

Adaptación y validación
de instrumentos de *screening*

SALUD MENTAL EN ADOLESCENTES

Cecilia Cracco – Ana Inés Machado – Valeria Valazza – Karina Becavach
Silvana Contino – Karina López Vidal – Adriana Tortorella

Proyecto **SALUD
MENTAL
ADOLESCENTE**



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA



sup SOCIEDAD
URUGUAYA
DE PEDIATRÍA

PROYECTO
ANII



Salud mental en adolescentes. Adaptación y validación de instrumentos de screening

Cecilia Cracco, Ana Inés Machado, Valeria Valazza, Karina Becavach, Silvana Contino, Karina López Vidal, Adriana Tortorella

Financiado por la Agencia Nacional de Investigación e Innovación - Fondos María Viñas 2022 (FMV _3_ 2022_1_172732)

Publicado en 2025

DOI: 10.22235/avis.20251016



El contenido de esta publicación se encuentra bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

Cómo citar: Cracco, C., Machado, A. I., Valazza, V., Becavach, K., Contino, S., López Vidal, K., & Tortorella, A. (2025). *Salud mental en adolescentes. Adaptación y validación de instrumentos de screening*. <https://doi.org/10.22235/avis.20251016>

Presentación

La adolescencia es una etapa del desarrollo que implica rápidas modificaciones a nivel físico, emocional, cognitivo y social. En términos generales, tiende a considerarse una etapa saludable. No obstante, aproximadamente 15 % de los y las adolescentes entre 10 y 19 años padece algún trastorno mental a nivel global (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2025).

La depresión, la ansiedad, las autolesiones y los intentos de autoeliminación son algunos de los problemas de salud que se han visto recrudecidos a partir de la pandemia de COVID-19. La mayor parte de estas situaciones no son detectadas ni tratadas oportunamente (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [Unicef], 2023). Resulta relevante, por tanto, contar con instrumentos de *screening* válidos y confiables que puedan ser utilizados para la detección temprana de dificultades y otros indicadores de salud mental en la adolescencia.

Este trabajo presenta el desarrollo y los resultados del proyecto “Adaptación y validación de *screening* en control de salud mental adolescente”, financiado por la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII) en su convocatoria a Fondos María Viñas 2022 (FMV _3_2022_1_172732).

El *screening* se compone de los siguientes instrumentos: Cuestionario de Fortalezas y Debilidades (SDQ; Goodman, 1997), Escala de Suicidalidad (Okasha et al., 1981), e Índice de Bienestar General (WHO-5; World Health Organization [WHO], 2024). Los análisis psicométricos realizados aportan evidencias de validez y confiabilidad que habilitan su uso con adolescentes de Uruguay.

El texto parte de la revisión de antecedentes a nivel nacional e internacional para luego desarrollar la propuesta de *screening*, aspectos metodológicos vinculados a la toma y el análisis de los datos, y los resultados de cada instrumento y del *screening* en su conjunto. El trabajo finaliza con posibles aplicaciones prácticas, limitaciones e ideas para continuar con la investigación.

Las autoras confiamos en que este material sea de utilidad para los decisores de políticas en salud adolescente y para profesionales involucrados en la promoción, prevención y atención a problemas de salud mental de los y las adolescentes de nuestro país.

Cecilia Cracco – Universidad Católica del Uruguay

Ana Inés Machado – Universidad Católica del Uruguay

Valeria Valazza – Ministerio de Salud Pública

Karina Becavach – Coordinadora de Psicólogos del Uruguay

Silvana Contino – Universidad de la República

Karina López Vidal – Sociedad Uruguaya de Pediatría

Adriana Tortorella – Universidad de la República

Agradecimientos

Las autoras reconocemos los valiosos aportes realizados por el equipo de psicólogas involucradas en la primera etapa del desarrollo del *screening*, pertenecientes a la Universidad de la República, Universidad Católica del Uruguay, Ministerio de Salud Pública, Sociedad Uruguaya de Pediatría y Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. También agradecemos el apoyo y la confianza de las autoridades del Área Programática de Salud Adolescente y Juventud del Ministerio de Salud Pública.

Este trabajo no hubiera sido posible sin el compromiso y dedicación de los equipos directivos y técnicos de: Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE): Hospital Departamental de Rivera (Salud Mental), Hospital Departamental de Artigas, Red de Atención de Primer Nivel (RAP) Artigas Centro de Salud Bella Unión, RAP Metropolitana Centro de Salud La Cruz, Centro de Salud Sayago, Policlínica Helios Sarthou, RAP Rivera Centro de Salud Royol, Policlínica Mandubí, Policlínica Rivera Chico, RAP Tacuarembó Centro de Salud Tacuarembó; Asistencial Médica de Maldonado; Asociación Española; Centro Asistencial Lavalleja (CAMDEL); Centro de Asistencia Médica de Durazno (CAMEDUR IAMPP); Centro Médico Salto; Corporación Médica de Paysandú (COMEPA); Corporación Médica de Tacuarembó (COMTA); Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas; Médica Uruguaya; Sanatorio Mautone; Seguro Americano.

Agradecemos las revisiones de la versión ajustada del *screening* realizadas por la Dra. Alejandra López Gómez, la Dra. Lilian R. Daset y la Dra. Delfina Miller. El análisis de las propiedades psicométricas de los instrumentos contó con los invaluable aportes del Dr. César Merino Soto y el Dr. César Costa Ball.

Gracias a los equipos técnicos de la Agencia Nacional de Investigación e Innovación y de la Universidad Católica del Uruguay por su ayuda en la gestión financiera del proyecto; gracias también a la Mag. María Inés Nogueiras por la corrección de estilo y diagramación de este texto.

Nuestro más profundo agradecimiento a los y las adolescentes que participaron en las distintas instancias de esta investigación. Sus respuestas, críticas, aportes y sugerencias nos han enseñado mucho y han sido esenciales al trabajo que aquí se presenta.

Tabla de contenidos

Introducción	6
Adaptación y validación del <i>screening</i> en salud mental adolescente	8
Cuestionario de Fortalezas y Debilidades (SDQ)	14
Escala Okasha de Suicidalidad	18
Índice de Bienestar General (WHO-5)	21
<i>Screening</i> de salud mental adolescente: correlación entre escalas	24
Aportes, limitaciones y perspectivas futuras	25
Referencias	27
Apéndice A	30

Introducción

Salud mental adolescente

La adolescencia es una etapa fundamental para el desarrollo del bienestar mental, la adquisición de habilidades interpersonales y de gestión emocional, la adopción de patrones de sueño y ejercicio saludables, y el fortalecimiento de la capacidad para resolver problemas y afrontar desafíos (OMS, 2025).

A nivel global, aproximadamente 15 % de los y las adolescentes entre 10 y 19 años padece algún trastorno mental (OMS, 2025). Los resultados de un metaanálisis de 192 estudios epidemiológicos indican que casi el 35 % de los trastornos mentales inicia antes de los 14 años (Solmi et al., 2021). La violencia, la pobreza, la estigmatización, la exclusión y la vida en entornos frágiles o de crisis humanitaria pueden aumentar el riesgo de que surjan problemas de salud mental (OMS, 2025).

La depresión y la ansiedad constituyen algunas de las principales causas de enfermedad y discapacidad en adolescentes, y un número considerable de defunciones de adolescentes de entre 15 y 19 años son por suicidio (OMS, 2025). Estas problemáticas se han recrudecido en el contexto de la pandemia de COVID-19 (Amorós-Reche et al., 2025; Panchal et al., 2023; Raccanello et al., 2023).

La mayor parte de estas situaciones no son detectadas ni tratadas oportunamente, lo que incrementa la vulnerabilidad de los y las adolescentes a una serie de consecuencias adversas, incluidas la exclusión social, la discriminación, la estigmatización, así como dificultades en el ámbito educativo y una salud física deficiente (Unicef, 2023). Además, la presencia de trastornos mentales puede exponer a las personas jóvenes a vulneraciones de sus derechos humanos o a la adopción de conductas de riesgo (OMS, 2025).

En Uruguay, los problemas de salud en la adolescencia se vinculan principalmente a conductas de riesgo como consumos problemáticos de sustancias, violencias, accidentes, intentos de autoeliminación (IAE), lesiones autoinfligidas, homicidios y suicidios. El 70 % de las causas de muerte de adolescentes entre 15 y 19 años son violentas y evitables. Las primeras causas de muerte en esta franja etaria son el suicidio, junto con los accidentes de tránsito, en una tendencia que se ha mantenido estable desde el año 2020 (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2024).

Aunque el país carece de estudios epidemiológicos que evalúen dificultades en salud mental en adolescentes, existen algunos trabajos que aportan datos relevantes. Machado et al. (2021) encontraron que un tercio de los y las adolescentes liceales participantes en su estudio ($N = 540$) presentó niveles significativos en una o más de las escalas clínicas de síntomas psicopatológicos, siendo los más frecuentes la depresión, la ansiedad y las somatizaciones. Las puntuaciones más altas correspondieron a mujeres, de menor edad, y con un nivel socioeconómico más bajo.

Según el *Informe del Panel de Juventudes Encuesta Nacional Adolescencia y Juventud (ENAJ) 2018-2022* (Instituto Nacional de la Juventud et al., 2024), el 23,4 % de adolescentes entre 16 y 19 años se sintió tan triste o desesperado que dejó de hacer sus actividades habituales en las últimas dos semanas previas a la encuesta. Ante la pregunta sobre si durante los últimos 12 meses alguna vez se había considerado seriamente la posibilidad de quitarse la vida, un 12 % contestó afirmativamente. Adicionalmente, 7,6 % reportó que se había realizado alguna lesión (quemado,

cortado o lastimado intencionalmente) en los últimos 12 meses. Respecto a situaciones de violencia, un 30.8 % reportó haber sufrido algún tipo de violencia y un 45.3 % haber experimentado *bullying*, maltrato o acoso.

Un estudio realizado en el contexto de la pandemia de COVID-19, con adolescentes de Uruguay y de otros 18 países, mostró que los y las adolescentes en Uruguay fueron los que reportaron un mayor impacto negativo de la pandemia en su bienestar subjetivo y síntomas psicopatológicos (Solmi et al., 2025). En particular, las adolescentes uruguayas reportaron niveles de bienestar más bajos y mayores niveles de síntomas psicopatológicos en comparación con los varones, así como empeoramiento más marcado en casi todos los indicadores respecto al reporte realizado para dos semanas antes de la pandemia. Un número importante de adolescentes reportó autolesiones no suicidas (25,9 %), ideación suicida (38,6 %) e IAE (6,7 %) (Cracco et al., 2025).

Según datos publicados por el MSP (2025), tanto en 2023 como en 2024, la mayor tasa de IAE correspondió a adolescentes entre 15 y 19 años, con diferencias importantes según género (71 % en mujeres). La tasa de mortalidad por suicidio en el año 2024 fue de 13,38 por cada 100.000 habitantes para los adolescentes de 15 a 19 años, y de 33,21 para los adultos jóvenes de 20 a 24 años. Específicamente en el grupo de 15 a 19 años se registraron 32 suicidios (20 varones y 12 mujeres). Aunque este número es inferior al pico histórico de 45 casos alcanzado en 2022, la problemática se mantiene como un desafío significativo para la salud pública del país.

Antecedentes del *screening* en salud mental adolescente

En 2021, el Área Programática de Salud de Adolescencia y Juventud del MSP impulsó una iniciativa para la inclusión de una consulta psicológica como parte del control anual en salud de adolescentes. La iniciativa tenía como fin diseñar e implementar nuevos abordajes en salud mental en la adolescencia que, además de brindar mayores oportunidades para la detección y atención oportunas, apuntaran a fortalecer acciones de prevención y promoción de la salud mental en esta etapa vital.

Se conformó un equipo de trabajo honorario, integrado por profesionales de psicología de la Universidad de la República, Universidad Católica del Uruguay, Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, Sociedad Uruguaya de Pediatría y Ministerio de Salud Pública, que elaboró una propuesta preliminar de un dispositivo conformado por un *screening* de salud mental y una instancia de entrevista semidirigida con personal de psicología.

Respecto al *screening*, luego de una exhaustiva revisión de instrumentos, se seleccionaron tres escalas para ser aplicadas en conjunto: Cuestionario de Fortalezas y Dificultades (SDQ; Goodman, 1997), Escala Okasha de Suicidalidad (Okasha et al., 1981), e Índice de Bienestar General (WHO-5; WHO, 2024). Estos instrumentos fueron presentados a un grupo de profesionales (psicólogos/as, pediatras, psiquiatras, médicos/as de familia) de instituciones académicas y científicas del Uruguay, con experiencia de trabajo con adolescentes, quienes consideraron correcta la elección de instrumentos y realizaron aportes que posteriormente fueron considerados en la elaboración del protocolo final del *screening*.

Adaptación y validación del *screening* en salud mental adolescente

En 2022, las autoras de este trabajo presentaron ante la ANII un proyecto para la validación y adaptación del *screening* de salud mental adolescente, para el que obtuvieron financiamiento a través de los Fondos María Viñas (FMV_3_2022_1_172732).

Los objetivos generales de la propuesta fueron: (1) adaptar y validar los instrumentos que componen el *screening*, requisito fundamental para su utilización en el país; (2) posibilitar, a través del relevamiento sistemático de datos, la mejor toma de decisiones para el diseño de políticas de prevención y promoción en salud mental adolescente; (3) favorecer una mirada integral de la salud, incorporando a profesionales de la salud mental en instancias habituales para adolescentes y sus familias, mejorando el acceso y contribuyendo a desestigmatizar la consulta en salud mental; y (4) contribuir a la formación de recursos humanos en la detección temprana y mejor abordaje de situaciones de riesgo de adolescentes.

El proyecto obtuvo los avales institucionales y la aprobación de los Comités de Ética de la Universidad Católica del Uruguay y del Ministerio de Salud Pública.

Evaluaciones preliminares y ajustes lingüísticos

En el año 2023 se realizaron cuatro grupos de discusión con adolescentes entre 15 y 19 años (21 adolescentes en total). La convocatoria se realizó a través de contactos informales de las integrantes del equipo de investigación, procurando mantener cierta homogeneidad entre los cuatro grupos respecto a género, edad, nivel educativo y/o situación laboral. Se solicitó la firma del consentimiento informado de los adultos responsables (en los casos de menores de edad) y se grabó en audio el asentimiento de los y las participantes. Cada grupo de discusión tuvo una hora y media aproximada de duración, en modalidad virtual.

Luego de algunas preguntas disparadoras sobre salud mental en la adolescencia y acceso a atención en salud mental, se presentaron los instrumentos y se solicitó a los integrantes de cada grupo que realizaran aportes respecto a: claridad de las consignas, adecuación de la escala de respuesta, redacción de los ítems, orden de los instrumentos, contenido de los instrumentos, y otras preguntas que deberían agregarse.

Las grabaciones fueron analizadas de forma independiente por tres integrantes del equipo de investigación. Se sistematizaron todos los comentarios y sugerencias recibidos respecto a los instrumentos de evaluación. Con base en estos aportes, se realizaron cambios a las versiones en español utilizadas, que se detallan a continuación.

Cuestionario de Fortalezas y Debilidades (SDQ). Se sugirieron modificaciones para dos ítems. La redacción original del ítem 7: “Por lo general soy obediente” generó algunos reparos; los y las adolescentes dijeron que haría falta mayor contexto a la afirmación y que no les gustaba el término empleado. Se verificó el original en inglés (“*I usually do as I am told*”) y se decidió modificar la redacción por: “Generalmente hago lo que me piden que haga”. Por su parte, la redacción original del ítem 12: “Peleo mucho. Puedo hacer que los demás hagan lo que yo quiero” no fue vista como una única afirmación (se planteó que se podría contestar afirmativamente a la primera parte y no a la segunda, o viceversa). Se revisó la versión original en inglés (“*I fight a lot. I can make other people*”).

do what I want”) y se decidió dejar la redacción como estaba, pero seguir consultando a los adolescentes sobre este ítem en particular.

Escala Okasha de Suicidalidad. Los y las adolescentes comentaron que los ítems son “fuertes”, “muy directos”, pero que les parecía adecuado que se evaluara el riesgo suicida. Consultados específicamente sobre posibles alternativas, sugirieron no modificar ni la redacción ni la cantidad de preguntas.

El resto del *screening* y de los aspectos considerados (claridad, extensión, consignas, orden de los formularios) fueron bien evaluados, y se sugirió la incorporación de una pregunta abierta al final del protocolo. Para atender a esta última sugerencia, se añadió al final del *screening*: “Algo más que te parezca importante agregar o comentar”.

Luego de efectuar los cambios mencionados, se realizaron dos grupos de discusión con adolescentes entre 15 y 19 años (11 participantes) en modalidad presencial. En estos dos grupos, los y las adolescentes plantearon:

1. Dificultades, nuevamente, para comprender el ítem 12 del SDQ. Frente a esta situación, el equipo de investigación decidió modificar la redacción original por la siguiente formulación: “Peleo hasta lograr que los demás hagan lo que yo quiero”.
2. Ajustes en palabras de los ítems 4 y 6, para adaptarlos a las edades de los adolescentes (15 a 19 años). En el ítem 4 se eliminó la palabra “galletitas” de la versión original, y en el ítem 6 se modificó la palabra “jugar” por “estar”.
3. Ampliación de la consigna de la Escala de Suicidalidad para que sirviera de introducción y pasaje entre el SDQ y las preguntas sobre suicidio. Se cambió la redacción original “Por favor, responde las siguientes preguntas” por: “Las siguientes preguntas tienen como objetivo conocer lo que piensas y cómo te sientes sobre algunos aspectos importantes de tu vida. Por favor, contesta con sinceridad”.
4. Modificación del lapso para las respuestas a la Escala de Suicidalidad, con el propósito de obtener respuestas más específicas (en vez de contestar sobre los últimos 12 meses, consultar sobre los últimos 6 meses y antes de los últimos 6 meses).

Además de estas modificaciones, el equipo de investigación entendió que era necesario realizar dos ajustes más. Ninguna de las escalas incluía preguntas sobre autolesiones sin intencionalidad suicida, una problemática importante entre adolescentes en Uruguay (Cracco et al., 2025; MSP, 2024). Por esa razón se incluyó la pregunta tomada de la revisión de Muehlenkamp et al. (2012): “¿Te has hecho daño a ti mismo(a) sin intención de quitarte la vida?”, junto a las preguntas sobre ideación e intentos de suicidio. Por último, se modificó el orden de la escala de respuesta del Índice de Bienestar General WHO-5 (originalmente de 5: *todo el tiempo* a 0: *nunca*) para que siguiera la misma progresión de frecuencia que el resto de las escalas del *screening* (0: *nunca* a 5: *todo el tiempo*).

Consulta final a profesionales expertas

La versión modificada del *screening* y el detalle de los cambios efectuados fueron presentados a tres profesionales de la psicología de la Universidad de la República y de la Universidad Católica del Uruguay, con amplia trayectoria académica y experiencia en trabajo con adolescentes. Se solicitó

que evaluarán la conformación y formulación final del *screening*. Las expertas consideraron que los cambios eran adecuados y oportunos.

Administración del *screening* a adolescentes de Uruguay

Procedimientos para la toma de datos

La versión final del *screening*, conformada por consentimiento y asentimiento informados, cuestionario sociodemográfico, Cuestionario de Fortalezas y Dificultades (SDQ; Goodman, 1997), ítem de autolesiones, Escala de Suicidalidad (Okasha et al., 1981), e Índice de Bienestar General (WHO-5; WHO, 2024) fue configurada en la plataforma Qualtrics. A estos instrumentos, presentados siempre en el mismo orden, se les agregó el Autoinforme de Adolescentes (ADA; Daset et al., 2021), para efectuar análisis de validez convergente, y la pregunta abierta final.

Desde el MSP se invitó a prestadores de salud públicos y privados a colaborar con el proyecto, motivando a sus usuarios/as de entre 15 y 19 años a responder voluntariamente al *screening*. Participaron 20 centros de salud pertenecientes a nueve departamentos. El prestador público, ASSE, participó a través de 9 dependencias.

Mediante reuniones informativas con los directivos de los prestadores de salud y personal de los servicios de salud de adolescentes, se expusieron las características del estudio, objetivos, destinatarios, instrumentos, voluntariedad de la participación y confidencialidad de los datos, y se acordó la logística de la difusión y aplicación de la encuesta.

El *screening* se difundió en afiches físicos y digitales en los centros de salud participantes. En estos se animaba a la participación, se brindaba información del estudio y un código QR para ingresar a la encuesta. Una vez que el o la adolescente ingresaba a la encuesta en su dispositivo electrónico personal o en un dispositivo brindado por el centro de salud, encontraba el consentimiento informado para padres/tutores y el asentimiento para adolescentes. Solamente podían ingresar a la encuesta adolescentes mayores de edad que consintieran participar o adolescentes menores de edad que, además de brindar su asentimiento, contaran con el consentimiento firmado de sus padres/tutores. Ambos documentos establecían que la participación en el estudio tenía una duración aproximada de 20 minutos, que era totalmente voluntaria y que los datos e información personal proporcionada eran de carácter confidencial. Se aclaraba que, en caso de detectar respuestas indicativas de alto riesgo emocional, un miembro del equipo de investigación contactaría telefónicamente al adolescente y sus padres/tutores para brindar una devolución de los resultados y coordinar la derivación al centro de salud de modo de asegurar la atención necesaria.

El período de relevamiento de datos fue de marzo a octubre de 2024. Los cuestionarios fueron procesados de manera electrónica y la base de datos se alojó de forma segura en un servidor de la Universidad Católica del Uruguay, con acceso restringido a dos miembros del equipo de investigación.

Manejo de situaciones de riesgo y devolución general de resultados

En un plazo no mayor a tres días de completada la encuesta, y en los casos de detección de situaciones de riesgo, un miembro del equipo de investigación contactó telefónicamente al o a la

adolescente y su referente adulto, para informarles sobre las respuestas brindadas y realizar las coordinaciones con el centro de salud. Además, se proporcionó a los padres/tutores información sobre signos de alerta y pautas de acción.

Al finalizar la toma de datos, se detectaron y gestionaron 146 situaciones de riesgo. El criterio considerado por el equipo de investigación para identificar una situación como de riesgo se basó en el punto de corte recomendado por la versión utilizada de la Escala Okasha de Suicidalidad (Salvo et al., 2009), y la combinación de presencia de autolesiones y un resultado por debajo del punto de corte recomendado en el manual del WHO-5 (WHO, 2024).

Al finalizar la toma de datos, los prestadores obtuvieron un informe con los resultados globales de la aplicación de la encuesta. También fueron invitados a participar en instancias de capacitación sobre la administración del *screening* y talleres de prevención y promoción de salud mental para adolescentes sobre manejo del estrés, prevención del suicidio entre pares y consumo de sustancias. Se elaboró una guía detallada de dichos talleres, que incluyó los materiales e insumos necesarios para su adecuada instrumentación.¹ Los talleres también fueron realizados por miembros del equipo de investigación con adolescentes que recibieron invitaciones a través de los centros de salud.

Participantes del estudio

Se obtuvieron respuestas de 729 adolescentes. Del total de casos, 63 fueron descartados por quedar fuera del rango de edad del estudio y otros 68 porque no contenían la firma del asentimiento y consentimiento informados (y, por tanto, tampoco respuestas a la encuesta). De los 598 casos restantes, se descartaron 60 participantes porque no brindaron respuestas a uno o más de los instrumentos (SDQ, EOS o WHO-5).

La muestra final se conformó por 538 adolescentes entre 15 y 19 años ($M = 16.7$, $DE = 1.4$), usuarios/as de centros de salud públicos (8 %) y privados (92 %). En la Tabla 1 se presentan las características sociodemográficas y datos generales sobre la atención en salud mental de los/las adolescentes participantes.

¹ Se puede solicitar más información al correo: vvalazza@msp.gub.uy

Tabla 1*Características sociodemográficas de los y las adolescentes (N = 538)*

	<i>n</i>	%
Departamento de residencia		
Artigas	1	0.2
Canelones	26	4.4
Colonia	1	0.2
Durazno	11	1.8
Florida	1	0.2
Lavalleja	12	2
Maldonado	124	20.8
Montevideo	255	42.9
Paysandú	36	6.1
Río Negro	2	0.3
Rivera	27	4.5
Salto	62	10.4
San José	6	1
Tacuarembó	31	5.2
Edad		
15	143	26.6
16	119	22.1
17	113	21
18	90	16.7
19	73	13.6
Género		
Femenino	398	74
Masculino	125	23.2
Otro	15	2.8
Estudia		
Sí	498	92.5
No	40	7.5
Trabaja		
Sí	56	10.5
No	482	89
Núcleo familiar		
Biparental	246	45.7
Monoparental	166	30.9
Ensamblado	76	14.1
Otros núcleos de convivencia	50	9.3
Atención psicológica en el último año		
Sí	220	41
No	318	59
Atención con psiquiatra en el último año		
Sí	138	25.7
No	400	74.3

Análisis de datos

Se desarrolló una serie de análisis psicométricos para obtener evidencias de validez y confiabilidad de cada uno de los instrumentos que conforman el *screening* en salud mental. En primer lugar, se realizaron análisis descriptivos de los ítems. Según el instrumento, se utilizó la Teoría de Respuesta al Ítem o la Teoría Clásica de los Tests para analizar la dimensionalidad. En cada caso, se utilizaron los criterios y puntos de corte recomendados en la literatura para evaluar el ajuste de los datos a las estructuras propuestas originalmente para cada escala. Se efectuaron análisis de invarianza por género (varones y mujeres) y por población clínica y no clínica (se consideró población clínica a quienes recibieron atención psicológica y/o psiquiátrica durante el último año). Se estudió la fiabilidad de cada uno de los instrumentos y la validez convergente/discriminante con las escalas del *screening* y también con el ADA (Daset et al., 2021).

El detalle de los análisis psicométricos realizados se encuentra en artículos enviados a revistas científicas.² Los resultados de los análisis de propiedades psicométricas se presentan junto a la descripción de cada instrumento.

² Se puede solicitar más información al correo: ccracco@ucu.edu.uy.

Cuestionario de Fortalezas y Debilidades (SDQ)

El Cuestionario de Fortalezas y Dificultades (*Strengths and Difficulties Questionnaire* [SDQ]; Goodman, 1997) es uno de los más utilizados a nivel global para la detección de dificultades de salud mental de niños, niñas y adolescentes (Fajardo-Bullón et al., 2019; Ortuño-Sierra et al., 2016). El SDQ presenta la ventaja de incluir también un aspecto positivo o fortaleza como la prosocialidad. A pesar de su amplia utilización, la estructura factorial del SDQ ha sido cuestionada (Kulawiak et al., 2020). En Uruguay, existen dos estudios de validación del SDQ para la versión de padres de niños preescolares (Castillo & Ortuño, 2023) y escolares (Costa-Ball et al., 2023).

Población destinataria

Niños y adolescentes entre 2 y 17 años. Existen versiones para padres, maestros y profesores, y también una versión autoadministrada, que fue la que se utilizó en este trabajo.

Características generales

El SDQ se conforma por 25 ítems, agrupados en cinco subescalas: una que evalúa fortalezas (prosocialidad), y las otras cuatro, distintos tipos de dificultades (emocionales, vínculos con pares, conducta, hiperactividad). Los ítems se puntúan en una escala Likert de 3 puntos (0: *no es cierto*, 1: *es cierto*, 2: *absolutamente cierto*).

La subescala de conducta prosocial se conforma por los ítems 1, 4, 9, 17 y 20. Las dificultades emocionales se evalúan con los ítems 3, 8, 13, 16, 24; los problemas de vínculo con pares con los ítems 6, 11, 14, 19, 23; los problemas de conducta con los ítems 5, 7, 12, 18, 22; y la hiperactividad con los ítems 2, 10, 15, 21, 25.

Las subescalas de dificultades del SDQ se pueden agrupar en problemas de tipo internalizante (problemas emocionales + problemas de relacionamiento con pares) y problemas de tipo externalizante (problemas de conducta + síntomas de hiperactividad e inatención) (Goodman et al., 2010).

Corrección e interpretación de resultados

Los ítems 7, 11, 14, 21 y 25 deben ser invertidos para la correcta interpretación de los resultados. Una vez efectuado este procedimiento, se debe sumar el puntaje correspondiente a cada subescala. Los puntajes de cada subescala pueden oscilar entre 0 y 10 puntos. Para la escala de prosocialidad, mayor puntaje indica mayor prosocialidad; para las escalas de dificultades, mayor puntaje indica mayores síntomas reportados. En la página oficial del instrumento se ofrecen normas orientativas para la interpretación de los resultados (Goodman, 2025).

Presentación

En este trabajo se utilizó la traducción al español del Río de la Plata, publicada en la página oficial del instrumento (Goodman, 2025). Se efectuaron modificaciones en la redacción de algunos ítems, tal como se detalló en el apartado de *Evaluaciones preliminares y ajustes lingüísticos*. A continuación, se presenta la consigna y la versión final utilizada en este estudio.

Por favor coloca una cruz en el cuadro que creas que mejor responde a cada una de las afirmaciones. Es importante que respondas a todas las preguntas lo mejor que puedas, aunque no estés completamente seguro/a de la respuesta, o te parezca una pregunta rara. Responde a las preguntas pensando cómo fueron los últimos seis meses.

		No es cierto	Un tanto cierto	Totalmente cierto
1	Intento ser agradable con los demás. Tengo en cuenta los sentimientos de las otras personas	0	1	2
2	Soy inquieto/a, hiperactivo/a, no puedo permanecer quieto/a por mucho tiempo	0	1	2
3	Suelo tener muchos dolores de cabeza, estómago o náuseas	0	1	2
4	Normalmente comparto con otros mis juegos, lápices, etc.	0	1	2
5	Cuando me enojo, me enojo mucho y pierdo el control	0	1	2
6	Soy más bien solitario/a y tiendo a estar solo/a	0	1	2
7	Generalmente hago lo que me piden que haga	0	1	2
8	A menudo estoy preocupado/a	0	1	2
9	Ayudo si alguien está enfermo, disgustado o herido	0	1	2
10	Estoy todo el tiempo moviéndome, me muevo demasiado	0	1	2
11	Tengo un/a buen/a amigo/a por lo menos	0	1	2
12	Peleo hasta lograr que los demás hagan lo que yo quiero	0	1	2
13	Me siento a menudo triste, desanimado o con ganas de llorar	0	1	2
14	Por lo general caigo bien a la otra gente de mi edad	0	1	2
15	Me distraigo con facilidad, me cuesta concentrarme	0	1	2
16	Me pongo nervioso/a con las situaciones nuevas, fácilmente pierdo la confianza en mí mismo/a	0	1	2
17	Trato bien a los niños/as más pequeños/as	0	1	2
18	A menudo me acusan de mentir o de hacer trampa	0	1	2
19	Otros chicos de mi edad se meten conmigo o se burlan de mí	0	1	2
20	A menudo ofrezco mi ayuda (a padres, profesores, niños)	0	1	2
21	Pienso las cosas antes de hacerlas	0	1	2
22	Tomo cosas que no son mías de casa, la escuela o de otros sitios	0	1	2
23	Me llevo mejor con adultos que con otros de mi edad	0	1	2
24	Tengo muchos miedos, me asusto fácilmente	0	1	2
25	Termino lo que empiezo, tengo buena concentración	0	1	2

Propiedades psicométricas del SDQ con adolescentes uruguayos

Análisis de validez

Para analizar dimensionalidad del SDQ se puso a prueba la estructura original de cinco factores a través de un análisis factorial confirmatorio (AFC). Los resultados mostraron que los datos no lograron un ajuste aceptable a la estructura propuesta ($\chi^2(265) = 3.04$, CFI = .87, RMSEA = .061, IC 90% [.056, .065], SRMR = .072). Considerando este resultado, se reespecificó el modelo permitiendo la correlación de los errores de los ítems 2 y 10 del factor hiperactividad, y se logró un adecuado ajuste ($\chi^2(264) = 2.20$, CFI = .92, RMSEA = .046, IC 90% [.041, .052], SRMR = .064).

Considerando la posible utilidad de evaluar únicamente tres dimensiones (prosocialidad, síntomas internalizantes, síntomas externalizantes) en muestras comunitarias (Goodman et al., 2010), se testeó la adecuación de los datos a la estructura de tres factores. Los resultados de los AFC realizados no permitieron confirmar esa estructura factorial (aún reespecificando el modelo).

Análisis de invarianza

Se analizó la invarianza por género (equivalencia entre grupos masculino y femenino) con resultados que permiten afirmar que el SDQ mide de manera similar las fortalezas y debilidades entre adolescentes varones y mujeres. También se confirmó la invarianza entre los grupos de población clínica y población no clínica.

Análisis de fiabilidad

Se obtuvieron los siguientes índices ω de fiabilidad: prosocialidad .69, problemas emocionales .74, problemas de vínculos con pares .59, problemas de conducta .55, hiperactividad .68.

Datos descriptivos del SDQ con adolescentes uruguayos

La Tabla 2 presenta los datos descriptivos de las escalas del SDQ según variables sociodemográficas.

Tabla 2

Datos descriptivos de fortalezas y debilidades en adolescentes uruguayos (N = 538)

	Prosocialidad <i>M (DE)</i>	Problemas emocionales <i>M (DE)</i>	Problemas con pares <i>M (DE)</i>	Problemas conducta <i>M (DE)</i>	Hiperactividad <i>M (DE)</i>
Total	7.82 (1.97)	4.81 (2.65)	3.01 (2.04)	2.76 (1.85)	4.81 (2.51)
Prestador de salud					
Mutualistas / seguro privado	7.85 (1.93)	4.79 (2.64)	2.95 (1.97)	2.74 (1.86)	4.77 (2.52)
ASSE	7.55 (2.36)	4.95 (2.87)	3.84 (2.60)	3.00 (1.69)	5.29 (2.31)
Residencia					
Montevideo	7.94 (2.01)	4.93 (2.66)	2.97 (2.03)	2.71 (1.85)	4.51 (2.40)
Otros departamentos	7.73 (1.93)	4.72 (2.77)	3.04 (2.04)	2.80 (1.86)	5.04 (2.57)
Edad					
15	7.34 (2.14)	4.29 (2.78)	2.80 (2.05)	2.87 (2.03)	4.87 (2.54)
16	7.86 (1.92)	4.50 (2.67)	3.00 (2.10)	2.62 (1.57)	4.73 (2.58)
17	7.80 (1.90)	5.26 (2.65)	3.04 (2.00)	2.98 (1.97)	4.94 (2.63)
18	8.23 (1.90)	5.20 (2.74)	3.13 (2.18)	2.77 (1.96)	4.67 (2.54)
19	8.21 (1.70)	5.15 (2.04)	3.25 (1.76)	2.42 (1.55)	4.79 (2.13)
Género					
Femenino	8.07 (1.83)	5.15 (2.51)	2.99 (2.07)	2.74 (1.82)	4.76 (2.49)
Masculino	7.26 (2.08)	3.50 (2.70)	2.89 (1.87)	2.62 (1.83)	4.73 (2.47)
Otro	5.73 (2.43)	6.73 (1.94)	4.53 (2.07)	4.47 (2.10)	6.87 (2.61)
Estudia					
Sí	7.89 (1.92)	4.75 (2.62)	2.91 (1.99)	2.71 (1.83)	4.76 (2.51)
No	6.98 (2.36)	5.60 (2.94)	4.20 (2.20)	3.43 (2.01)	5.40 (2.40)
Trabaja					
Sí	7.93 (1.95)	5.73 (2.25)	3.54 (1.91)	3.07 (1.86)	5.27 (2.42)
No	7.80 (1.97)	4.70 (2.68)	2.95 (2.04)	2.73 (1.85)	4.76 (2.51)
Núcleo familiar					
Biparental	7.66 (2.05)	4.71 (2.64)	2.72 (1.94)	2.72 (1.82)	4.64 (2.43)
Monoparental	7.95 (1.94)	4.83 (2.67)	3.33 (2.09)	2.76 (1.95)	4.71 (2.61)
Ensamblado	8.01 (1.82)	4.66 (2.72)	2.80 (1.98)	2.78 (1.76)	5.38 (2.52)
Otros núcleos de convivencia	7.86 (1.85)	5.48 (2.54)	3.68 (2.13)	2.96 (1.86)	5.12 (2.40)
Atención psicológica en el último año					
Sí	7.82 (2.03)	5.50 (2.38)	3.39 (2.03)	3.05 (1.98)	5.29 (2.59)
No	7.82 (1.93)	4.33 (2.73)	2.75 (2.00)	2.56 (1.74)	4.48 (2.40)
Atención con psiquiatra en el último año					
Sí	7.52 (2.08)	5.78 (2.39)	3.80 (2.20)	3.53 (2.15)	5.64 (2.70)
No	7.92 (1.92)	4.48 (2.66)	2.74 (1.90)	2.50 (1.66)	4.52 (2.37)

Nota. M: media. DE: desvío estándar.

Escala Okasha de Suicidalidad

Como parte de las estrategias de prevención del suicidio, instituciones como el National Mental Health Institute (NIMH, s.f.), la American Academy of Pediatrics (Hua, 2023) y Zero Suicide (s.f.) recomiendan el uso de preguntas de *screening* sobre ideas y comportamientos suicidas. En América Latina, investigadores de Chile (Salvo et al., 2009; Zulic Agramunt et al., 2019), Colombia (Campo-Arias et al., 2019) y Perú (Baños-Chaparro & Reyes-Arquiñe, 2022) han adaptado con adolescentes la herramienta de tamizaje para riesgo suicida Escala Okasha de Suicidalidad (Okasha et al., 1981).

Población destinataria

Adolescentes y adultos de población general y población clínica.

Características generales

La Escala Okasha de Suicidalidad (Okasha et al., 1981) se compone por cinco ítems; los cuatro primeros evalúan ideación suicida y el quinto, IAE. En Latinoamérica, Salvo et al. (2009) tradujeron y adaptaron el instrumento con adolescentes chilenos, utilizando una versión de cuatro ítems (tres para la evaluación de la ideación suicida y un ítem para IAE). Los ítems se responden en una escala tipo Likert desde 0: *nunca* hasta 3: *muchas veces*.

Corrección e interpretación de resultados

La puntuación total de suicidalidad se obtiene sumando todos los ítems. El rango de puntuación para la escala total varía entre 0 y 12 puntos. También se puede considerar únicamente la suma de los ítems que corresponden a la subescala de ideación suicida. En los estudios psicométricos de Salvo et al. (2009) se estableció como puntaje de corte un resultado de 5 puntos de ideación suicida (sensibilidad 90 % y especificidad 79 %), con un 81 % de clasificaciones correctas respecto al ítem de IAE.

Presentación

En este trabajo se utilizó la versión traducida al español y adaptada a adolescentes chilenos por Salvo et al. (2009). Como se explicó anteriormente, a esta escala se agregó un ítem para evaluar la presencia de autolesiones sin intencionalidad suicida. A continuación, se presenta la escala final administrada.

Las siguientes preguntas tienen como objetivo conocer lo que piensas y cómo te sientes sobre algunos aspectos importantes de tu vida. Por favor, contesta con sinceridad.									
		En los últimos 6 meses				Antes de los últimos 6 meses			
		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Muchas veces	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Muchas veces
0	¿Te has hecho daño a ti mismo(a) sin intención de quitarte la vida?	0	1	2	3	0	1	2	3
1	¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena?	0	1	2	3	0	1	2	3
2	¿Has deseado alguna vez estar muerto?	0	1	2	3	0	1	2	3
3	¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida?	0	1	2	3	0	1	2	3
4	¿Has intentado suicidarte?	0	1	2	3	0	1	2	3

Propiedades psicométricas de la Escala de Suicidalidad en adolescentes de Uruguay

Análisis de validez

Se estudió la estructura interna mediante un AFC. Considerando los estudios psicométricos realizados en la región se testearon dos modelos unidimensionales: ideación suicida (tres ítems) y riesgo suicida (total de ítems) obteniendo, en ambos casos, buenos indicadores de ajuste. El ajuste del modelo con los tres ítems de ideación suicida ($\text{uSRMR } Z = 0.00$ ($p = 1.00$), $\text{uSRMR} = .000$ 90% CI [.00, .00], $\text{CFI} = 1.000$) fue ligeramente superior al ajuste para el modelo con el total de ítems ($\text{uSRMR } Z = 2.28$ ($p = .02$), $\text{uSRMR} = .012$ 90% CI [.002, .011], $\text{CFI} = 1.000$).

Análisis de invarianza

Se analizó la invarianza por género (equivalencia entre grupos masculino y femenino), edad, y atención psicológica y con psiquiatra (Sí/No), con resultados que permiten afirmar que la Escala de Suicidalidad mide de manera similar la ideación y el riesgo suicida entre los varones y las mujeres, entre las distintas edades, y según estén o no recibiendo atención en salud mental.

Análisis de fiabilidad

Los índices de fiabilidad ω fueron de .93 tanto para la escala total como para la escala de ideación suicida.

Datos descriptivos de la Escala de Suicidalidad para adolescentes de Uruguay

En la Tabla 3 se presentan los datos descriptivos del ítem de autolesiones y de la Escala Okasha de Suicidalidad según variables sociodemográficas, considerando únicamente los datos reportados para los últimos 6 meses.

Tabla 3

Datos descriptivos autolesiones y suicidalidad en adolescentes uruguayos (N = 538)

	Autolesiones M (DE)	Ideación suicida M (DE)	IAE M (DE)	Riesgo suicida M (DE)
Total	0.45 (0.81)	2.43 (2.80)	0.16 (0.54)	2.59 (3.09)
Prestador de salud				
Mutualistas / seguro privado	0.43 (0.79)	2.39 (2.76)	0.15 (0.54)	2.54 (3.06)
ASSE	0.74 (1.06)	2.95 (3.18)	0.24 (0.54)	3.18 (3.44)
Residencia				
Montevideo	0.45 (0.84)	2.34 (2.83)	0.14 (0.52)	2.48 (3.11)
Otros departamentos	0.45 (0.80)	2.50 (2.77)	0.17 (0.55)	2.66 (3.08)
Edad				
15	0.43 (0.83)	2.27 (2.68)	0.14 (0.50)	2.41 (2.97)
16	0.44 (0.75)	2.50 (2.82)	0.13 (0.50)	2.63 (3.04)
17	0.45 (0.83)	2.51 (2.76)	0.16 (0.49)	2.67 (3.00)
18	0.51 (0.89)	2.52 (3.14)	0.23 (0.70)	2.76 (3.59)
19	0.41 (0.76)	2.38 (2.62)	0.15 (0.52)	2.53 (2.94)
Género				
Femenino	0.45 (0.78)	2.49 (2.76)	0.15 (0.52)	2.64 (3.02)
Masculino	0.29 (0.69)	1.75 (2.42)	0.07 (0.32)	1.82 (2.55)
Otro	1.67 (1.34)	6.53 (3.18)	1.13 (1.25)	7.67 (4.17)
Estudia				
Sí	0.41 (0.78)	2.29 (2.71)	0.13 (0.69)	2.42 (2.94)
No	0.93 (1.05)	4.13 (3.31)	0.55 (1.01)	4.67 (4.10)
Trabaja				
Sí	0.50 (0.87)	2.84 (2.92)	0.18 (0.57)	3.02 (3.27)
No	0.44 (0.81)	2.38 (2.78)	0.16 (0.53)	2.54 (3.07)
Núcleo familiar				
Biparental	0.34 (0.72)	2.10 (2.58)	0.11 (0.47)	2.21 (2.84)
Monoparental	0.53 (0.88)	2.75 (2.96)	0.16 (0.48)	2.91 (3.21)
Ensamblado	0.50 (0.86)	2.28 (2.61)	0.18 (0.60)	2.46 (2.91)
Otros núcleos de convivencia	0.64 (0.87)	3.24 (3.30)	0.34 (0.82)	3.58 (3.80)
Atención psicológica en el último año				
Sí	0.60 (0.92)	3.16 (2.95)	0.29 (0.74)	3.45 (3.39)
No	0.34 (0.71)	1.92 (2.57)	0.07 (0.31)	1.99 (2.72)
Atención con psiquiatra en el último año				
Sí	0.79 (1.03)	3.80 (2.95)	0.33 (0.74)	4.14 (3.35)
No	0.33 (0.69)	1.95 (2.58)	0.10 (0.43)	2.05 (2.81)

Índice de Bienestar General (WHO-5)

El *World Health Organization Well-Being Index* es uno de los instrumentos más utilizados a nivel mundial para la medición del bienestar subjetivo. Es también un instrumento útil para la detección de la depresión (Topp et al., 2015). Ha sido traducido a más de 30 idiomas y validado en distintos grupos etarios y poblacionales (e.g. Nylén-Eriksen et al., 2022; Pheko et al., 2023; Sischka et al., 2020; Sischka et al., 2025).

El instrumento original fue desarrollado en el *Psychiatric Centre North Zealand*, con 28 ítems destinados a evaluar el bienestar subjetivo en pacientes con diabetes. Sucesivos análisis psicométricos dieron paso a la versión actual, de uso libre, compuesta por cinco ítems (WHO-5) que miden estado de ánimo positivo, vitalidad e interés general. En 2024, el *Psychiatric Centre North Zealand* y la OMS acordaron otorgar el copyright del instrumento a la OMS (WHO, 2024).

Población destinataria

Adolescentes y adultos de población general y población clínica.

Características generales

El WHO-5 se conforma por 5 ítems que se responden en una escala tipo Likert de 6 puntos (5: *todo el tiempo*; 0: *nunca*), respecto a cómo la persona se ha sentido en las dos últimas semanas.

Corrección e interpretación de resultados

Para la corrección del instrumento se realiza la suma directa de los puntajes de los ítems. A mayor puntaje, mayor bienestar, en un rango entre 0 y 25 puntos. Puntajes menores de 13 indican la necesidad de una evaluación específica de problemas en salud mental, en particular depresión (WHO, 2024).

Presentación

En este estudio se tomó la versión traducida al español por la *Psychiatric Research Unit* de la OMS (WHO, 1998). Como se explicó antes, para facilitar la administración, se modificó el orden de la escala de respuesta para que acompañara el sentido de aumento de frecuencia del resto de los instrumentos del *screening*. A continuación, se presenta la consigna y la versión final utilizada en este estudio.

Te pedimos que leas 5 afirmaciones sobre cómo has estado durante las dos últimas semanas							
		Nunca	De vez en cuando	Menos de la mitad del tiempo	Más de la mitad del tiempo	La mayor parte del tiempo	Todo el tiempo
1	Me he sentido alegre y de buen ánimo	0	1	2	3	4	5
2	Me he sentido tranquilo/a y relajado/a	0	1	2	3	4	5
3	Me he sentido activo/a y con energía	0	1	2	3	4	5
4	Me he levantado sintiéndome bien y relajado/a	0	1	2	3	4	5
5	Mi vida diaria ha tenido cosas interesantes para mí	0	1	2	3	4	5

Propiedades psicométricas del WHO-5 en adolescentes uruguayos

Análisis de validez

Se estudió la estructura interna del WHO-5 a través de la Teoría de Respuesta al Ítem. Los resultados confirmaron la unidimensionalidad de la escala ($uSRMR Z = 13.44$ ($p < .01$), $uSRMR = .011$, $CFI = 1.000$). En la muestra uruguaya, los ítems fueron bien comprendidos y funcionaron de manera cohesiva, con un alto poder discriminativo ($\alpha > 1.90$). Los parámetros de dificultad (β) confirmaron que los ítems cubren de manera uniforme el rango de bienestar evaluado. Además, la independencia local fue confirmada, lo que demuestra que cada ítem mide un aspecto único del rasgo latente.

Análisis de invarianza

Se analizó la invarianza por género (equivalencia entre grupos masculino y femenino) con resultados que permiten afirmar que el WHO-5 mide de manera similar el bienestar subjetivo entre adolescentes varones y mujeres.

Análisis de fiabilidad

El índice ω de fiabilidad de la escala total fue de .93 (IC 95 % [.91, .94]).

Datos descriptivos del WHO-5 para adolescentes de Uruguay

Para el total de la muestra, el puntaje medio de bienestar fue de 12.16 ($DE = 5.88$). En la Tabla 4 se presentan los datos descriptivos del puntaje total del WHO-5 según variables sociodemográficas.

Tabla 4*Datos descriptivos del WHO-5 en adolescentes uruguayos (N = 538)*

	<i>Media</i>	<i>Desvío estándar</i>
Prestador de salud		
Mutualistas / seguro privado	12.23	5.82
ASSE	11.58	6.69
Residencia		
Montevideo	12.16	5.96
Otros departamentos	12.16	5.83
Edad		
15	13.07	5.81
16	11.81	6.32
17	12.02	5.96
18	11.91	5.96
19	11.49	4.93
Género		
Femenino	11.63	5.73
Masculino	14.18	5.89
Otro	9.29	6.00
Estudia		
Sí	12.29	5.88
No	10.49	5.65
Trabaja		
Sí	11.53	4.94
No	12.23	5.98
Núcleo familiar		
Biparental	12.60	5.91
Monoparental	11.74	5.89
Ensamblado	12.49	5.58
Otros núcleos de convivencia	10.96	6.05
Atención psicológica en el último año		
Sí	11.20	5.69
No	12.82	5.93
Atención con psiquiatra en el último año		
Sí	10.52	5.92
No	12.73	5.77

Screening de salud mental adolescente: correlación entre escalas

En la Tabla 5 se presentan las correlaciones entre las escalas que componen el *screening*. Los análisis de correlación se realizaron con el estadístico *Rho* de Spearman, luego de que la prueba de Kolmogorov-Smirnov mostrara que ninguna de las variables presenta una distribución normal. El *screening* completo se incluye en el Apéndice A.

Tabla 5

Correlaciones entre resultados de las escalas del screening (N = 538)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Prosocialidad									
2. Problemas emocionales	-.06								
3. Problemas con pares	-.280**	.391**							
4. Problemas de conducta	-.327**	.317**	.307**						
5. Hiperactividad	-.220**	.398**	.261**	.386**					
6. Autolesiones	-.176**	.407**	.277**	.276**	.300**				
7. Ideación suicida	-.171**	.584**	.368**	.339**	.384**	.580**			
8. Intentos de autoeliminación	-.145**	.256**	.265**	.229**	.202**	.471**	.442**		
9. Riesgo suicida	-.173**	.580**	.371**	.344**	.386**	.587**	.998**	.487**	
10. Bienestar	.238**	-.601**	-.415**	-.283**	-.351**	-.418**	-.537**	-.242**	-.534**

Nota. Para autolesiones, ideación, intentos de autoeliminación y riesgo suicida, se consideraron únicamente los datos reportados para los últimos 6 meses.

** $p < .001$

Aportes, limitaciones y perspectivas futuras

Este estudio muestra la viabilidad y utilidad de un *screening* psicológico autoadministrado para evaluar adolescentes en contextos de atención sanitaria. Los resultados confirman que los instrumentos son válidos y confiables para la detección de indicadores de prosocialidad, dificultades, autolesiones, riesgo suicida y bienestar en adolescentes de Uruguay. Además, este trabajo ofrece resultados que respaldan el uso de cada uno de los instrumentos por separado, tanto con fines aplicados como de investigación.

Numerosos países y estudios transnacionales han incorporado instrumentos de *screening* para el relevamiento sistemático de indicadores de salud mental, dotando a los sistemas sanitarios de información valiosa para la toma de decisiones, diseños de políticas en salud y evaluación de sus impactos. Pueden mencionarse, por ejemplo, al estudio coordinado por la OMS *Health Behaviour in School-aged Children* (WHO, 2025) que incluye a 51 países de Europa, Asia Central y Norteamérica y que utiliza, entre otros instrumentos, el WHO-5 para la evaluación del bienestar subjetivo de adolescentes. Asimismo, el estudio conducido por el grupo Global Child and Adolescent Mental Health Study (GCAMHS, 2025), que incluye a 32 países de Europa, Asia, África y también América Latina (Argentina), y utiliza como uno de sus instrumentos el SDQ.

Implicaciones para la práctica basada en la evidencia

La potencial integración de este *screening* en la práctica de la atención sanitaria tiene varias implicaciones significativas. En primer lugar, promueve un enfoque de atención proactiva, al permitir la detección sistemática de problemas de salud mental que, de otro modo, podrían pasar desapercibidos en consultas rutinarias. En segundo lugar, facilita la toma de decisiones clínicas informadas. La información cuantitativa obtenida a través del *screening* puede ser utilizada por profesionales de la salud para priorizar casos, derivar a especialistas de manera oportuna y diseñar planes de evaluación y/o tratamientos más ajustados a las necesidades específicas de cada usuario. La estandarización de la evaluación a través de instrumentos validados también contribuye al diagnóstico, realizado por un profesional de la salud mental, y al seguimiento y valoración de las intervenciones. Por último, esta herramienta podría servir como una valiosa fuente de datos para la investigación y la política pública. La recolección sistemática de información a gran escala sobre la salud mental adolescente podría facilitar la identificación de tendencias epidemiológicas, evaluar la eficacia de los programas de salud existentes y diseñar políticas de intervención basadas en evidencia.

Es importante tomar en cuenta que los resultados de la aplicación de instrumentos de evaluación psicológica conllevan una serie de responsabilidades éticas y profesionales. La interpretación de los resultados debe ser realizada por un profesional de la salud mental. Relevar datos que involucran malestar psicológico y, en particular, riesgo suicida, debe implicar necesariamente la existencia de dispositivos y protocolos de actuación que se activen para dar respuesta oportuna a cada situación.

Inicialmente, el *screening* había sido concebido como parte de un dispositivo más amplio que incluía una instancia de entrevista psicológica para quienes quisieran recibir una devolución de sus resultados, profundizar en algún aspecto en particular o contar con información psicoeducativa de carácter preventivo o de promoción en salud mental. En los casos en los que se detectara una

situación de riesgo, la instancia de entrevista con personal de psicología iniciaba las acciones y coordinaciones para la mejor atención de cada adolescente y sus referentes adultos.

Limitaciones y futuras líneas de investigación

Este trabajo presenta limitaciones que deben ser reconocidas y abordadas en futuras investigaciones.

Un primer aspecto metodológico importante de mencionar es que la muestra fue tomada por conveniencia y no es representativa de la población adolescente del Uruguay, lo cual impide la generalización de los resultados a todos los y las adolescentes del país.

Si bien los resultados de las propiedades psicométricas analizadas brindan apoyo al uso de las escalas, los índices de fiabilidad de las escalas del SDQ están por debajo de lo que se recomienda para ámbitos de investigación ($> 0,70$) o diagnóstico ($> 0,80$) (Carretero-Dios & Pérez, 2007).

Respecto a la propuesta de screening de salud mental, una posible limitación reside en el formato de autorreporte de los instrumentos, que puede verse influenciado por la deseabilidad social o la falta de *insight* sobre sus propias emociones, pensamientos y conductas. La solidez de los resultados podría mejorar mediante la inclusión de otras fuentes de información, como la opinión de los padres/referentes adultos o los profesionales de la salud.

Futuras líneas de investigación podrían:

1. Considerar muestras más amplias y representativas de la población adolescente, completar los estudios psicométricos realizados en este estudio, calculando puntos de corte (sensibilidad y especificidad) y desarrollando baremos para cada uno de los instrumentos.
2. En caso de que el *screening* se administrara de forma sistemática, desarrollar algoritmos predictivos que identificaran con mayor precisión a los y las adolescentes en mayor riesgo de desarrollar dificultades graves de salud mental a largo plazo.
3. Considerar la incorporación de variables contextuales en relación con la salud mental de los y las adolescentes, así como incluir otras áreas de evaluación del bienestar, fortalezas y problemas de salud mental.

Referencias

- Amorós-Reche, V., Morales, A., Francisco, R., Delvecchio, E., Mazzeschi, C., Godinho, C., Pedro, M., Molina, J., Espada, J. P., & Orgilés, M. (2025). Three years after the pandemic: How has the mental health of children and adolescents evolved? A Longitudinal study in Italy, Spain, and Portugal. *The Spanish Journal of Psychology*, 28, e10. <https://doi.org/10.1017/sjp.2025.8>
- Baños-Chaparro, J., & Reyes-Arquiñeño, M. (2022). Escala de suicidalidad: Evidencias psicométricas en adolescentes peruanos. *Revista de la Universidad del Zulia*, 37, 291-304. <https://doi.org/10.46925/rdluz.37.19>
- Campo-Arias, A., Zuñiga-Díaz, Z. M., Mercado-Marín, A. L., & García-Tovar, A. (2019). Análisis de factores y de la consistencia interna de la Escala de Okasha para Suicidalidad en adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 45(1).
- Carretero-Dios, H., & Pérez, C. (2007). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales: consideraciones sobre la selección de tests en la investigación psicológica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 863-882.
- Castillo, M., & Ortuño, V. (2023). Estudio psicométrico del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) para niños de 2 a 4 años en Uruguay. *Revista de Psicología*, 19(37), 7-22. <https://doi.org/10.46553/RPSI.19.37.2023.p7-22>
- Costa-Ball, C. D., Cracco, C., Cuadro, A., & López García, J. J. (2023). Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): An update of the literature and instrumental study with schoolchildren. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 55, 140-148. <https://doi.org/10.14349/rlp.2023.v55.16>
- Cracco, C., Anselmi, A., Machado, A., Estrade, N., Estradé, A., Solmi, M., & Correll, C. U. (2025). Impactos de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de adolescentes uruguayos. *Suma Psicológica*, 32(1), 44-53. <https://doi.org/10.14349/sumapsi.2025.v32.n1.5>
- Daset, L. R., Fernández, M. E., Costa-Ball, D., Peirano, N., Castelluccio, L., & López-Soler, C. (2021). *Autoinforme de Adolescentes (ADA): Manual de aplicación, corrección e interpretación*. Universidad Católica del Uruguay. <https://doi.org/10.22235/ada2021>
- Fajardo-Bullón, F., Rasskin-Gutman, I., León-del Barco, B., Ribeiro dos Santos, E. J., & Iglesias Gallego, D. (2019). International and Spanish findings in scientific literature about minors' mental health: Predictive factors using the Strengths and Difficulties Questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(9), 1603. <https://doi.org/10.3390/ijerph16091603>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2023). *Salud mental en la adolescencia y la juventud: qué saber*. <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/adolescencia/salud-mental-en-la-adolescencia-y-la-juventud-qu%C3%A9-saber>
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied disciplines*, 38(5), 581-586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
- Goodman, R. (octubre de 2025). *Youth in mind. What is the SDQ?* <https://www.sdqinfo.org/a0.html>
- Goodman, A., Lamping, D. L., & Ploubidis, G. B. (2010). When to use broader internalizing and externalizing subscales instead of the hypothesized five subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): data from British parents, teachers and children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(8), 1179-1191. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9434-x>

- Hua, L. L. (2023). *Suicide risk in adolescents: Updated report guides pediatricians through screening, intervention.* American Academy of Pediatrics. <https://publications.aap.org/aapnews/news/27472/Suicide-risk-in-adolescents-Updated-report-guides>
- Instituto Nacional de la Juventud, Ministerio de Desarrollo Social, & Instituto Nacional de Estadística. (2024). *Informe del Panel de Juventudes Encuesta Nacional Adolescencia y Juventud (ENAJ) 2018-2022.* <https://www.gub.uy/instituto-nacional-estadistica/datos-y-estadisticas/encuestas/panel-juventudes-2018-2022>
- Kulawiak, P. R., Wilbert, J., Schlack, R., & Börnert-Ringleb, M. (2020). Prediction of child and adolescent outcomes with broadband and narrowband dimensions of internalizing and externalizing behavior using the child and adolescent version of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *PLoS ONE*, 15(10), e0240312. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240312>
- Machado, A. I., Arbach, K., Bobbio, A., & Parra, A. (2021). Prevalence of risk factors associated with psychopathological symptoms in Uruguayan adolescents, using the Personality Assessment Inventory (PAI-A). *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 9(3). <https://doi.org/10.13129/2282-1619/mjcp-3084>
- Ministerio de Salud Pública. (2024). *Estadísticas vitales. Cuadros de mortalidad por causa, sexo y edad. Uruguay.* <https://uins.msp.gub.uy/defunciones.html>
- Ministerio de Salud Pública. (2025). *Presentación del Día Nacional de Prevención del Suicidio en Uruguay.* <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/suicidios-uruguay-nueva-orientacion-politicas-publicas-ante-evolucion>
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6, 10. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10>
- National Mental Health Institute. (s.f.). *Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) Toolkit.* <https://www.nimh.nih.gov/research/research-conducted-at-nimh/asq-toolkit-materials>
- Nylén-Eriksen, M., Bjørnnes, A. K., Hafstad, H., Lie, I., Grov, E. K., & Lara-Cabrera, M. L. (2022). Validating the Five-Item World Health Organization Well-Being Index. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(18), 11489. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811489>
- Okasha, A., Lotaif, F., & Sadek, A. (1981). Prevalence of suicidal feelings in a sample of non-consulting medical students. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 63(5), 409-415. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1981.tb00690.x>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *La salud mental de los adolescentes.* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Ortuño-Sierra, J., Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F., & Sastre i Riba, S. (2016). Assessing behavioural and emotional difficulties in the child-adolescent population: The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Papeles del Psicólogo*, 37(1), 14-26.
- Panchal, U., Salazar de Pablo, G., Franco, M., Moreno, C., Parellada, M., Arango, C., & Fusar-Poli, P. (2023). The impact of COVID-19 lockdown on child and adolescent mental health: systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(7), 1151-1177. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01856-w>
- Pheko, M. M., Mhaka-Mutepfa, M., Mfolwe, L. M., Mathoothe, K. D., Chua, B. S., & Low, W. Y. (2023). Psychometrics validation of the WHO-5 Wellbeing Index in Botswana, Zimbabwe, and Malaysia: Coping

- with COVID-19 pandemic in the Global South Study. *SAGE Open*, 13(4). <https://doi.org/10.1177/21582440231198387>
- Raccanello, D., Rocca, E., Vicentini, G., & Brondino, M. (2023). Eighteen months of COVID-19 pandemic through the lenses of self or others: A meta-analysis on children and adolescents' mental health. *Child & Youth Care Forum*, 52(4), 737-760. <https://doi.org/10.1007/s10566-022-09706-9>
- Salvo G, L., Melipillán A, R., & Castro S., A. (2009). Confiabilidad, validez y punto de corte para escala de screening de suicidalidad en adolescentes. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 47(1), 16-23. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272009000100003>
- Sischka, P. E., Costa, A. P., Steffgen, G., & Schmidt, A. F. (2020). The WHO-5 well-being index – validation based on item response theory and the analysis of measurement invariance across 35 countries. *Journal of Affective Disorders Reports*, 1, 100020. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2020.100020>
- Sischka, P. E., Martin, G., Residori, C., Hammami, N., Page, N., Schnohr, C., & Cosma, A. (2025). Cross-national validation of the WHO-5 Well-Being Index within adolescent populations: Findings from 43 countries. *Assessment*. <https://doi.org/10.1177/10731911241309452>
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Shin, J., Kirkbride, J., Jones, P., Han Kim, J., Yeob Kim, J., Carvalho, A., Seeman, M., Correll, Ch., & Fusar-Poli, P. (2021). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale metaanalysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 27(1), 281-295. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>
- Solmi, M., Thompson, T., Cortese, S., Estradé, A., Agorastos, A., Radua, J., Dragioti, E., Vancampfort, D., Thygesen, L. C., Aschauer, H., Schlögelhofer, M., Aschauer, E., Schneeberger, A. A., Huber, C. G., Hasler, G., Conus, P., Do Cuénod, K. Q., von Känel, R., Arrondo, G., ... Correll, C. U. (2025). Collaborative Outcomes Study on Health and Functioning During Infection Times (COH-FIT): Global and risk-group stratified course of well-being and mental health during the COVID-19 pandemic in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 64(4), 499-519. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2024.07.932>
- The Global Child and Adolescent Mental Health Study (octubre 2025). *The Global Child and Adolescent Mental Health Study*. <https://sites.utu.fi/gcamhs/>
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(3), 167-176. <https://doi.org/10.1159/000376585>
- World Health Organization. (1998). *OMS (cinco) Índice de Bienestar (versión 1998)*. https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/Documents/WHO5_Spanish.pdf
- World Health Organization. (2024). *The World Health Organization-Five Well-Being Index (WHO-5)*. <https://www.who.int/publications/m/item/WHO-UCN-MSD-MHE-2024.01>
- World Health Organization. (octubre 2025). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study*. [https://www.who.int/europe/initiatives/health-behaviour-in-school-aged-children-\(hbsc\)-study](https://www.who.int/europe/initiatives/health-behaviour-in-school-aged-children-(hbsc)-study)
- Zero Suicide. (s.f.). *Identify*. <https://zerosuicide.edc.org/toolkit/children/identify>
- Zulic Agramunt, C., Gutiérrez De La Fuente, P., Cerda Saavedra, B., Meza Solano, M., Sagredo Berríos, C., & Mora Navia, E. (2019). Validación de la escala de suicidalidad OKASHA para adolescencia temprana en Chile. *Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la infancia y adolescencia*, 30(2), 18-26.

Apéndice A

A continuación, encontrarás una serie de preguntas sobre tu persona para que las puedas contestar en forma espontánea. No hay respuestas correctas o incorrectas.

Por favor coloca una cruz en el cuadro que creas que mejor responde a cada una de las afirmaciones.		No es cierto	Un tanto cierto	Totalmente cierto
1	Intento ser agradable con los demás. Tengo en cuenta los sentimientos de las otras personas	0	1	2
2	Soy inquieto/a, hiperactivo/a, no puedo permanecer quieto/a por mucho tiempo	0	1	2
3	Suelo tener muchos dolores de cabeza, estómago o náuseas	0	1	2
4	Normalmente comparto con otros mis juegos, lápices, etc.	0	1	2
5	Cuando me enojo, me enojo mucho y pierdo el control	0	1	2
6	Soy más bien solitario/a y tiendo a estar solo/a	0	1	2
7	Generalmente hago lo que me piden que haga	0	1	2
8	A menudo estoy preocupado/a	0	1	2
9	Ayudo si alguien está enfermo, disgustado o herido	0	1	2
10	Estoy todo el tiempo moviéndome, me muevo demasiado	0	1	2
11	Tengo un/a buen/a amigo/a por lo menos	0	1	2
12	Peleo hasta lograr que los demás hagan lo que yo quiero	0	1	2
13	Me siento a menudo triste, desanimado o con ganas de llorar	0	1	2
14	Por lo general caigo bien a la otra gente de mi edad	0	1	2
15	Me distraigo con facilidad, me cuesta concentrarme	0	1	2
16	Me pongo nervioso/a con las situaciones nuevas, fácilmente pierdo la confianza en mí mismo/a	0	1	2
17	Trato bien a los niños/as más pequeños/as	0	1	2
18	A menudo me acusan de mentir o de hacer trampa	0	1	2
19	Otros chicos de mi edad se meten conmigo o se burlan de mí	0	1	2
20	A menudo ofrezco mi ayuda (a padres, profesores, niños)	0	1	2
21	Pienso las cosas antes de hacerlas	0	1	2
22	Tomo cosas que no son mías de casa, la escuela o de otros sitios	0	1	2
23	Me llevo mejor con adultos que con otros de mi edad	0	1	2
24	Tengo muchos miedos, me asusto fácilmente	0	1	2
25	Termino lo que empiezo, tengo buena concentración	0	1	2

Las siguientes preguntas tienen como objetivo conocer lo que piensas y cómo te sientes sobre algunos aspectos importantes de tu vida. Por favor, contesta con sinceridad.

		En los últimos 6 meses				Antes de los últimos 6 meses			
		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Muchas veces	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Muchas veces
26	¿Te has hecho daño a ti mismo(a) sin intención de quitarte la vida?	0	1	2	3	0	1	2	3
27	¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena?	0	1	2	3	0	1	2	3
28	¿Has deseado alguna vez estar muerto?	0	1	2	3	0	1	2	3
29	¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida?	0	1	2	3	0	1	2	3
30	¿Has intentado suicidarte?	0	1	2	3	0	1	2	3

Te pedimos que leas cinco afirmaciones sobre cómo has estado durante las dos últimas semanas:

		Nunca	De vez en cuando	Menos de la mitad del tiempo	Más de la mitad del tiempo	La mayor parte del tiempo	Todo el tiempo
31	Me he sentido alegre y de buen ánimo	0	1	2	3	4	5
32	Me he sentido tranquilo/a y relajado/a	0	1	2	3	4	5
33	Me he sentido activo/a y con energía	0	1	2	3	4	5
34	Me he levantado sintiéndome bien y relajado/a	0	1	2	3	4	5
35	Mi vida diaria ha tenido cosas interesantes para mí	0	1	2	3	4	5