

Trastornos psiquiátricos en niños de la República Mexicana. Resultados de una encuesta de hogares*

Jorge Caraveo, María Elena Medina-Mora, Roberto Tapia, Ma. Luisa Rascón, Mario Gómez, Jorge Villatoro

Summary

In the last decade there has been a growing interest on the epidemiology of mental and behavioral disorders in children.

Prevalence rates between 12 and 20% have been consistently reported. In Mexico, children's disorders represent 34.5% of the total demand at the mental health services of primary care, nevertheless epidemiological studies on the general population were lacking. This report is based on data obtained through the National Survey on Mental Health, carried out in 1988 on a subsample of the urban population included in the National Survey of Addictions. The information was obtained from children of 12 or less years of age from a total sample of 1,243 dwellings of the 2,025 that were included in the adult study. The Reporting Questionnaire for Children (RQC) was used for screening purposes. In order to estimate the prevalence, the sensitivity and specificity reported in Colombia were entered in the formula proposed by Rogan and Gladen, comparing the results with the distribution of positive items obtained in the population. By this means, it seems that the specificity could be a little bit higher than that reported in Colombia. Considering a sensitivity of .98 and specificity 0.70 in the RQC, the estimated prevalence of mental and behavioral disorders in children aged 3 to 12 years was 15.6%, which is similar to that reported on recent studies in different countries.

Resumen

En la última década ha aumentado el interés respecto a la epidemiología de los trastornos psiquiátricos de la infancia. En la literatura se han reportado constantemente prevalencias entre el 12 y 20%. En México, a pesar de que en el primer nivel de atención los trastornos en niños representan el 34.5% de la demanda en los servicios de salud mental, no se cuenta con estudios epidemiológicos al respecto. El presente informe es parte de la Encuesta Nacional de Salud Mental llevada a cabo en 1988, en una submuestra de la población urbana incluida en la Encuesta Nacional de Adicciones. Se obtuvo información de 1,243 niños de 12 o menos años de edad en las viviendas en donde se hicieron las encuestas. Se utilizó como instrumento de tamizaje el Cuestionario de Reporte de Niños (RQC), que fue utilizado en un estudio multicéntrico de la OMS. Para estimar la prevalencia se utilizaron como base los índices obtenidos en Colombia, empleando la fórmula propuesta por Rogan y Gladen, comparando los resultados con la distribución de puntajes obtenidos en la muestra de estudio. De esta forma, se estimó que la especificidad fue ligeramente superior a la reportada en el estudio de Colombia, procediendo a la estimación considerando una sensibilidad de .98 y una especificidad de .70. De esta manera, la prevalencia estimada fue de 15.6% entre los niños de 3 a 12 años de edad, lo que es equiparable a la reportada en los estudios recientes de la literatura internacional.

* Esta Encuesta fue llevada a cabo por la Dirección General de Epidemiología y por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, Calz. México-Xochimilco No. 101, Col. San Lorenzo Huipulco, 14370 México, D. F.

Hasta 1980, eran escasos los estudios epidemiológicos acerca de la prevalencia de los trastornos mentales en la infancia. Los estudios de Rutter²⁷ son de especial relevancia por haber diseñado escalas sintomatológicas que se aplican a los niños y a los padres, y que cubren el espectro de los aspectos conductuales y emocionales.

La revisión de la literatura en este campo^{1,5,8,9,11,13,20,22-25,28-33,35} muestra una gran diversidad en aspectos tales como: intervalos de edad incluidos, instrumentos utilizados, fuentes de información consultadas y criterio de casos, lo que hace que resalten algunas diferencias.

El intervalo de las prevalencias reportadas oscila desde 3.0% de acuerdo con el reporte de los maestros, hasta 28% con valoraciones clínicas no estandarizadas, predominando los valores entre 12 y 20%, y mostrando constancia en los estudios efectuados en la última década en los que han sido utilizados instrumentos con criterios estandarizados y más definidos.

En México, como parte de la encuesta de trastornos psíquicos de 1964, en una población de burócratas, se reportó una prevalencia de 13.23% de trastornos emocionales en grado menor y 3.05% en grado mayor⁶. En una muestra de la población militar de la Ciudad de México se reportó 6% y 3.2%, respectivamente³. Estos resultados están basados en respuestas positivas a 4 preguntas: chuparse el dedo después de los 6 años, enuresis, nerviosismo e inquietud incontrolable.

Respecto a la prevalencia de epilepsia infantil en edad escolar, los estudios epidemiológicos han encontrado 1.6% en la población urbana¹⁴ y de 2.1 a 4.1% en la población rural¹⁵.

La información sobre la demanda de los servicios de salud mental en los Centros de Salud de la Ciudad de México muestra que los trastornos de conducta en la infancia y los síntomas especiales, entre los que se incluyen los trastornos del aprendizaje, representan el 24 y el 18%, respectivamente, en los niños, y el 13.5 y el 13%, en las niñas; lo que hace un total de 34.5%, ocupando así el primer lugar de demanda de atención¹⁶. A la vez, un estudio hecho en los servicios de salud mental del Valle de México, señaló que en el 70% de los casos, el origen de los trastornos era ambiental, enfatizándose así la importancia de los factores psicosociales³⁴.

En las consultas en las Unidades de Medicina Familiar del IMSS, en 1987, los trastornos mentales representaron el 0.6% del total de la demanda, entre los 5 y los 14 años de edad¹⁸, y en un reporte de 1983, se registró 3.0% de neurosis en este grupo eta-

rio atendido en medicina familiar, y 7.5% en la consulta especializada de psiquiatría¹⁹.

En un estudio realizado en el ISSSTE respecto a la incidencia de trastornos en una clínica de neuropsiquiatría, se reportó un 3.1% de trastornos de la conducta en la infancia, 1.4 de enuresis y 1.3% de otros trastornos, acumulando así un total de 6.3%²¹.

En la consulta externa de 11 hospitales psiquiátricos de la SSA, durante los años de 1973 a 1978, los trastornos de la conducta en la infancia representaron el 3.5% de la demanda de atención para los niños y el 2.3% para las niñas¹⁷.

Esta panorámica contrastante ha propiciado el interrogante de si será diferente la prevalencia de trastornos psíquicos en la infancia entre la población abierta y la cubierta por la seguridad social.

Un estudio colaborativo multicéntrico de la OMS, en las unidades de primer nivel, mostró que la prevalencia de trastornos psiquiátricos en los niños alcanzaban un nivel de 12 a 29% en los diferentes centros. Además, el personal de salud sólo detectó, en promedio, un 15% del total de los casos¹², lo que denota la urgencia de poner en práctica los programas de capacitación para la detección y manejo de este tipo de problemas, que de otra forma pasan desapercibidos y, por tanto, no se registran en la morbilidad atendida.

Además del problema de que el personal de salud no pueda detectar los casos, está también el de la población. Así, en un estudio reciente efectuado en colaboración con la OMS acerca del camino que siguen los pacientes hasta que llegan al servicio de psiquiatría y salud mental en un centro de salud y en un hospital de zona del IMSS, se encontró que en los casos con retraso mental no se empezaba a buscar ayuda sino hasta que el niño tenía 8 años en promedio; y en los trastornos del desarrollo y en los trastornos emocionales, el lapso que transcurre entre el momento en que empiezan y la primera vez que solicitan atención, osciló entre 52 y 77 semanas⁷.

Debido a estos antecedentes, el presente trabajo tiene como objetivo mostrar la frecuencia con que se presentan los síntomas, reportados en un instrumento de tamizaje aplicado en todo el país entre la población urbana, y mostrar la prevalencia estimada de los trastornos en la salud mental de los niños.

Método

La Encuesta Nacional de Adicciones¹⁰ fue verificada en una muestra probabilística con representa-

tividad nacional de la población residente en las zonas urbanas del país, en los sujetos que tenían entre 12 y 65 años al hacerse la entrevista. El diseño de la muestra fue polietápico y estratificado, siendo el individuo la última etapa del muestreo. Se excluyeron del estudio a las personas que residían en viviendas institucionalizadas (cárceles, conventos, hoteles, instalaciones militares y nosocomios), así como a los grupos nómadas y a los residentes de islas u otros territorios fuera del maciso continental.

La Encuesta Nacional de Salud Mental se planteó como una submuestra de la ENA cuando en los lugares subseleccionados se cumpliera la condición de que el entrevistado fuera mayor de 18 años. Así, se obtuvo un banco de datos de la población del país entre 18 y 65 años. Además de los trastornos mentales en el individuo adulto, se consideró pertinente obtener información acerca de los trastornos que pudieran tener los miembros de la familia, especialmente los niños de 12 o menos años. Para ello, al individuo seleccionado, luego de obtener sus datos sociodemográficos, se le preguntó si en la vivienda había menores en ese margen de edad; en caso afirmativo se solicitó que indicara el sexo y la edad del mayor de ellos, registrándose y procediéndose a aplicar las preguntas del RQC, tomando como referencia el último mes.

El RQC, Cuestionario de Reporte para Niños, es un instrumento estandarizado que está enfocado a la detección de problemas de salud mental en los niños de la comunidad, y que es aplicable a los padres o a cualquier adulto que tenga una relación cercana y significativa con el niño. El cuestionario consta de 10 reactivos y fue desarrollado en el marco de una investigación colaborativa de la OMS, efectuada a fines de los años 70 en Colombia, en la India, Sudan y Filipinas¹², con la finalidad de tener una estimación global de la frecuencia con que se presentan los trastornos psiquiátricos en la infancia. Los reactivos fueron elegidos con base en la experiencia, hasta entonces escasa, obtenida de la literatura internacional y de la discusión entre los participantes respecto de aquellos aspectos relevantes que más se presentan en la práctica médica de primer nivel. Asimismo, se cuidó que las preguntas fueran sencillas, no ambiguas, fáciles de contestar y relativas a la conducta observable o a las experiencias del niño.

Se consideraron como "casos probables" aquellos sobre los que se hubiera dado una respuesta positiva en cualquiera de los reactivos. Los estudios de validez del instrumento reportaron un margen de sensibilidad entre 89.7 y 100%, y un margen de especificidad entre 62.7 y 95.8%.

Durante la fase piloto de la Encuesta Nacional se realizaron 120 entrevistas en una zona urbana con el fin de probar los cuestionarios y afinar la supervisión y los aspectos de capacitación.

En esta fase se encontró que el reactivo 9 del RQC, que inquiría acerca de si el niño participaba en los juegos con otros niños, ofrecía respuestas equivocadas, decidiéndose excluirlo de la encuesta definitiva.

La muestra definitiva de personas en la Encuesta de Salud Mental fue de 2,025; y 1,243 de ellas, que representan el 61.3%, informaron de algún niño de 12 o menos años de edad. En los análisis se aplicaron los ponderadores para tener la estimación para la población.

Por carecer de un estudio de validez del instrumento en nuestra población, para estimar la prevalencia se utilizaron las siguientes aproximaciones:

1. Del estudio básico del instrumento se seleccionaron los índices obtenidos en Colombia por ser los más cercanos a nuestra población, tomando como referencia los valores obtenidos en la prueba del instrumento: sensibilidad (S) 98.8%, especificidad (E) 62.7%, valor predictivo positivo (VPP) 61.3% y valor predictivo negativo (VPN) 98.8%.

2. Rogan y Gladen²⁶ propusieron la siguiente fórmula para estimar la prevalencia no sesgada, a partir de una prueba de tamizaje:

$$P = \frac{T + E - 1}{S + E - 1}$$

Con base en la distribución de puntajes obtenidos en la muestra ponderada, se hipotizaron valores para la sensibilidad y especificidad del instrumento, derivándose el VPP y el VPN por medio de las siguientes fórmulas que constituyen una expresión del Teorema de Bayes⁴:

$$\frac{(P)(S)}{(P)(S) + (1-P)(1-E)} \quad \text{VPN} = \frac{(1-P)(E)}{(1-P)(E) + (P)(1-S)}$$

Resultados

Frecuencia de respuestas

En el cuadro 1 se presenta la frecuencia de respuestas positivas a cada reactivo del cuestionario para diferentes grupos etarios, con la finalidad de facilitar su comparación con los estudios reportados en la literatura internacional.

Cuadro 1**Frecuencia de reactivos positivos en el RQC en los distintos grupos de edad***

<i>Intervalos de edad Población</i>	3 174245	7-8 621289	10-12 1097479	6-12 2221458	3-12 2937510
Lenguaje anormal	15.6	11.5	10.6	12.2	11.8
Duerme mal	9.3	6.6	6.1	5.6	5.4
Ataques	2.8	0.6	2.3	1.5	1.6
Cefaleas frecuentes	1.4	7.8	8.3	8.7	6.9
Se fuga del hogar	1.0	1.8	3.2	2.3	2.3
Roba	0.3	0.8	3.2	2.5	1.9
Miedoso, nervioso	7.8	20.7	19.3	17.9	15.5
Lentitud para aprender	8.7	12.1	14.1	14.8	13.3
Enuresis, encopresis	14.3	5.7	7.4	6.5	8.8

* Datos ponderados

Se puede apreciar que en los menores en edad escolar hay, en general, una proporción similar respecto a la mayoría de los aspectos investigados, aunque se observan algunas diferencias notorias en el reporte de ataques convulsivos, mismos que muestran una elevación entre los 10 y los 12 años, en proporción semejante a la reportada en los preescolares de 3 años; lo cual concuerda con los estudios clínicos al respecto. Asimismo, el robar y fugarse del hogar se elevan conforme aumenta la edad y de acuerdo con lo esperado.

En los reactivos en los que se obtuvieron mayores frecuencias: lenguaje anormal, miedo-nerviosismo y lentitud para aprender, se aprecia que hay una relativa congruencia entre los diferentes grupos en edad escolar, que contrasta con lo reportado para los preescolares de 3 años. También resalta un incremento, aunque ligero, en la frecuencia de los reactivos: lentitud para aprender y enuresis, entre los niños de 10 y 12 años, en comparación con los de 7 y 8 años.

En el cuadro 2 se muestra la proporción de puntajes reportados por los entrevistados. En general, el 60% contestó negativamente sobre los aspectos inquiridos por el RQC, mientras que la proporción de 3 o más reactivos positivos muestra un margen de 4.2 en los niños de 3 años hasta 9.1 en los menores de 10 a 12 años.

Estimación de la prevalencia

En primer término se utilizaron los valores predictivos del estudio piloto del RQC en Colombia, para poder apreciar los índices de sensibilidad y especificidad obtenidos en el presente estudio. Los análisis de los diferentes grupos de edad mostraron una estabilidad que apunta hacia una sensibilidad del 97% y una especificidad del 79%. Sin embargo, los valores predictivos del estudio piloto están basados en una prevalencia de 37.4%. Utilizando la S y la E reportadas, pero empleando la prevalencia de

Cuadro 2**Distribución de los puntajes en el RQC en los diferentes grupos de edad***

<i>Intervalos de edad Población</i>	3 174245	7-8 621289	10-12 1097479	6-12 2221458	3-12 2937510
Puntaje					
0	61.5	60.8	60.2	58.2	59.3
1	22.0	18.8	22.2	23.6	24.4
2	12.3	14.2	8.4	11.1	9.9
3	2.6	4.7	3.5	3.6	3.4
4	1.6	1.6	4.4	2.7	2.2
5	—	—	0.8	0.5	0.5
6	—	—	0.4	0.3	0.2
Uno o más ítems	38.5**	39.2	39.8	41.8	40.7**
Dos o más ítems	16.6**	20.4	17.6	18.2	16.3**

* Datos ponderados

** Excluyendo la enuresis entre los niños de 3 y 4 años de edad

17.9% reportada por Bird y cols. en Puerto Rico⁵, los valores predictivos del RQC serían: VPP = 36.6 y VPN + 99.6.

Por otra parte, utilizando la S y la E del estudio piloto, y aplicando la fórmula propuesta por Rogan y Gladen²⁶, se obtuvo una estimación de la prevalencia de 3.1%, la cual consideramos que es una cifra subestimada de acuerdo con la frecuencia de puntajes de 3 o más en el RQC, que hablan potencialmente de los niños más afectados. De esta forma, los resultados sugerían que el comportamiento del instrumento no correspondía a los índices utilizados, sin embargo se hipotetizó que deberían ser cercanos, manteniéndose la misma sensibilidad pero ajustando la especificidad al 70%. Con estos índices, la estimación de la prevalencia y los valores predictivos correspondientes aparecen en la parte superior del cuadro 3. Nótese que los valores predictivos obtenidos están en el nivel de lo que se puede esperar de acuerdo con los análisis previamente descritos.

Por otra parte, tomando como referencia la proporción de cuestionarios con dos o más reactivos positivos, que arrojan valores cercanos a las prevalencias reportadas en la literatura internacional, se hipotetizó que utilizando este punto de corte se obtendría una S = 89% y una E = 96%. Los resultados aparecen en la parte inferior del cuadro 3.

Discusión

Los estudios de prevalencia son de gran utilidad para determinar la magnitud del problema y para realizar una adecuada planeación y programación

de acciones de salud para controlarlo y para combatirlo.

Los resultados del presente estudio pueden ser utilizados con esa finalidad. No obstante, es preciso señalar que el diseño de la muestra fue realizado para la ENA teniendo como blanco a la población comprendida entre los 12 y los 65 años, aunque la unidad de selección fue la vivienda. La encuesta de salud mental fue diseñada para una submuestra de sujetos de 18 a 65 años; en el estudio de niños, en el 60% de las viviendas se informó de un menor de 12 o menos años respecto del cual se obtuvo la información que damos aquí. Si bien este porcentaje se acerca al que se esperaba encontrar en la población urbana, de acuerdo con las proyecciones de 1988, año en el que se verificó el estudio, no se puede descartar un sesgo. Este es aún más probable en los grupos de edad, ya que no se diseñó una muestra estratificada, lo cual deberá tenerse en mente para futuros estudios.

Sin embargo, los resultados obtenidos son comparables con las estimaciones reportadas en los estudios hechos recientemente en diversos países, donde se han diseñado cuidadosas encuestas sobre el tema.

Respecto a los niños de 3 años, Earls¹¹ encontró una prevalencia del 11%; al aplicar el factor de corrección, ésta se elevó a 16%; las estimaciones de 12.3% y 14.8%, obtenidas en el presente estudio, son muy cercanas.

Entre los niños de edad escolar, Anderson y cols.¹ reportaron 17.6% de trastornos en los niños menores de 11 años, y Connell y cols.⁹ encontraron 14.1% de trastornos en los niños de 10 y 11 años; la estimación para nuestra población de 10 a 12 años,

Cuadro 3
Estimaciones de la prevalencia y valores predictivos del RQC, según el punto de corte*

Intervalos de edad Población	3** 174245	7-8 621289	10-12 1097479	6-12 2221458	3-12** 2937510
A. Con uno o más reactivos, Si S = .988 y E = .70					
P	12.3	13.4	14.2	17.1	15.6
VPP	31.7	33.8	35.3	40.5	37.8
VPN	99.7	99.7	99.7	99.7	99.7
B. Con dos o más reactivos, Si S = .89 y E = .96					
P	—	—	0.8	0.5	0.5
VPP	14.8	19.2	16.0	16.7	14.5
VPP	79.4	84.2	81.0	82.0	79.0
VPN	98.0	97.3	97.9	97.8	98.1

* Datos ponderados

** Excluyendo la enuresis en los niños de 3 y 4 años de edad

fue de 14.2 a 16%, lo que se equipara con los resultados de los estudios mencionados.

El estudio hecho en Puerto Rico⁵, en el que se tomó en cuenta un promedio más amplio de edad —de los 4 a los 16 años— y en el que se combinaron diferentes mediciones, reportó 17.9% de trastornos; la estimación del presente estudio, que es de 14.5 a 15.6% en los niños de 3 a 12 años, resulta equiparable, más aún si se toma en cuenta que en la adolescencia aumenta la prevalencia de trastornos.

A la vez, estos estudios y otros más concuerdan en señalar que entre el 5 y 7% corresponden a casos severos, y como lo muestra nuestro estudio, la proporción de los cuestionarios con 3 o más reactivos positivos osciló entre 4.2 y 9.1%.

Asimismo, la frecuencia reportada de 1.5% de ataques es similar a la prevalencia de epilepsia infantil en edad escolar reportada en México¹⁴.

De acuerdo con la frecuencia de respuestas positivas de los reactivos de RQC en los menores en edad escolar, los aspectos conductuales con mayor prevalencia son: miedoso-nervioso, lentitud para aprender y lenguaje anormal.

El primero no sólo da cuenta de un fenómeno inhibitorio, sino también de inquietud, por lo que los trastornos de la atención están comprendidos aquí. Por otra parte, es interesante resaltar que el lenguaje anormal fue reportado en proporción similar en los diferentes grupos de edad, lo que sugiere una estabilidad del fenómeno. No obstante, se aprecia una discreta disminución en el grupo de 7 a 8 años y en los de 10 y 12 años. En el DSM-III-R² se ha estimado una prevalencia conservadora del 10% en los niños menores de 8 años, con recuperación espontánea en los casos leves; los resultados del presente estudio están de acuerdo con esta estimación. Ahora bien, es necesario que a los sujetos con este tipo de trastornos se les aplique terapia, con la que se logra una recuperación completa en la mayoría de los casos. La constancia en los resultados de este informe sugiere que es necesario planear la manera de dar atención oportuna a los sujetos con este tipo de trastorno.

Un análisis pormenorizado de los hallazgos, de la distribución por sexos y la asociación de reactivos en la población afectada, será objeto de una comunicación posterior.

Los hallazgos de este estudio confirman que en el terreno de la salud mental de los niños hay mucho por hacer, sugiriendo que la atención altamente especializada probablemente es requerida para un 7% de la población infantil entre los 3 y 12 años, y que otro 7% adicional requiere algún tipo de ayuda y atención.

REFERENCIAS

1. ANDERSON JL, WILLIAMS S, MCGEE R, SILVA PA: DSM-III disorders in preadolescent children. *Arch Gen Psychiatry*, 44:69-76, 1987.
2. APA: DSM-III-R. Masson SA, 1988.
3. AYUSO CS, LOPEZ GD, PEREZ PE: Encuesta para detectar trastornos mentales en una muestra de la población militar y derechohabiente del Ejército Mexicano. Tesis recepcional de la Escuela Médico Militar, 1968.
4. BALDESSARINI RJ, FINKLESTEIN S, ARANA GW: The predictive power of diagnostic test and the effect of prevalence of illness. *Arch Gen Psychiatr*, 40:569-573, 1983.
5. BIRD HR, CANINO G, RUBIO-STIPEC M y cols: Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry*, 45:1120-1126, 1980.
6. CABILDO HM: encuesta para detectar trastornos psíquicos. *Higiene*, 18:188-208, 1967.
7. CARAVEO AJ, MAS CC: Necesidades de la población y desarrollo de servicios de salud mental. *Salud Pública de México*, 32(5):523-531, 1990.
8. CEDERBLAD M: A child psychiatric study on Sudanese Arab Children. *Acta Psychiatr Scand* (Suppl)44:211-230, 1968.
9. CONNELL HM, IRVINE L, RODNEY H: Psychiatric disorder in Queensland primary school children. *Aust Paediatr J*, 18:177-188, 1982.
10. Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría. Encuesta Nacional de Adicciones, 1988.
11. EARLS F: The prevalence of behaviour problems in 3-year-old children: A cross-national replication. *Arch Gen Psychiatry*, 37:1153-1157, 1980.
12. GIEL R, DE ARANGO MV, CLIMENT CE y cols: Childhood mental disorders in primary health care: results of observations in four developing countries. *Pediatrics*, 68(5):677-683, 1981.
13. GRAHAM P, RUTTER M: Psychiatric disorder in the young adolescent. *Proc R Soc Med*, 66:1226-1229, 1973.
14. GUTIERREZ AJH, RUBIO DF, ESCOBEDO RF, GONZALEZ CA, HERON MJ: Prevalencia de epilepsia en niños de edad escolar de una comunidad urbana de la Ciudad de México. *Gaceta Médica de México*, 116(11):497-501, 1980.
15. GUTIERREZ AJH y cols: Prevalencia de epilepsia infantil en una población rural de México. *Salud Pública de México*, 22(3):269-273, 1980.
16. GUTIERREZ AHJ, BARILAR RE: Morbilidad psiquiátrica en el primer nivel de atención de la Ciudad de México. *Bol Sanit Panam*, 101(6):648-658, 1986.
17. GUTIERREZ AJH, TOVAR AH: La vigilancia epidemiológica de las alteraciones mentales. *Salud Pública de México*, 26(5):464-483, 1984.
18. IMSS: *Boletín Estadístico sobre Morbilidad según Demanda de Atención Externa*, 1987. Subdir. Med. Gral., IMSS, México, 1990.
19. IMSS: *Información Estadística de los Principales Motivos de Demanda de Consulta en Todo el Sistema y por Estados*. Subdir. Med. Gral., IMSS, México, 1986.
20. LANGNER TS, GERSTEN JC, GREENE EL, ELSBERG JC, HERSON JH, MCCARTHY ED: Treatment of psychological disorders among urban children. *J Consult Clin Psychol*, 4(2):170-179, 1974.
21. LARA TH, RAMIREZ DE LL: Estudio epidemiológico de padecimientos psiquiátricos dentro de un sistema de seguridad social (ISSSTE). *Neurología-Neurocirugía y Psiquiatría*, 16(4):225-241, 1975.
22. MATSUURA M, OKUBO Y, KATO M y cols: An epidemiological investigation of emotional and behavioural problems in primary school children in Japan. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 24:17-22, 1989.
23. MILLER FJW, COURT SDM, KNOX EG, BRANDON S: *The School Years in Newcastle Upon Tyne*. Oxford University Press Inc., Nueva York, 1974.

TRASTORNOS PSIQUIATRICOS EN NIÑOS DE LA REPUBLICA MEXICANA

24. OFFORD DR, BOYLE MH, SZATMARI P y cols: Ontario child health study. *II Arch Gen Psychiatry*, 44:832-836, 1987.
25. RICHMAN N, STEVENSON JE, GRAHAM PJ: Prevalence of behaviour problems in 3-year-old children: An epidemiological study in a London borough. *J Child Psychol Psychiatry*, 16:277-287, 1975.
26. ROGAN WJ, GLADEN B: Estimating prevalence from the results of a screening test. *Amer J Epidemiol*, 107(1):71-76, 1978.
27. RUTTER M, GRAHAM P, YULE W: *A Neuropsychiatric Study in Childhood*. Spastics International Medical Publications, Londres, 1970.
28. RUTTER M, TIZARD J, WHITMORE K: *Education, Health, and Behaviour*. Longman Inc, Nueva York, 1970.
29. RUTTER M, COX A, TUPLIN C, BERGER M, YALE W: Attainment and adjustment in two geographical areas: I the prevalence of psychiatric disorder. *Br J Psychiatry*, 126:493-509, 1975.
30. VENABLES PH, FLETCHER RP, DALAIS JC y cols: Factor structure of the Rutter children's behaviour questionnaire in a primary school population in a developing country. *J Child Psychol Psychiatry*, 24:213-222, 1983.
31. VERHAULST FC, BERDEN FG, SANDERS-WOUDSTRA JA: Mental health in dutch children: II. The prevalence of psychiatric disorders and recationship between measures. *Acta Psychiat Scand*, 72 (Suppl. 324):1-45, 1985.
32. VIKAN A: Psychiatric epidemiology in a sample of 15109 10 year-old children: I prevalence. *J Child Psychol Psychiatry*, 26:55-75, 1985.
33. WANG Y-f, SHEN Y-c y cols.: A research report on behavior problems of 2432 school children in urban area of Beijing. *Chin J Ment Health*, 2:114-115, 1988.
34. ZIMMERMAN R, BAEZ AM, VARGAS AJ: Características generales de la población atendida y de los tratamientos empleados en centros de salud mental del Valle de México. *Salud Mental*, 4(4):14-28, 1981.
35. ZIMMERMANN-TANSELLA C, MINGHETTI S, TANCONI A, TANSELLA M: The children's behaviour questionnaire for completion by teachers in an Italian Sample. Preliminary results. *J Child Psycho Psychiatry*, 19:167-173, 1978.