problemas de salud mental. En este contexto, se ha reportado una prevalencia de sintomatología psicológica moderada a severa del 26,9% en población infanto-juvenil, estimación que no es directamente comparable con aquellas derivadas de diagnósticos clínicos, pero que permite dimensionar la magnitud del malestar psicológico en este grupo etario¹⁰. De manera complementaria, datos de la Encuesta Nacional de Juventudes del Instituto Nacional de la Juventud indican que aproximadamente uno de cada tres adolescentes entre 15 y 17 años reporta síntomas de ansiedad y/o depresión, observándose una mayor frecuencia de estos indicadores en adolescentes mujeres (39%) en comparación con adolescentes hombres (17%)¹¹.

Diversos factores contribuyen a explicar las

mayores tasas de problemas de salud mental en niñas y adolescentes mujeres, tanto a nivel mundial como en Chile. Entre estos se incluyen factores biológicos, asociados a fluctuaciones hormonales que pueden aumentar la susceptibilidad al desarrollo de afecciones psíquicas. Asimismo, se han descrito factores sociales que implican presiones y expectativas de género tempranas, vinculadas a la deseabilidad social y a la idealización del bienestar, así como una mayor exposición a experiencias de violencia, abuso y discriminación. A ello se suma la influencia potencialmente negativa de las redes sociales y, finalmente, factores culturales relacionados con la internalización de estereotipos y estándares estéticos normativos^{12,13,14,15,16,17,18}.

Pese a las diferencias por sexo planteadas, es importante considerar que edad también ocupa un rol en cuanto a la prevalencia de problemas de salud mental, pues se ha demostrado que desde etapas tempranas del desarrollo los niños tienden a presentar trastornos externalizantes, tales como déficit de atención con hiperactividad y desajustes conductuales, mientras que en niñas suele detectarse con mayor frecuencia cuadros de ansiedad y episodios depresivos^{19,20,21}. Por otro lado, estudios que han contemplado psicodiagnósticos clínicos respaldan que, en la niñez, las mujeres suelen presentar síntomas menos visibles a tal punto que diversos problemas de salud mental pasan desapercibidos y son detectados tardíamente en comparación a los hombres^{22,23}.

De manera complementaria, estudios longitudinales sobre el desarrollo psicopatológico en la infancia y la adolescencia han mostrado que, durante esta etapa, los varones tienden a presentar con mayor frecuencia conductas externalizantes, particularmente agresividad e impulsividad, asociadas a dificultades en el control ejecutivo y la autorregulación conductual, lo que puede configurar trayectorias de riesgo cuando no existe una intervención oportuna^{24,25}. En contraste, la evidencia también ha identificado patrones diferenciales en adolescentes mujeres, caracterizados por una mayor presencia de sintomatología internalizante, como retraimiento, desmotivación y respuestas emocionales internalizadas frente al

estrés. Estas manifestaciones suelen expresarse de manera menos disruptiva a nivel conductual y pueden coexistir con estilos de afrontamiento aparentemente más ajustados al entorno, sin que ello implique necesariamente menores niveles de sufrimiento psicológico^{26,27}.

En vista de lo anterior señalado, el presente estudio tiene por objetivo describir la prevalencia de indicadores de sintomatología emocional y conductual autoinformada en niños, niñas y adolescentes de la ciudad de Arica, considerando diferencias por sexo y nivel educativo. Para ello se utilizó el Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA)²⁸, una batería de autoinforme diseñada para el tamizaje de problemas emocionales, conductuales y recursos personales. Este instrumento permite identificar indicadores de riesgo mediante puntuaciones elevadas en sus distintas dimensiones, las cuales reflejan niveles altos de sintomatología, sin constituir diagnósticos clínicos.

Métodos

Participantes

Se empleó un diseño transversal con muestreo no probabilístico por accesibilidad. La muestra total estuvo conformada por 772 estudiantes de Enseñanza Básica (EB) y Media (EM) de catorce establecimientos educacionales de la comuna de Arica, Chile.

En EB, la muestra estuvo conformada por 337 estudiantes de 9 a 13 años ($M=10,5$; $DE=0,97$). Según sexo, 165 (49,1%) se identificaron como niñas y 171 (50,9%) como niños. Respecto a la dependencia administrativa del establecimiento, 130 (38,6%) asistían a escuelas públicas, 189 (56,1%) a colegios particulares subvencionados y 18 (5,3%) a colegios particulares pagados. La caracterización sociodemográfica mostró la siguiente distribución: En nivel socioeconómico (NSE), 82 (25,9%) pertenecían a NSE bajo, 103 (32,6%) a medio bajo, 117 (37,0%) a medio, 11 (3,5%) a medio alto y 3 (0,9%) a alto. En autorreconocimiento étnico, 178 (58,7%) se identificaron como Aymara, 12 (4,0%) como Mapuche, 5 (1,7%) como Quechua, 1 (0,3%) como Afrodescendiente, 6 (2,0%) señalaron otra etnia y 101 (33,3%) no se identificaron

con ninguna. En cuanto a nacionalidad, 258 (77,7%) eran chilenos, 45 (13,6%) bolivianos, 23 (6,9%) peruanos, 3 (0,9%) venezolanos, 1 (0,3%) colombiano y 2 (0,6%) de otro país.

En EM participaron 435 estudiantes de 12 a 18 años ($M=13,7$; $DE=1,43$). En cuanto al sexo, 210 (48,3%) se identificaron como mujeres, 221 (50,8%) como hombres, y 4 (0,9%) no seleccionaron una categoría binaria. Por dependencia administrativa, 186 (42,8%) asistían a establecimientos públicos, 214 (49,2%) a particulares subvencionados y 35 (8,0%) a particulares pagados. La distribución sociodemográfica fue la siguiente: en NSE, 56 (13,7%) correspondían a bajo, 102 (25,0%) a medio bajo, 213 (52,2%) a medio, 32 (7,8%) a medio alto y 5 (1,2%) a alto. En etnia, 173 (45,9%) se autorreconocieron como Aymara, 17 (4,5%) como Mapuche, 11 (2,9%) como Quechua, 9 (2,4%) como Afrodescendiente, 9 (2,4%) reportaron otra etnia y 158 (41,9%) ninguna. Respecto a la nacionalidad, 374 (87,0%) eran chilenos, 30 (7,0%) bolivianos, 14 (3,3%) peruanos, 7 (1,6%) venezolanos, 1 (0,2%) colombiano y 4 (0,9%) de otro país.

Instrumentos

Indicadores de Salud Mental

Para medir la Salud Mental infanto-juvenil, se utilizó el Sistema de Evaluación para Niños y Adolescentes (SENA)^{28,29}. Este instrumento es un cuestionario de autoinforme desarrollado originalmente en España, cuyas versiones para Enseñanza Básica (EB; 8 a 12 años) y Enseñanza Media (EM; 12 a 18 años) han sido adaptadas y validadas para población chilena, demostrando adecuadas propiedades psicométricas³⁰. El cuestionario utiliza un formato de respuesta tipo Likert de 5 opciones (Desde 'Nunca o casi nunca' hasta 'Siempre o casi siempre'). La presente investigación utilizó las versiones específicas de autoinforme para cada nivel educativo, garantizando la pertinencia de los ítems a los rangos etarios.

El SENA evalúa un amplio espectro de indicadores de salud mental infanto-juvenil que se agrupan en tres grandes dominios. Dentro del primer dominio, los problemas interiorizados incluyen síntomas de depresión (EB, $\alpha=.90$; EM,

$\alpha=.93$), ansiedad (EB, $\alpha=.87$; EM, $\alpha=.90$), ansiedad social (EB, $\alpha=.81$; EM, $\alpha=.83$), quejas somáticas (EB, $\alpha=.84$; EM, $\alpha=.87$), sintomatología postraumática (EB, $\alpha=.82$; EM, $\alpha=.86$) y obsesión-compulsión (EM, $\alpha=.77$). En cuanto a los problemas exteriorizados, se consideraron problemas de atención (EB, $\alpha=.87$; EM, $\alpha=.89$), hiperactividad e impulsividad (EB, $\alpha=.84$; EM, $\alpha=.83$), problemas de regulación de la ira (EB, $\alpha=.87$; EM, $\alpha=.88$), agresividad (EB, $\alpha=.77$; EM, $\alpha=.78$), conductas desafiantes (EB, $\alpha=.71$; EM, $\alpha=.67$) y comportamientos antisociales (EM, $\alpha=.58$). El instrumento también contempla escalas de problemas contextuales, como problemas en el entorno familiar (EB, $\alpha=.79$; EM, $\alpha=.82$), escolar (EB, $\alpha=.69$; EM, $\alpha=.76$) y con pares (EB, $\alpha=.79$; EM, $\alpha=.82$). Asimismo, se evaluaron problemas específicos que incluyen indicadores de consumo de sustancias (EM, $\alpha=.84$), síntomas de esquizotipia (EM, $\alpha=.84$) y alteraciones en la conducta alimentaria (EM, $\alpha=.85$). El segundo dominio, referido a vulnerabilidades personales, integra escalas relacionadas con la regulación emocional (EB, $\alpha=.87$; EM, $\alpha=.86$) y la búsqueda de sensaciones (EM, $\alpha=.80$). Finalmente, en el dominio de recursos personales, se evaluaron dimensiones como autoestima (EB, $\alpha=.84$; EM, $\alpha=.87$), integración y competencia social (EB, $\alpha=.79$; EM, $\alpha=.80$) y conciencia respecto a los problemas (EM, $\alpha=.83$).

En general, en el presente estudio, la consistencia interna de las escalas fue adecuada ($\alpha>.70$), respaldando la fiabilidad de cada dimensión. No obstante, las escalas de conducta desafiante y conducta antisocial presentaron coeficientes alfa más bajos (.67 y .58, respectivamente), lo que podría deberse a la deseabilidad social asociada a estos indicadores. Por ello, los resultados de estas dimensiones deben interpretarse con cautela.

Los puntajes clínicamente significativos se establecieron a partir de los baremos normativos originales del SENA, desarrollados en población española, los cuales permiten la identificación de niveles elevados de sintomatología con fines de tamizaje y no equivalen a diagnósticos clínicos. Dado que actualmente no se dispone de normas chilenas diferenciadas para la determinación de puntos de corte clínicos, estos valores se em-

plearon con fines descriptivos y comparativos, reconociéndose esta limitación metodológica en la interpretación de los resultados.

Procedimientos

El protocolo de investigación, incluidos los instrumentos y procedimientos empleados, respetaron normas éticas concordantes con la Declaración de Helsinki³¹ y fueron revisados y aprobados por el Comité Ético Científico de la Universidad de Tarapacá.

La recolección de datos se inició en 2024, previa invitación a establecimientos de Enseñanza Básica y Media de la ciudad de Arica. Una vez que cada institución manifestó su disposición a participar, se coordinó con su equipo directivo para calendarizar las sesiones de aplicación de los cuestionarios, considerando las condiciones logísticas y pedagógicas de cada centro.

Se realizó una reunión informativa con madres, padres y apoderados, en la que se explicaron los objetivos del estudio, su pertinencia y el procedimiento de aplicación. La participación de los estudiantes se autorizaba mediante la firma de un consentimiento informado por parte de los adultos responsables. Paralelamente, se solicitó el asentimiento informado a cada estudiante, garantizando que la participación fuera voluntaria y comprendida por los propios participantes. La aplicación de los instrumentos no fue anónima; sin embargo, la información recolectada fue tratada de manera estrictamente confidencial. Los datos fueron codificados y resguardados por el equipo de investigación, utilizándose exclusivamente con fines científicos y analizándose de forma agregada, sin identificación individual de los participantes.

Cuando un estudiante presentó indicadores de riesgo clínicamente significativos en alguna de las escalas evaluadas (e.g., síntomas de depresión, ansiedad o consumo problemático de sustancias), el investigador principal, en resguardo del principio de confidencialidad y bajo la supervisión del Comité Ético Científico, informó esta situación al equipo de orientación o de convivencia escolar del establecimiento correspondiente. Dicho equipo fue responsable de activar los protocolos institucionales vigentes, los cuales podían incluir

una evaluación interna, la comunicación con madres, padres o apoderados, y/o la derivación a servicios de salud especializados. En ningún caso el equipo investigador realizó diagnósticos clínicos ni intervenciones terapéuticas directas.

La administración de los cuestionarios se llevó a cabo en un espacio distinto al aula habitual, con el fin de reducir interferencias externas. El proceso fue supervisado por miembros del equipo investigador, junto a un docente designado por la institución. Durante la aplicación, al menos dos encuestadores permanecieron en la sala para aclarar eventuales dudas sin intervenir en las respuestas. Se resguardó un ambiente silencioso y ordenado para favorecer la concentración de los estudiantes. La duración estimada de la aplicación fue de aproximadamente 30 minutos.

Análisis de datos

En este estudio, el término prevalencia se refiere exclusivamente a la proporción de estudiantes que alcanzaron puntajes clínicamente significativos según los criterios normativos del SENA^{28,29}. Los indicadores de riesgo se definieron como puntuaciones $T \geq 70$ en las escalas de problemas emocionales y conductuales, así como puntuaciones $T \leq 29$ en las escalas de recursos personales, valores que representan niveles atípicos dentro de la distribución normativa del instrumento²⁸.

Es importante destacar que estos puntajes reflejan sintomatología autoinformada y no constituyen diagnósticos psiquiátricos, por lo que no deben interpretarse como prevalencias de trastornos clínicos. Los puntos de corte utilizados se basan en las normas psicométricas del SENA, diferenciadas por sexo y grupo etario, las cuales permiten identificar desviaciones relevantes respecto de la población normativa. En este sentido, los indicadores obtenidos deben entenderse como sospechas o hipótesis clínicas que orientan la toma de decisiones profesionales y la necesidad de evaluación posterior, más que como confirmaciones diagnósticas^{28,29,32,33}.

Para analizar las diferencias por sexo en la proporción de casos con puntajes clínicamente significativos, se estimaron odds ratios (OR) con

sus respectivos intervalos de confianza del 95 % (IC95 %). Se consideraron estadísticamente significativos aquellos OR cuyo IC95 % no incluyó el valor nulo (OR=1). En la muestra de Enseñanza Media, cuatro participantes (0,9 %) no se identificaron dentro de las categorías binarias de género ofrecidas. Debido al tamaño reducido de este subgrupo, no fue posible realizar análisis comparativos; no obstante, sus datos fueron incluidos en los cálculos de prevalencia global y excluidos de los análisis de diferencias por sexo.

Todos los análisis se realizaron utilizando el software estadístico Jamovi, versión 2.3³⁴.

Resultados

Los indicadores de salud mental con mayor prevalencia difirieron según nivel educativo (Tabla 1). En Básica, destacaron problemas con compañeros (6,8%), agresión (6,0%) y conducta desafiante (6,0%). En Media, predominaron problemas de control de la ira (5,8%), agresión (5,8%) y conducta antisocial (5,8%).

Tabla 1. Prevalencia de casos clínicamente significativos de salud mental infanto-juvenil.

Variable	Básica				Media			
	n (%)	Niña %	Niño %	Total OR	Niña (%)	Niño %	%	OR
DEP	13(3.9)	6,7	1,2	6,04*	20(4,6)	6,7	2,7	2,56
ANS	13(3.9)	6,7	1,2	6,04*	13(3)	4,3	1,8	2,43
ASC	9(2.7)	4,2	0,6	3,74	13(3)	2,9	3,2	0,89
SOM	15(4.5)	7,3	1,8	4,39*	29(4,4)	7,6	1,4	5,99*
PST	12(3.6)	4,2	2,9	1,47	15(3,5)	5,2	1,8	3
ATE	19(5.6)	7,3	4,1	1,84	14(3,2)	5,2	1,4	4,02*
HIP	18(5.4)	6,1	4,7	1,31	21(4,9)	5,2	4,5	1,17
IRA	18(5.4)	7,9	2,9	2,86	25(5,8)	8,6	3,2	2,87*
AGR	20(6)	4,3	7,6	0,54	25(5,8)	5,7	5,9	0,97
DES	20(6)	4,3	7,6	0,54	19(4,4)	5,2	3,7	1,46
FAM	13(3.9)	5,5	2,3	2,41	10(2,3)	3,8	0,9	4,34
ESC	17(5)	4,2	5,8	0,71	24(5,6)	6,2	5	1,26
COM	23(6.8)	6,1	7,6	0,78	21(4,9)	3,8	5,9	0,63
REG	7(2.1)	3,7	0,6	6,50	6(1,4)	2,4	0,5	5,37
AUT	11(3.3)	4,2	2,3	1,85	7(1,6)	1,9	1,4	1,41
SOC	8(2.4)	3	1,8	1,75	10(2,3)	2,9	1,8	1,60
OBS					19(4,4)	6,7	2,3	3,07*
ANT					25(5,8)	3,3	8,1	0,38*
SUS					15(3,5)	2,9	4,1	0,68
ESQ					21(4,9)	6,7	3,2	2,18
ALI					17(3,9)	7,1	0,9	8,42*
BUS					19(4,4)	4,3	4,5	0,94
CNC					0(0)			

Nota: DEP=Depresión; ANS=Ansiedad; ASC=Ansiedad social; SOM=Quejas somáticas; PST=Sintomatología postraumática; OBS=Obsesión-compulsión; ATE=Problemas de atención; HIP=Hiperactividad-impulsividad; IRA=Problemas de control de la ira; AGR=Agresión; DES=Conducta desafiante; ANT=Conducta antisocial; FAM=Problemas familiares; ESC=Problemas con la escuela; COM=Problemas con los compañeros; SUS= Consumo de sustancias; ESQ=Esquizotipia; ALI=Problemas de la conducta alimentaria; REG=Problemas de regulación emocional; BUS=Búsqueda de sensaciones; AUT=Autoestima; SOC=Integración y competencia social; CNC=Conciencia de los problemas. *IC95% no incluía el valor nulo.

Al desagregar por género, se observaron perfiles divergentes. Las niñas de Enseñanza Básica presentaron una mayor prevalencia de problemas de control de la ira (7,9%), problemas de atención (7,3%) y quejas somáticas (7,3%), mientras que en Enseñanza Media se observaron nuevamente problemas de control de la ira (8,6%) y quejas somáticas (7,3%), junto con problemas de conducta alimentaria (7,1%). En el caso de los niños, en Enseñanza Básica se observaron mayores prevalencias de agresión (7,6%), conducta desafiante (7,6%) y problemas con compañeros (7,6%). En Enseñanza Media, se mantuvieron los problemas de agresión (5,9%) y problemas con compañeros (5,9%), junto con una mayor prevalencia de conducta antisocial (8,1%).

En cuanto a los puntajes clínicamente significativos según el SENA, se observó que las niñas de Enseñanza Básica tenían una mayor probabilidad de presentar sintomatología depresiva (OR=6,04, IC95% [1,32–27,70]), ansiedad (OR=6,04, IC95% [1,32–27,70]) y quejas somáticas (OR=4,39, IC95% [1,22–15,29]) en comparación con los niños. En Enseñanza Media, las niñas mostraron una mayor probabilidad de presentar problemas de conducta alimentaria (OR=8,42, IC95% [1,90–37,30]), quejas somáticas (OR=5,99, IC95% [1,72–20,90]), problemas de atención (OR=4,02, IC95% [1,10–14,60]), obsesión-compulsión (OR=3,07, IC95% [1,09–8,68]) y problemas de control de la ira (OR=2,87, IC95% [1,17–7,01]) a diferencia de los niños. Por último, las niñas de Media presentaron una menor probabilidad de conducta antisocial (OR=0,38, IC95% [0,15–0,95]).

Discusión

El presente estudio aporta evidencia relevante sobre la prevalencia de indicadores de sintomatología emocional y conductual en población infanto-juvenil de la ciudad de Arica, identificándose diferencias significativas según sexo y nivel educativo. En conjunto, los resultados sugieren que las manifestaciones del malestar psicológico no son homogéneas, sino que varían en función del desarrollo evolutivo y de los procesos de socialización asociados a la trayectoria escolar.

En relación con el nivel educativo, la mayor

prevalencia de dificultades conductuales observada en Enseñanza Básica, junto con el aumento de la sintomatología emocional y de regulación en Enseñanza Media, resulta coherente con la literatura sobre desarrollo socioemocional³⁵. Durante la niñez, los problemas suelen expresarse de manera más externalizada, mientras que en la adolescencia se observa una mayor interiorización del malestar, asociada a cambios neurobiológicos, cognitivos y psicosociales propios de este periodo del desarrollo³⁵. Estos hallazgos refuerzan la importancia de comprender la salud mental infantil desde una perspectiva evolutiva, evitando interpretaciones estáticas o ahistóricas.

Respecto de las diferencias por sexo, los resultados confirman una mayor prevalencia de problemas internalizantes en niñas, tanto en Enseñanza Básica como Media, particularmente en dimensiones asociadas a la regulación emocional. Este patrón, descrito de forma consistente en la literatura, tiende a intensificarse durante la adolescencia, período en el cual las dificultades emocionales pueden expresarse de manera más persistente y compleja. En este contexto, una mayor vulnerabilidad a problemas de la conducta alimentaria en adolescentes mujeres ha sido ampliamente documentada, observándose proyecciones de aumento en su frecuencia hacia las próximas décadas, lo que representa un desafío relevante para la detección temprana y la intervención oportuna^{36,37,38}.

En contraste, los niños presentaron una mayor prevalencia de sintomatología externalizante, particularmente en dominios asociados a agresividad, impulsividad y comportamientos disruptivos. Este patrón ha sido ampliamente descrito en la literatura y resulta especialmente frecuente durante los primeros años de escolaridad, etapa en la que los niños deben adaptarse a nuevas normas, exigencias académicas y dinámicas de interacción social, que pueden ser experimentadas como demandantes o desafiantes^{39,40}. La consideración de estos procesos desde una perspectiva normativa del desarrollo permite contextualizar los resultados, evitando interpretaciones patologizantes y subrayando la necesidad de estrategias educativas y socioemocionales diferenciadas.

Asimismo, los resultados muestran que, durante la adolescencia, si bien se mantienen presentes algunas formas de sintomatología externalizante, aumenta la prevalencia de conductas antisociales. Este incremento podría explicarse por la convergencia de cambios neurobiológicos y psicosociales propios de esta etapa, junto con procesos normativos de socialización vinculados a los roles de género, una mayor propensión a la expresión directa e indirecta de la agresión y la influencia de experiencias adversas o de victimización en etapas previas del desarrollo^{41,42}.

Si bien existen aún pocos estudios poblacionales que hayan utilizado el SENA para estimar indicadores de riesgo en salud mental en contextos latinoamericanos, los patrones observados en este estudio, particularmente en cuanto a las diferencias por sexo y tipo de sintomatología, son consistentes con la evidencia internacional basada en instrumentos de tamizaje similares, que documentan una mayor prevalencia de problemas internalizantes en niñas y adolescentes, y una mayor expresión de sintomatología externalizante en niños^{2,3,19,21,27}.

En conjunto, estos hallazgos refuerzan la necesidad de fortalecer políticas públicas que promuevan, de manera articulada entre los sistemas educativo y de salud, programas de detección temprana e intervención diferenciada según edad y sexo. Dichas estrategias debieran incorporar un enfoque preventivo, sensible a la complejidad y heterogeneidad de los problemas de salud mental en niños, niñas y adolescentes, y orientado a reducir trayectorias de riesgo a lo largo del desarrollo.

No obstante, los resultados deben interpretarse considerando que las estimaciones de prevalencia se basan en puntajes clínicamente significativos del SENA²⁸ y no en diagnósticos derivados de entrevistas clínicas. En este sentido, los indicadores reportados reflejan niveles elevados de sintomatología autoinformada definidos según criterios normativos del instrumento, y no la presencia de trastornos psicopatológicos formales. Si bien los puntos de corte constituyen una herramienta útil para la identificación de población en riesgo en estudios epidemiológicos, su interpretación

requiere cautela en ausencia de un estándar clínico de referencia. Esta distinción resulta clave para evitar la sobrerrepresentación de la magnitud de los problemas de salud mental y se alinea con la literatura que advierte sobre los riesgos de psiquiatización cuando se equipara sintomatología elevada con diagnóstico clínico^{43,44}. En esta línea, la literatura contemporánea enfatiza la necesidad de evitar la ampliación indebida de categorías diagnósticas en población infanto-juvenil, particularmente cuando los resultados de instrumentos de tamizaje son interpretados fuera de su propósito original y sin una evaluación clínica integral^{49,50}.

El estudio presenta algunas limitaciones que deben ser consideradas. En primer lugar, el uso de un muestreo no probabilístico limita la representatividad estadística de la población infanto-juvenil de Arica, restringiendo el alcance inferencial de los resultados. En segundo lugar, el diseño esencialmente descriptivo y el tamaño reducido de algunos subgrupos impidieron profundizar en la influencia de factores contextuales y sociodemográficos, así como realizar comparaciones estadísticamente más robustas. Un análisis exhaustivo de estas variables habría excedido los objetivos y la extensión del presente manuscrito.

Adicionalmente, el uso exclusivo de autoinformes constituye otra limitación relevante, dado que este tipo de medición refleja percepciones subjetivas que pueden diferir de las observaciones de padres, madres o docentes. Estudios previos que han utilizado el mismo instrumento han documentado discrepancias entre informantes, particularmente en indicadores internalizantes y externalizantes, lo que refuerza la necesidad de incorporar múltiples fuentes de información para obtener una comprensión más integral y consistente del funcionamiento socioemocional^{30,45,46,47,48}.

Por otra parte, es relevante considerar que los puntos de corte utilizados para definir puntajes clínicamente significativos se basan en las normas originales del SENA desarrolladas en población española. Si bien el instrumento ha sido validado psicométricamente para su uso en población chilena, la ausencia de normas locales específicas constituye una limitación adicional, que podrá

influir en la estimación de las prevalencias observadas y refuerza la necesidad de interpretar los resultados con cautela. En este sentido, los resultados deben entenderse como indicadores de riesgo relativos, más que como estimaciones diagnósticas poblacionales.

Finalmente, si bien el análisis consideró el nivel educativo como variable central, la edad cronológica constituye un factor del desarrollo con potencial influencia independiente. La superposición etaria entre niveles y la variabilidad intra-grupo podrían haber atenuado posibles efectos asociados a la edad. Asimismo, la categorización de género utilizada fue binaria, lo que no refleja plenamente la diversidad de identidades de género presentes en la población. Aunque el número de participantes que no se identificó dentro de estas categorías fue reducido, esta limitación subraya la necesidad de que futuras investigaciones adopten diseños e instrumentos más inclusivos, especialmente en el ámbito de la salud mental infanto-juvenil.

Con el propósito de superar estas limitaciones, futuras investigaciones deberían incorporar diseños muestrales estratificados que permitan obtener estimaciones poblacionales más precisas. Del mismo modo, resultaría pertinente desarrollar estudios longitudinales y ampliar las muestras a nivel nacional, lo que facilitaría la identificación de trayectorias evolutivas y factores de riesgo y protección desde la niñez hasta la adolescencia, contribuyendo al diseño de intervenciones preventivas más tempranas y efectivas.

Conclusiones

La evidencia aportada por este estudio permite caracterizar con mayor precisión el perfil de los problemas actuales de salud mental en la población infanto-juvenil del norte de Chile, considerando diferencias relevantes según sexo y nivel educativo. Los resultados evidencian que las manifestaciones del malestar psicológico no son homogéneas, sino que varían a lo largo de la trayectoria escolar y del desarrollo evolutivo.

En términos generales, se constató que durante la Enseñanza Básica predominan los problemas conductuales, mientras que en la Enseñanza

Media se observa una mayor presencia de dificultades asociadas a la regulación emocional. Asimismo, los hallazgos muestran la persistencia y transformación de ciertos patrones sintomáticos entre niños y niñas a lo largo del ciclo escolar, lo que permite comprender cómo las dificultades en la niñez pueden complejizarse durante la adolescencia.

Estos resultados refuerzan la necesidad de implementar estrategias de prevención e intervención temprana tanto en el ámbito escolar como familiar, mediante programas diferenciados según sexo y nivel educativo, orientados a la detección oportuna del malestar emocional y conductual. En este sentido, se vuelve fundamental fortalecer la capacitación de profesionales de la educación y la salud, con el fin de identificar perfiles de riesgo y diseñar intervenciones acordes a la diversidad y complejidad del perfil clínico observado.

Finalmente, resulta necesario enfatizar los riesgos asociados a la psiquiatrización o al sobre-diagnóstico, considerando que la identificación de problemas a través de instrumentos estandarizados no implica necesariamente la presencia de un trastorno clínico formal. Los resultados deben interpretarse con cautela, priorizando estrategias de prevención, seguimiento y apoyo psicosocial, especialmente en aquellos casos con sintomatología leve o moderada que podría abordarse eficazmente mediante intervenciones educativas, familiares o comunitarias, evitando así intervenciones innecesarias o potencialmente iatrogénicas.

Agradecimientos

Esta investigación fue posible gracias al financiamiento del Programa de Investigación Asociativa (PIA) de la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo de Chile (ANID) CIE160007.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Salud mental de los adolescentes*. 2024 [cited 2025 Jul 22]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
2. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. *Child and adolescent mental disorders: Prevalence and burden of disease*. *Lancet Psychiatry*. 2024; 11(2):

- 100-112. DOI:10.1016/S2215-0366(23)00338-1.
3. Torsheim T, Cavallo F, Levin K, Richter M. The gender gap in adolescent mental health: A cross-national investigation of 566,829 adolescents across 73 countries. *SSM Popul Health*. 2021; 13: 100742. DOI:10.1016/j.ssmph.2021.100742.
 4. Copeland WE, Shanahan L, Hinesley J, Rutter M. Adult functional outcomes of common childhood psychiatric problems: A prospective, longitudinal study. *JAMA Psychiatry*. 2025; 82(5): 456-63. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2025.0001.
 5. UNICEF. Informe sobre la salud mental de los niños, niñas y adolescentes en América Latina y el Caribe. 2021 [cited 2025 Jul 22]. Available from: <https://www.unicef.org/lac/informes/informe-salud-mental>
 6. UNICEF. Mental health in Latin America and the Caribbean. 2021 [cited 2025 Jul 22]. Available from: <https://www.unicef.org/adolescentmentalhealthhub/highlights/latin-america-and-caribbean>
 7. UNICEF. Más de 30.000 millones de dólares se pierden cada año en las economías de América Latina y el Caribe debido a los trastornos de salud mental juvenil. 2021 [cited 2025 Jul 22]. Available from: <https://www.unicef.org/lac/es/noticias/mas-de-30000-millones-de-dolares-se-pierden-cada-ano-en-las-economias-de-america-latina-y-el-caribe-debido-a-los-trastornos-de-salud-mental-juvenil>
 8. Statista. Prevalencia de trastornos mentales en adolescentes entre 10 y 19 años en América Latina y el Caribe en 2019, por género y edad. 2021 [cited 2025 Jul 22]. Available from: <https://es.statista.com/estadisticas/1388089/trastornos-mentales-prevalencia-en-jovenes-por-edad-y-genero-en-latinoamerica/>
 9. Vicente B, Saldivia S, Melipillán R, De la Barra F. Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile: A community epidemiological study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012; 53(10): 1026-1035. DOI:10.1111/j.1469-7610.2012.02514.x.
 10. Ministerio de Salud de Chile. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. 2023. [cited 2025 Jul 22]. Available from: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/03/Programa-Nacional-de-Salud-de-Adolescentes-y-Jovenes-MINSAL-2023.pdf>
 11. Instituto Nacional de la Juventud (INJUV). 10ª Encuesta Nacional de Juventudes 2022. 2023. [cited 2025 Jul 22]. Available from: <https://www.gob.cl/noticias/injuv-entrego-los-resultados-de-la-encuesta-nacional-de-la-juventud-sobre-salud-mental-en-la-poblacion-joven/>
 12. Afifi M. Gender differences in mental health. *Singapore Med J*. 2007; 48(5): 385-391.
 13. Fardouly J, Vartanian LR. Social comparisons on social media: The impact of Facebook on young women's body image concerns and mood. *Body Image*. 2015; 13: 38-45. DOI: 10.1016/j.bodyim.2014.12.002
 14. Forney KJ, Keel PK, O'Connor S, Sisk C, Burt SA, Klump KL. Interaction of hormonal and social environments in understanding body image concerns in adolescent girls. *J Psychiatr Res*. 2019; 109: 178-184. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2018.12.008.
 15. Li SH, Graham BM, Kuehner C. Why are women so vulnerable to anxiety, trauma-related and stress-related disorders? The potential role of sex hormones. *Lancet Psychiatry*. 2017; 4(1): 74-83. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30358-3.
 16. Observatorio Niñez. Adolescencia en Chile: Alertas y oportunidades en la salud mental de los 15 a 17 años. 2023 [cited 2025 Jul 22]. Available from: <https://www.observatorioninez.org/mapa/adolescencia-en-chile-alertas-y-oportunidades-en-la-salud-mental-de-los-15-a-17-aos>
 17. Van Droogenbroeck F, Spruyt B, Keppens G. Gender differences in mental health problems among adolescents and the role of social support: Results from the Belgian health interview surveys 2008 and 2013. *BMC Psychiatry*. 2018; 18: 6. DOI: 10.1186/s12888-018-1591-4.
 18. Wang Y, Zhang X, Li Y, Qin H, Li X. Gender differences in the prevalence, correlated factors and comorbidity of depression in adolescents: A cross-sectional study in Shanghai, China. *Front Public Health*. 2024; 12: 1436413. DOI: 10.3389/fpubh.2024.1436413
 19. Babicka-Wirkus A, Wirkus L, Stasiak K, Kozak S. Internalizing and externalizing disorder levels among school-aged children and adolescents. *Int J Environ Res Public Health*. 2023; 20(3): 2752. DOI: 10.3390/ijerph20032752.
 20. Herrmann L, Reiss F, Becker-Hebly I, Baldus C, Gilbert M, Stadler G, et al. Systematic review of gender-specific child and adolescent mental health care. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2024;55:1487-1501. DOI: 10.1007/s10578-023-01506-z.
 21. Kovess-Masfety V, Woodward MJ, Keyes K, Bitfoi A, Carta MC, Koç C, et al. Gender, the gender gap, and their interaction: Analysis of relationships with children's mental health problems. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2020; 56(6): 1049-1057. DOI: 10.1007/s00127-020-01950-5.
 22. Dimitri D, Delia G, Cavallo F, Varini M, Fioretto F. Sex differences in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder: A literature review. *Front Child Adolesc Psychiatry*. 2025. DOI: 10.3389/frcha.2025.1582502.
 23. Slobodin O, Davidovitch M. Gender differences in objective and subjective measures of ADHD among clinic referred children. *Front Hum Neurosci*. 2019; 13: 441. DOI: 10.3389/fnhum.2019.00441.
 24. Su X, Li W, Hu C, Liu H, Lian R. The longitudinal relationship between executive dysfunction and reactive and proactive aggression in adolescents: impulsivity as a mediator and sex differences. *Front Psychiatry*. 2024;15: 1484340. DOI: 10.3389/fpsy.2024.1484340.
 25. Yayla İE, Dombak K, Diril S, Düğünceli B, Çelik E, Yildirim M. Difficulties in emotion regulation as a mediator and gender as a moderator in the relationship between problematic digital gaming and life satisfaction among adolescents. *Behav Sci (Basel)*. 2025; 15(8): 1092. DOI: 10.3390/bs15081092.
 26. Čavar Mišković F, Ribar M, Šupe Domić D, Dumanić P, Milas G. Stress and internalizing problems in adolescents: A dynamic longitudinal analysis. *J Pers Med*.

- 2025; 15(12): 612. DOI:10.3390/jpm15120612.
27. Keyes KM, Platt JM. Annual Research Review: Sex, gender, and internalizing conditions among adolescents in the 21st century – trends, causes, consequences. *J Child Psychol Psychiatry*. 2024; 65(4): 384-407. DOI: 10.1111/jcpp.13864.
 28. Fernández-Pinto I, Santamaría P, Carrasco M, del Barrio V. SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes: Manual de aplicación, corrección e interpretación. Madrid: TEA Ediciones; 2016.
 29. Sánchez FS, Pinto IF, Santamaría P, Ortiz MÁC, del Barrio Gándara MV. SENA, Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes: Proceso de desarrollo y evidencias de fiabilidad y validez. *Rev Psicol Clin Niños Adolesc*. 2016; 3(2): 23-34.
 30. Flores J, Caqueo-Urizar A, Ramírez C. Propiedades psicométricas de las versiones de Autoinforme del Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA) en una muestra de Chile. *Rev Iberoam Diagn Ev Psicol*. 2022; 64(3): 171-183. DOI: 10.21865/RIDEP64.3.13.
 31. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2018 [cited 2025 Jul 22]. Available from: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
 32. Narea M, Caqueo-Urizar A, Torres-Irribarra D, Treviño E, Flores J, Gutiérrez-Rioseco J. Assessment of early childhood mental health in immigrant and local children in Chile. *Child Indic Res*. 2023; 16(1): 337-356. DOI:10.1007/s12187-022-09972-y.
 33. Rossignoli-Palomeque T, Perez-Hernandez E. Validity of the Evaluation System of Children and Adolescents to measure executive functions: Convergent validity. *J Psychoeduc Assess*. 2022; 40(7): 853-864. DOI:10.1177/07342829221104349.
 34. The Jamovi Project. Jamovi (Version 2.3) [Computer Software]. 2022; [cited 2025 Jul 22]. Available from: <https://www.jamovi.org>
 35. Magai DN, Malik JA, Koot HM. Emotional and behavioral problems in children and adolescents in Central Kenya. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2018; 49(4): 659-671. DOI:10.1007/s10578-018-0783-y.
 36. Alshweir A, Goyder E, Caton SJ. The Prevalence of Disordered Eating Behaviours (DEBs) among Adolescent Female School Students in Riyadh, Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. *Nutrients*. 2024; 16(2): 281. DOI:10.3390/nu16020281.
 37. Dahlgren CL, Reneflot A, Brunborg C, Wenersberg AL, Wisting L. Estimated prevalence of DSM-5 eating disorders in Norwegian adolescents: A community-based two-phase study. *Int J Eat Disord*. 2023; 56(11): 2062-2073. DOI:10.1002/eat.24032.
 38. Liu K, Gao R, Kuang HER, Zhang C, Guo X. Global, regional, and national burdens of eating disorder in adolescents and young adults aged 10-24 years from 1990 to 2021: A trend analysis. *J Affect Disord*. 2025; 388: 119596. DOI:10.1016/j.jad.2025.119596.
 39. Aghaziarati A, Nejatifar S. Emotional development and regulation in children: A review of recent advances. *PsyNexus*. 2023; 1(1): 118-125. DOI: 10.61838/kman.psynexus.1.1.14.
 40. Paulus FW, Ohmann S, Möhler E, Plener P, Popow C. Emotional dysregulation in children and adolescents with psychiatric disorders: A narrative review. *Front Psychiatry*. 2021; 12: 628252. DOI: 10.3389/fpsy.2021.628252.
 41. Else-Quest NM, Hyde JS, Goldsmith HH, Van Hulle CA. Gender differences in temperament: A meta-analysis. *Psychol Bull*. 2021; 147(3): 265-306. DOI: 10.1037/bul0000294.
 42. Otto C, Kaman A, Erhart M, Barkmann C, Klasen F, Schlack R, et al. Risk and resource factors of antisocial behaviour in children and adolescents: Results of the longitudinal BELLA study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2021; 15(1): 61. DOI: 10.1186/s13034-021-00412-3.
 43. Van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: Evidence for a psychosis proneness–persistence–impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med*. 2009; 39(2):179-195. DOI: 10.1017/S0033291708003814. Epub 2008 Jun 18. PMID: 18559065.
 44. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*. 2018; 392(10157): 1553-1598. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31612-X. PMID: 30314863.
 45. Aebi M, Kuhn C, Banaschewski T, Grimmer Y, Steinhausen HC. The contribution of parent and youth information to identify mental health problems or disorders in adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2017; 11: 28. DOI: 10.1186/s13034-017-0160-9.
 46. Caqueo Urizar A, Urzúa A, Villalonga Olives E, Atencio Quevedo D, Irrarrazaval M, Flores J, et al. Children's mental health: Discrepancy between child self-reporting and parental reporting. *Behav Sci (Basel)*. 2022; 12(10): 401. DOI: 10.3390/bs12100401.
 47. Rana M, Delker E, East P, Blanco E, Burrows R, Lozoff B, et al. Mother adolescent discrepancies in ratings of adolescents' adjustment: Associations with maternal mental health and family factors. *J Dev Behav Pediatr*. 2021; 42(3): 198-204. DOI: 10.1097/DBP.0000000000000879.
 48. Van der Ende J, Verhulst FC, Tiemeier H. Multitrait multimethod analyses of change of internalizing and externalizing problems in adolescence: Predicting internalizing and externalizing DSM disorders in adulthood. *J Abnorm Psychol*. 2020; 129(4): 343-354. DOI: 10.1037/abn0000510.
 49. Frances A. Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life. New York: William Morrow; 2013.
 50. Rose N. Our psychiatric future: The politics of mental health. Cambridge: Polity Press. 2019.