



Universitat Autònoma de Barcelona

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  [http://cat.creativecommons.org/?page\\_id=184](http://cat.creativecommons.org/?page_id=184)

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

**WARNING.** The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>

**Prevalencia de problemas emocionales y conductuales en niños y  
adolescentes de 6 a 18 años de la ciudad de Quito-Ecuador**

**María Gabriela Romo Barriga**

**Tesis Doctoral**

**Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud**

**Dirigida por:**

**Dra. Lourdes Ezpeleta Ascaso**

**Dra. Eva Penelo Werner**

**Departamento de Psicología Clínica y de la Salud**

**Universidad Autónoma de Barcelona**

**Bellaterra, 2020**



**Universitat Autònoma  
de Barcelona**



## **AGRADECIMIENTOS**

A Lourdes y Eva, por ser las directoras de esta tesis, por guiarme constantemente con su asesoría y profesionalidad. Gracias por todo el aprendizaje, su paciencia y rigurosidad. Me enseñaron la importancia de hacer un trabajo completo y bien hecho. A mi esposo David y a mi hija Rafaela, por ser el motor de mi vida y por ser quienes me impulsan a seguir creciendo cada día. A mi familia, pero en especial a mis padres Consuelo y David, mi hermana Estefanía y mi cuñado Francisco, por estar siempre ahí, apoyándome y motivándome constantemente, en la convicción de que puedo conseguir todo lo que me proponga, sin importar lo difícil que sea. A Luis Gomezjurado, quien a pesar de que ya no lo tengo a mi lado desde hace dos años, de alguna manera está siempre presente en las cosas importantes de mi vida. A la Universidad San Francisco de Quito, en especial a Ximena Córdova por incentivar-me a realizar un doctorado y mantener su apoyo constante en estos años para poder lograrlo. A Ricardo López, por su tiempo, su guía y todas las enseñanzas nuevas en estadística.



## ÍNDICE

<b>RESUMEN .....</b>	<b>9</b>
<b>1 INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 Modelos de clasificación en salud mental .....</b>	<b>10</b>
1.1.1 Clasificación categorial .....	10
1.1.2 Clasificación dimensional .....	12
<b>1.2 Epidemiología de los problemas psicológicos en niños y adolescentes .....</b>	<b>15</b>
1.2.1 Necesidad de conocer la prevalencia de los problemas psicológicos en niños y adolescentes .....	16
1.2.2 Prevalencia basada en sistemas categoriales .....	17
1.2.3 Prevalencia basada en el sistema dimensional .....	24
1.2.4 Factores de riesgo asociados a la prevalencia de problemas psicológicos en niños y adolescentes .....	26
1.2.4.1. Edad .....	26
1.2.4.2 Género .....	28
1.2.4.3 Nivel socioeconómico .....	30
1.2.4.4 Estructura familiar .....	32
1.2.4.5 Etnia .....	33
<b>1.3 Sistema de Evaluación Basado Empíricamente de Achenbach (ASEBA).....</b>	<b>35</b>
1.3.1 Protocolos de ASEBA para edad escolar .....	35
1.3.2 Consistencia interna de las puntuaciones de las escalas CBCL/6-18 y YSR/11-18 .....	49
1.3.3 Consistencia interna de las puntuaciones de las escalas del Cuestionario CBCL/6-18.....	49
1.3.4 Consistencia interna de las puntuaciones de las escalas del cuestionario YSR/11-18 .....	52
1.3.5 Acuerdo de respuestas entre padres e hijos utilizando la información de los cuestionarios CBCL/6-18 y YSR/11-18 .....	54
<b>2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO .....</b>	<b>57</b>
<b>2.1 Objetivo General .....</b>	<b>57</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos .....</b>	<b>57</b>

<b>3. MÉTODO .....</b>	<b>58</b>
<b>3.1 Estudio piloto .....</b>	<b>58</b>
<b>3.2 Participantes .....</b>	<b>59</b>
<b>3.3 Materiales .....</b>	<b>67</b>
3.3.1 Formulario de información sociodemográfica .....	67
3.3.2 Child Behavior Checklist (CBCL6/18) .....	67
3.3.3 Youth Self Report (YSR/11-18) .....	67
<b>3.4 Procedimiento .....</b>	<b>68</b>
<b>3.5 Análisis estadístico .....</b>	<b>68</b>
<b>4. RESULTADOS .....</b>	<b>73</b>
<b>4.1 Descripción de la muestra del CBCL/6-18 y del YSR/11-18 .....</b>	<b>73</b>
<b>4.2 Consistencia interna de las puntuaciones de los cuestionarios CBCL/6-18 y YSR/11-18 .....</b>	<b>74</b>
4.2.1 Consistencia interna de las puntuaciones del cuestionario CBCL/6-18 .....	74
4.2.2 Consistencia interna de las puntuaciones del cuestionario YSR/11-18 .....	76
4.2.3 Síntesis de la consistencia interna de los cuestionarios CBCL/6-18 y YSR/11-18 .....	78
<b>4.3 Prevalencia de los problemas psicológicos de niños y adolescentes de 6 a 18 años de edad de Quito .....</b>	<b>80</b>
4.3.1 Prevalencia de problemas psicológicos a partir de la información recolectada por el cuestionario CBCL/6-18 .....	80
4.3.1.1 Prevalencia por género .....	80
4.3.1.2 Prevalencia por edad .....	84
4.3.1.3 Prevalencia por estructura familiar .....	86
4.3.1.4 Prevalencia por tipo de colegio .....	89
4.3.1.5 Prevalencia por grupo étnico .....	93
4.3.1.6. Síntesis de la prevalencia de problemas psicológicos a partir de la información recolectada por el cuestionario CBCL/6-18 .....	97
4.3.2 Prevalencia de problemas psicológicos en niños y adolescentes de 12 a 18 años a partir de la información recolectada en los cuestionarios YSR/11-18 .....	107
4.3.2.1 Prevalencia por género .....	107
4.3.2.2. Prevalencia por tipo de familia .....	107

4.3.2.3 Prevalencia por tipo de colegio .....	110
4.3.2.4 Prevalencia por grupo étnico.....	112
4.3.2.5. Síntesis de la prevalencia de problemas psicológicos a partir de la información recolectada por el cuestionario YSR/11-18.....	115
<b>4.4 Asociación entre las variables sociodemográficas y los problemas emocionales y conductuales .....</b>	<b>121</b>
4.4.1 Asociación entre las variables sociodemográficas y problemas emocionales y conductuales en el cuestionario CBCL/6-18 .....	121
4.4.2 Asociación entre las variables sociodemográficas y problemas emocionales y conductuales en el cuestionario YSR/11-18 .....	125
4.4.3 Síntesis de la asociación de variables demográficas y del CBCL/6-18 y YSR/11-18 .....	129
<b>4.5 Baremos por género y edad del CBCL/6-18 y YSR/11-18 .....</b>	<b>130</b>
<b>4.6 Acuerdo entre la información de padres e hijos.....</b>	<b>182</b>
<b>5. DISCUSIÓN .....</b>	<b>183</b>
<b>5.1 Consistencia interna de las escalas del cuestionario CBCL/6-18 y YSR/11-18 .....</b>	<b>183</b>
<b>5.2 Prevalencias de los problemas psicopatológicos en niños y adolescentes de 6 a 18 años de Quito.....</b>	<b>186</b>
5.2.1 Comparación de las prevalencias de este estudio con otras poblaciones .....	187
5.2.2 Los trastornos más prevalentes del estudio .....	188
5.2.3 Comparación de las prevalencias según informantes/cuestionarios .....	191
5.2.4 Género y los trastornos más prevalentes .....	192
5.2.5 Edad y los trastornos más prevalentes .....	193
5.2.6 Tipo de familia y los trastornos más prevalentes.....	194
5.2.7 Tipo de colegio y trastornos más prevalentes .....	195
5.2.8 Grupo étnico y trastornos más prevalentes.....	196
<b>5.3 Baremos de los cuestionarios CBCL/6-18 y YSR/11-18.....</b>	<b>197</b>
<b>5.4 Acuerdo entre la información proporcionada por padres e hijos .....</b>	<b>197</b>
<b>5.5 Limitaciones .....</b>	<b>198</b>
<b>5.6 Fortalezas.....</b>	<b>199</b>



<b>5.7 Implicaciones.....</b>	<b>200</b>
<b>5.8 Líneas futuras de investigación.....</b>	<b>201</b>
<b>6. CONCLUSIONES.....</b>	<b>202</b>
<b>7. REFERENCIAS.....</b>	<b>204</b>
<b>8. ANEXOS.....</b>	<b>220</b>

## RESUMEN

En Ecuador no existen estudios de prevalencia de problemas psicológicos en niños y adolescentes.

### **Objetivo:**

Estimar la prevalencia de problemas psicológicos en niños y adolescentes de 6 a 18 años de Quito utilizando los cuestionarios del Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) y estudiar su asociación con variables sociodemográficas.

### **Método:**

Se seleccionaron aleatoriamente tres colegios públicos y siete colegios privados, se invitó a participar a 3080 padres y 1426 aceptaron formar parte del estudio. Finalmente, se obtuvo una muestra de 1350 participantes con 699 niños y 651 niñas.

### **Resultados:**

Se observó una prevalencia de 3,7% a 11,7% en la escala total problemas de los padres y de 20,9% a 21,1% de los niños. Las prevalencias más altas fueron en problemas de ansiedad (padres de 7,1% a 17,7%; niños de 11,8% a 15,8%), interiorizados (padres de 5,1% a 11,7%; niños de 11,2% a 12,6%), obsesivo-compulsivos (padres de 1,7% a 6,6%; niños de 3,6% a 5,0%) y de pensamiento (padres de 1,4% a 6,9%; niños de 2,8% a 4,8%). La prevalencia fue más alta en niños de 6 a 11 años, niñas de 12 a 18 años, niños que viven en familias no nucleares, que asisten a un colegio público y que son de grupos étnicos minoritarios.

### **Conclusión:**

Los problemas psicológicos afectan alrededor de un 11,7% de niños de 6 a 18 años y son principalmente problemas de pensamiento, interiorizados, de ansiedad y obsesivo-compulsivos. Es necesario identificar estos problemas para realizar estrategias de promoción y prevención en la salud mental de los niños y adolescentes de Quito.

### 1.1 Modelos de clasificación en salud mental

La psicopatología en niños y adolescentes estudia los trastornos psicológicos que pueden aparecer en estas dos etapas del desarrollo y se encarga del estudio de los factores de riesgo, factores de protección y la clasificación de los problemas de salud mental de niños y adolescentes (Cicchetti y Rogosch, 2002). Tener modelos de clasificación ha permitido categorizar los trastornos mentales según distintos patrones de comportamientos de significación clínica que tenga una persona y que estén asociados a un malestar emocional o físico (Echeburúa et al., 2014). En el ámbito de la investigación, disponer de un sistema de clasificación permite realizar estudios epidemiológicos, comparar resultados entre distintas poblaciones, evaluar tratamientos, entre otros beneficios (Doménech y Ezpeleta, 1995). Desde hace cuatro décadas existen dos modelos de clasificación psicopatológica en niños y adolescentes, que hasta el día de hoy continúan siendo investigados: el modelo médico/categorial y el modelo psicométrico/dimensional.

#### 1.1.1 Clasificación categorial

El modelo categorial, también conocido como el modelo tradicional o médico, permite tener una clasificación jerárquica y realizar evaluaciones cualitativas, como indica Widakowich (2012): “se trata de establecer categorías precisas a propiedades claramente definidas, tratando de definir la ausencia o la presencia de una categoría” (p. 366).

Achenbach, Dumenci y Rescorla (2003) describen este enfoque como *top-down*, porque proporciona una definición de los conceptos de los trastornos psicológicos, indica el número de síntomas en un diagnóstico, la duración de la sintomatología, así como criterios en relación al género y a la edad. En ciertos trastornos especifica la edad a partir de la que se podría diagnosticar a una persona.

En la clasificación categorial existen dos principales sistemas nosológicos que han predominado en el ámbito de la salud mental, que son el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) elaborado por la Asociación Psiquiátrica Americana y la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) elaborada por la Organización Mundial de la Salud. Los sistemas de clasificación categorial se

diferencian entre sí por el número de categorías que tienen, por el énfasis que hacen sobre ciertos factores etiológicos y por el curso de los trastornos. En lo que se asemejan es que presentan descripciones explícitas de los síntomas presentes en cada trastorno, los criterios de exclusión y los diagnósticos diferenciales (Sala, Granero, y Ezpeleta, 2006).

El DSM es uno de los modelos categoriales más utilizados. La primera versión del DSM se realizó en 1952. Aproximadamente cada década se actualiza la información de este manual diagnóstico. En el DSM-I de 1952 y en el DSM-II de 1968 se proponía una descripción sindrómica que hacía referencia a una esencia subyacente. Esto se debía a que en esa época la influencia del psicoanálisis era muy fuerte. Cuando se reactualiza la información en 1980 en el DSM-III, se empiezan a describir los trastornos en términos de criterios diagnósticos. Esta versión mejoró bastante y alcanzó una buena fiabilidad y validez en la clasificación de los trastornos de los adultos. Una desventaja fue que varios profesionales en el ámbito de la salud mental indicaron que, mientras más conocían a sus pacientes, más les costaba diagnosticarlos dentro de una categoría, sobre todo aquellos que presentaban trastornos de personalidad. Otro problema frecuente se dio con las múltiples comorbilidades que tenían los trastornos de personalidad, los trastornos de ansiedad y la depresión (Widakowich, 2012). En 1994 se logra obtener una clasificación reducida de los trastornos en la nueva versión del DSM-IV; no obstante, se tiene un exceso de comorbilidades a nivel diagnóstico y se presentan dificultades cuando hay que delimitar ciertos trastornos de la personalidad (Widakowich, 2012). La última versión es el DSM-5, publicada en 2013. Esta versión no solo elimina el sistema multiaxial, sino que sus criterios diagnósticos son concisos y explícitos. Sin embargo, por las limitaciones de este sistema, incorpora un enfoque más dimensional en comparación con las ediciones anteriores (Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014).

El DSM tiene criterios de diagnósticos explícitos, pero no enseña cómo evaluar la presencia de un síntoma. Los profesionales médicos y psicólogos deben decidir el método para recolectar la información de sus pacientes. Se ha intentado estandarizar la evaluación de los diagnósticos categoriales, pero ha sido un proceso metodológicamente complicado (Achenbach, Dumenci, y Rescorla, 2003). Las entrevistas estructuradas han sido las más utilizadas para elaborar diagnósticos categoriales y son consideradas el estándar de oro en el ámbito clínico y de investigación (Sala, Granero, y Ezpeleta, 2006). Sin embargo, utilizar este método de diagnóstico es muy lento, largo, costoso y

poco práctico (Reich, 2000). Además, las entrevistas estructuradas, al ser muy largas, no son recomendadas para utilizarlas en niños. Por lo tanto, se podría mejorar cuantitativamente y cualitativamente si se redujera la extensa duración de la entrevista estructurada, buscando la forma de mejorar sus propiedades psicométricas (Renou et al., 2004).

La ventaja del enfoque categorial es que es el más utilizado, por lo que resulta familiar; además, las personas están acostumbradas a utilizar conceptos de tipo categórico (Krueger y Piasecki, 2002). El enfoque categorial permite analizar y reflexionar sobre la causa, el curso, el cuadro clínico y el tratamiento del trastorno. Por ejemplo, en el DSM se listan las características diagnósticas, subtipos y especificaciones del trastorno, síntomas y comorbilidad, síntomas asociados a la cultura, edad y género, prevalencia, curso, patrón familiar y diagnóstico diferencial para cada uno de los diagnósticos.

Otra ventaja es qué ha aportado en la investigación de problemas psicológicos, lo que ha permitido obtener la prevalencia de trastornos a nivel mundial. Por otro lado, el poder conocer el diagnóstico de una persona facilita que reciba el tratamiento adecuado. Las desventajas de este sistema de clasificación es que presenta numerosas y extensas categorías diagnósticas, dando lugar a un solapamiento entre ellas. Es decir, que una gran mayoría de pacientes presenta características de múltiples trastornos, con lo cual se termina de cuestionar su validez (Echeburúa et al., 2014). A pesar de ser el principal referente en salud mental a nivel mundial, dicho sistema ignora las características múltiples del funcionamiento de una persona, pues por ser dicotómico establece una clasificación entre las personas con patologías y sin patologías (Hernández-Guzmán et al., 2011).

### **1.1.2 Clasificación dimensional**

El modelo dimensional identifica y mide las diferencias individuales sobre los diversos fenómenos psicológicos. Evalúa a las personas en cuanto a todas las dimensiones relevantes. De esta manera, se pierde poca información y se logra describir a las personas de una manera cuantitativa (Hernández-Guzmán et al. 2011). El modelo dimensional surge en los años 60. La primera persona en realizar este modelo de clasificación fue Peterson (1961), seguido de Thomas Achenbach (1966), quien ha

realizado investigaciones utilizando este modelo de clasificación desde hace cuatro décadas (Achenbach 1978, 1985, 1990, 2001).

Achenbach (2001) denominó este enfoque *bottom-up*, ya que inicia con datos o síntomas de algún problema y deriva en síndromes mediante asociaciones estadísticas que se encuentran entre los problemas. Las escalas de los síndromes se crean con técnicas estadísticas, como el análisis factorial, el cual permite agrupar síntomas en dimensiones, facilitando la valoración del grado de intensidad del problema (Lacalle, 2010). El modelo dimensional tiene por lo menos tres valores ordinales, los cuales pueden ir de una escala de tres grados a una escala continua, mientras que el modelo categorial es un método binario con dos posibles valores que son ausente o presente (López et al., 2007). Hay algunos síndromes que pueden tener características comunes con el DSM y otros síndromes que no tienen ningún parecido (Achenbach, 1996). El uso de esta clasificación es limitado debido a que aún no se cuenta con una referencia “universal” que sea aceptada, como es el DSM.

Existen instrumentos de evaluación que permiten recolectar la información para evaluar al niño desde distintas fuentes, por ejemplo, del padre, del maestro y del propio niño. Algunos ejemplos de instrumentos dimensionales para la evaluación y clasificación de la psicopatología en niños y adolescentes son las escalas de ASEBA, que significa Achenbach System of Empirically Based Assessment (Achenbach, 2001; Achenbach y Rescorla, 2004), escalas de Conners (1997 y 1998), Escalas Quay (1987) y las escalas de Reynolds (2004). En las escalas de ASEBA también se evalúa al niño utilizando una clasificación categorial.

Los principios de este sistema de clasificación se originan a partir de las teorías psicométricas y de la evaluación de emociones y conductas según una gradación cuantitativa para cada fenómeno en cuestión (Achenbach, 1991b). Achenbach comenzó su trabajo investigativo utilizando y analizando historias psiquiátricas de niños y niñas, hasta que en 1978, junto con Craig Edelbrock, crean el primer instrumento de ASEBA, el CBCL, el cual cubría edades de 4 a 18 años (Achenbach, Edelbrock, y Howell, 1987). El CBCL/6-18 es la versión revisada y actualizada, y el CBCL4-18 es la versión original (Achenbach 1991a; Achenbach y Edelbrock, 1983).

Las ventajas del enfoque dimensional son la facilidad para poder explorar y delinear las diferencias entre personas. Cada persona tiene su propio perfil, lo que lleva a un diagnóstico de síntomas que pueden no ser específicos, como la ansiedad y la depresión. Utilizando una metodología funcional, el diagnóstico de las personas se

realiza mediante una formulación amplia, en la que se toman en cuenta la causa y los problemas previos precursores del problema actual, y cómo se relacionan (Hernández-Guzmán et al., 2011). Los profesionales pueden analizar el caso de la persona evaluada con cierta flexibilidad, sin tener que dar un diagnóstico apresurado. Además, obtienen mayor información sobre la gravedad de la persona evaluada en comparación con el modelo categorial. Es de fácil administración, más rápido y tiene un menor costo (Silva et al., 2005).

Una desventaja es la pluralidad de dimensiones, es decir, no tener un acuerdo claro sobre qué dimensiones representan un síndrome o problema psicopatológico entre los profesionales (Widakowich, 2012). Además, existe la dificultad de poder descubrir nuevos trastornos psicológicos, así como el hecho de que cada instrumento deba tener diferentes informadores (Silva et al., 2005).

## **1.2 Epidemiología de los problemas psicológicos en niños y adolescentes**

Según la Organización Mundial de la Salud (2017), los problemas psicológicos son la causa principal de discapacidad alrededor del mundo. Estudios indican que la mayoría de los trastornos mentales inician en la infancia y la adolescencia. Es importante estudiar y entender la magnitud de los problemas psicológicos y factores de riesgo que presentan los niños y adolescentes, porque nos permite establecer un diagnóstico a tiempo y crear estrategias preventivas en las distintas etapas del desarrollo. Esto se puede lograr a través de la epidemiología psicopatológica.

La epidemiología psicopatológica o psiquiátrica es definida por Rodríguez, Kohn y Aguilar (2012) como:

Rama de las ciencias sociales de la salud que se dedica al estudio de la frecuencia de los trastornos mentales en las comunidades y a la descripción de cómo los diversos contextos sociodemográficos y culturales pueden afectar o proteger la salud mental y el comportamiento de los individuos a largo plazo.

(p. 3)

Los epidemiólogos investigan las interacciones que pueden ocurrir entre las personas, entre diferentes agentes y el ambiente, que inciden en la ocurrencia de una enfermedad. Por lo tanto, una meta importante de los estudios epidemiológicos es identificar la etiología de las enfermedades para poder prevenir y tratarlas. A fin de lograr esto, se necesitan estimar las prevalencias y las distribuciones de las enfermedades en una población. La prevalencia ayuda a determinar el número de casos detectados de una enfermedad en una población durante un período específico. Los estudios epidemiológicos también permiten identificar los factores de riesgo que pueden influir para que se desarrolle una enfermedad. Esto se hace estudiando variables sociodemográficas, tales como género, edad, grupo étnico, ubicación geográfica, entre otras (Gordis, 2013).

Si bien hasta 1950 se utilizaba únicamente la descripción de los síntomas del paciente al médico para poder diagnosticarlo con un trastorno psicológico, los investigadores se dieron cuenta de que debía haber una metodología válida y fiable para medir adecuadamente los cambios significativos en la psiquiatría epidemiológica. Fue entonces que se aportó con una base de datos que sirvió para realizar amplias



investigaciones en el área de la salud mental, y que se establecieron métodos estandarizados para estudios epidemiológicos en trastornos mentales (Eaton et al., 1981).

La aplicación de la epidemiología a la psiquiatría ha permitido el desarrollo de metodologías que ayuden a estimar la prevalencia de trastornos mentales, como por ejemplo la utilización de entrevistas diagnósticas estructuradas y semiestructuradas. Esto ha conducido a hallazgos de la prevalencia de los trastornos mentales en la población en general, a aprender sobre los patrones de comorbilidad, a entender el impacto que pueden tener las variables sociodemográficos y ambientales, así como a conocer los factores de riesgo de los trastornos mentales (Merikangas, Nakamura, y Kessler, 2009).

### **1.2.1 Necesidad de conocer la prevalencia de los problemas psicológicos en niños y adolescentes**

La práctica de la epidemiología psicopatológica permite una identificación precisa de diagnósticos y prevalencias de varios trastornos en distintos grupos poblacionales. La tasa de prevalencia se define como “el número de casos existentes de una enfermedad u otro evento de salud dividido por el número de personas de una población en un período específico” (OPS, s.f., p.3 sección 2).

Los estudios epidemiológicos en el área infanto-juvenil han avanzado en las últimas décadas y proporcionan evidencia de la alta prevalencia, además de muchas necesidades insatisfechas en varios países. Es importante estudiar la prevalencia de los trastornos psicológicos en niños y adolescentes para poder aprender cómo los diversos contextos sociodemográficos y culturales pueden afectar o proteger a la salud mental y el comportamiento de los individuos. Esto podría ayudar a prevenir problemas psicológicos en niños y adolescentes que, como secuela, causan sufrimiento personal y familiar, consecuencias psicosociales en su entorno, como la escuela o colegio, consecuencias socioeconómicas, entre otros. Además, un gran número de trastornos mentales, emocionales y conductuales de la adultez tiene sus primeras expresiones durante la niñez y/o la adolescencia (Kessler et al. 2005; O’Connell, Boat, y Warner 2009). Así, los trastornos psiquiátricos que comienzan en la niñez deberían ser motivo de preocupación, dadas sus repercusiones futuras en la adultez (De la Barra, 2009; O’Connell et al., 2009). No obstante, esta labor no es simple, en virtud de que las

necesidades de prevención y de tratamiento de niños y adolescentes no son satisfechas, incluso en países con altos niveles de ingresos (De la Barra, 2009). El agravante es que se dispone de pocos estudios de prevalencia realizados en América, especialmente en Sudamérica. En este continente hay información de la prevalencia psicopatológica de niños y adolescentes, pero en ciertas ciudades, no a nivel de todo el país (De la Barra, 2009). En Ecuador no hay estudios de prevalencia de problemas emocionales y conductuales en niños y adolescentes. Además, la falta de instrumentos válidos y confiables de valoración es uno de los principales problemas con los que se encuentra la investigación epidemiológica en este país.

### **1.2.2 Prevalencia basada en sistemas categoriales**

En el estudio de Belfer (2008) se estimó que a nivel mundial se observa una prevalencia del 20% de problemas de salud mental en niños y adolescentes. Además, se identificó el suicidio como tercera causa de muerte en adolescentes, y se encontró que un 50% de los trastornos mentales presentes en adultos tuvieron su inicio en la adolescencia. En 2009, la información que aportan distintos estudios indica una prevalencia de psicopatología en niños y adolescentes que fluctúa entre un 6,9% y 29,0%. Dichos estudios se realizaron en diferentes ubicaciones geográficas y en edades comprendidas entre 1 a 17 años (De la Barra, 2009). Uno de los aspectos que se puede delimitar es que los países con las prevalencias más altas fueron Sudán, Filipinas y Colombia, y que la prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes varía según la ubicación geográfica y la edad: un indicador de que el factor psicosocial es un elemento que influye sobre la presencia de trastornos psicológicos en las distintas culturas (De la Barra, 2009).

En una investigación de niños y adolescentes en varias sociedades (Achenbach, Rescorla e Ivanova, 2012), se encontró que la prevalencia estimada de al menos un diagnóstico de problemas psicológicos varía en un rango de 1,8% en Goa (India), hasta 50,6% en tres áreas de Estados Unidos y Puerto Rico. En la Tabla 1 se puede observar el

Tabla 1

*Prevalencia de problemas emocionales y conductuales en niños y adolescentes en estudios utilizando el DAWBA y el DISC*

País	Autor	Edad	Método diagnóstico	Prevalencia
<u>Estudios utilizando DAWBA</u>				
Bergen, Noruega	Heiervang et al., (2007)	7-9	DSM-IV	7,0%
Goa, India	Pillai et al., (2008)	12-16	DSM-IV	1,8%
Israel	Farbstein et al., (2009)	14-17	DSM-IV	11,7%
Italia (7 áreas urbanas)	Frigerio et al., (2009)	10-14	DSM-IV	8,2%
Taubaté, Brasil	Fleitlich-Bilyk and Goodman, (2004)	7-14	DSM-IV y DAWBA	12,7%
Reino Unido-Brasil	Fleitlich-Bilyk and Goodman, (2004)	7-14	DSM-IV y DAWBA	9,7%
<u>Estudios utilizando DISC</u>				
Australia	Sawyer et al., (2001)	6-17	DSM-IV y DISC-IV	15,0%
Bangalore, India	Srinath et al., (2005)	4-16	DISC	12,0%
Dunedin, Nueva Zelanda	McGee et al., (1992)	11-15	DSM-III y DISC	11: 8,8% 15: 19,6%
Hong Kong	Leung et al., (2008)	7° y 9° grado	DSM-IV y DISC-IV	38,4%
Houston, Texas	Roberts et al., (2007)	11-17	DSM-IV y DISC-IV	17,1%
Nativos Americanos, Estados Unidos y Canadá	Whitbeck et al., (2008)	10-12/13-15	DSM-IV y DISC-IV	10-12: 23,4% 13-15: 41,2%
Puerto Rico	Bird et al., (1988)	4-16	DSM-III, DISC	49,5%
Puerto Rico	Canino et al., (2004)	4-17	DSM-IV y DISC-IV	19,8%
Quebec, Canadá	Breton et al., (1999)	6-14	DSM-III-R y DISC	32,4%
Santiago, Chile	Vicente et al., (2011)	4-18	DSM-IV y DISC-IV	42,4%
Estados Unidos	Merikangas et al., (2010)	8-15	DSM-IV y DISC-IV	13,1%
Estados Unidos (3 áreas) y San Juan, Puerto Rico	Shaffer et al., (1996)	9-17	DSM-III-R y DISC	50,6%
Zurich, Suiza	Steinhausen et al., (1998)	6-17	DSM-III-R y DISC	22,5%

Nota. Achenbach, T.M., Rescorla L.A. e Ivanova, M. (2012). International Epidemiology of Child and Adolescent Psychopathology: Diagnoses, Dimensions, and Conceptual Issues. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Achenbach, T. M. 1985. *Assessment and Taxonomy of Child and Adolescent Psychopathology*. p.1264-1265

resumen de las prevalencias obtenidas de varios estudios en distintos países. Se utilizó el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) (APA, 1994), la entrevista diagnóstica estructurada para niños (DISC) (Costello, Edelbrock, y Costello, 1985) y la encuesta sobre el Desarrollo y Bienestar de niños y adolescentes (DAWBA) (Goodman et al., 2000). Con los resultados de Goa y Estados Unidos se podría concluir que India tiene menos problemas psicológicos que Estados Unidos. Sin embargo, en la misma Tabla 1 se puede ver que existe otro estudio realizado en Bangalore, India, que presenta una prevalencia más alta (12,0%).

Comparando los resultados de De la Barra (2009) con los de la Tabla 2, se puede observar que, a pesar de haber varios estudios sobre la prevalencia de un mismo país, cada investigación obtiene resultados distintos. Esto ocurre debido a la diferente metodología de recolección de información que se utilizó para todos estos estudios (Achenbach et al., 2012). Ello indica la importancia de utilizar una metodología estandarizada para la recolección de datos cuando se realizan estudios epidemiológicos de salud mental.

En 2015, en uno de los mayores metaanálisis realizados en los últimos años, se encontró una prevalencia de problemas psicológicos en niños y adolescentes del 15%, y que los trastornos más frecuentes son los trastornos de ansiedad (6,5%), problemas de conducta (6%), trastorno de déficit de atención o hiperactividad (TDAH) (3,5%) y depresión (2,5%) (Polanczyk et al., 2015).

Merikangas et al. (2009) realizaron una revisión sobre la magnitud de los problemas psicológicos en niños y adolescentes alrededor del mundo. Para ello, escogieron investigaciones que utilizaron el DSM-IV como criterio de evaluación diagnóstica, así como una entrevista estructurada y reportes de los síntomas de los niños o adolescentes entregados por los padres o el cuidador principal. La prevalencia de todos los trastornos de ansiedad fue del 8%, con rangos del 2,0% al 24,0%. En el trastorno de ansiedad generalizada se encontró un rango de 2,2% en Carolina del Norte a 9,5% en Puerto Rico. Se puede ver que este trastorno es el más elevado en adolescentes. Por otro lado, el trastorno obsesivo-compulsivo no es frecuente en niños menores de doce años de edad. Para los trastornos depresivos se encontró una prevalencia que va de 0,6% en Gran Bretaña a 3,0% en Puerto Rico. En el TDAH se encontró una prevalencia de 1,7% a 17,8% (Merikangas et al., 2009). En la Tabla 2 se puede observar la prevalencia encontrada en Gran Bretaña y Estados Unidos. En Gran Bretaña, la prevalencia tiene un

rango entre 1,5% y 2,2%, mientras que en Estados Unidos va de 0,9% a 8,0% (Merikangas et al., 2009).

Merikangas (2009) encontró que en los trastornos disruptivos la prevalencia del trastorno de negativismo desafiante tuvo una media de 6,0%, con un rango entre 5,0% y 14,0%. En estudios realizados en el Reino Unido, la prevalencia es del 2,3% para negativismo desafiante, y 1,5% en trastornos de conducta, mientras que en Estados Unidos la prevalencia fue alta: entre 2,8% y 5,5% en negativismo desafiante, y entre 2,0 y 3,32% en trastornos de conducta.

Tabla 2

*Prevalencias del trastorno de déficit de atención/hiperactividad de estudios en Gran Bretaña y Estados Unidos*

País	Estudio	N	Edad	Prevalencia
Gran Bretaña	Meltzer et al. (2000)	10438	5-15	2,2%
	Green et al. (2004)	7977	5-16	1,5%
Estados Unidos	National Health and Nutrition Examination Survey Froehlich et al. (2007)	3082	8-15	8,7%
	Angold et al. (2002)	920	9-17	1,3%
Carolina del Norte	Costello et al. (2003)	1015	9-16	0,9%
Puerto Rico	Canino et al. (2004)	1886	4-17	8,0%
Texas	Roberts et al. (2007)	4175	11-17	2,1%

Nota. Merikangas, K.R., Nakamura, E.R. y Kessler, R.C. (2009). Epidemiology of Mental Disorders in Children and Adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11. p12.

En un estudio realizado en Reino Unido, el Instituto Nacional de Estadística (2018) publicó un informe sobre la salud mental de niños y adolescentes en 2017. Se utilizó una muestra de 9117 niños y adolescentes entre 2 y 19 años, con base en los informes de los niños, sus padres y profesores. Se evidenció que 1 de cada 8 niños presenta un trastorno mental y 1 de cada 20 cumplió con criterios para dos o más trastornos psicológicos. En los trastornos emocionales, 1 de cada 12 niños presentó un trastorno. Los trastornos de ansiedad fueron los más prevalentes. En los trastornos de conducta, 1 de cada 20 niños presentaba un trastorno de este tipo, y en el trastorno de déficit de atención o hiperactividad, 1 de cada 70 niños presentaba dicho trastorno. Se

pudo ver un ligero aumento de la prevalencia en las tasas de trastornos mentales en comparación con lo encontrado en 1999 y 2004.

En otros estudios realizados en Estados Unidos utilizando el National Survey of Children's Health en niños de 2 a 17 años, los trastornos más comunes fueron los de ansiedad, de conducta y el TDAH. Se encontró que el 9,4% de los niños tenía un diagnóstico de TDAH, 7,4% problemas de conducta, 7,1% trastornos de ansiedad y 3,2% trastorno de depresión (Danielson et al., 2018; Ghandour et al., 2019). En un estudio realizado en Lituania en 3309 niños de 7 a 16 años se encontró que los trastornos más comunes fueron el trastorno de conducta, con una prevalencia de 6,6, así como el trastorno de ansiedad, con 5,0% (Lesinskiene et al., 2018).

En España, 1 de cada 100 niños tiene problemas de salud mental, según resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE), efectuada con una muestra representativa de la población no institucionalizada en 2017. Se encontró que en los niños de 0 a 14 años, la prevalencia de trastornos de conducta y de TDAH fue de 1,8% y la prevalencia de trastornos emocionales como depresión y ansiedad fue del 0,6% (Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar, 2017).

Como se puede observar, en la mayoría de estudios realizados en varios países, el trastorno con mayor prevalencia es el de ansiedad, seguido de los problemas de conducta, TDAH y depresión en niños y adolescentes.

En Centroamérica y Sudamérica los estudios de prevalencia de problemas psicológicos en niños y adolescentes son aún más escasos, en comparación con otros lugares del mundo (Organización Panamericana de la Salud, 2018).

Según la Organización Panamericana de la Salud (2018), Sudamérica tiene las mayores proporciones de discapacidad debido a enfermedades mentales comunes y a trastornos de comienzo habitual en la infancia y adolescencia. La depresión es la primera causa de discapacidad, con un intervalo entre 6,7 y 8,0% en Centroamérica y de 6,7 a 9,4% en Sudamérica (Tabla 3). Ecuador está entre los cinco primeros países con problemas de discapacidad por problemas de depresión y ansiedad en América, siendo Brasil el primer país, seguido de los demás países sudamericanos. Además, los países centroamericanos y todos los países sudamericanos presentan porcentajes altos de discapacidad por problemas psicológicos. Por lo tanto, existe una gran necesidad de realizar más estudios epidemiológicos en estos países, a fin de buscar programas que ayuden a prevenir estos problemas en las distintas sociedades.

Tabla 3

*Discapacidad por depresión en América*

Subregión y país	Discapacidad por depresión (%)
<u>Centroamérica</u>	
México	7,6
Cuba	7,9
República Dominicana	8,2
Haití	6,7
Guatemala	6,8
El Salvador	7,2
Honduras	7,6
Costa Rica	8,0
Panamá	7,4
Trinidad y Tobago	7,5
Puerto Rico	7,5
Nicaragua	7,8
<u>Sudamérica</u>	
Paraguay	9,4
Brasil	9,3
Perú	8,6
Ecuador	8,3
Colombia	8,2
Uruguay	7,6
Argentina	7,8
Bolivia	7,7
Venezuela	6,7

Nota. Organización Panamericana de la Salud. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la región de las Américas*. Washington, D.C.: OPS p14.

En la Tabla 4 se exponen algunos de los estudios epidemiológicos de niños y adolescentes realizados en Centro América y Sudamérica. Se puede ver que la prevalencia se sitúa entre 1,2% en Puerto Rico y 39,5% en México, y que en cada estudio la fuente de información es distinta, al igual que los rangos de edad. En Puerto Rico, en el año 2004, la prevalencia de trastornos de salud mental en 1886 niños de 4 a 17 años fue del 6,9%. Además, se pudo ver que el 1,7% tuvo depresión, 2,9% ansiedad, 3,7% TDAH, 1,3% trastornos de conducta, 3,4% trastorno oposicionista desafiante y 0,4% abuso de drogas (Canino et al., 2004).

Tabla 4

*Prevalencia psicopatológica de niños y adolescentes de algunos países en Centroamérica y Sudamérica*

<b>Lugar</b>	<b>N</b>	<b>Edad en años</b>	<b>Fuente de información</b>	<b>Prevalencia (%)</b>
Ciudad de México	3005	12-17	Adolescente	8,5% (trastorno grave) 39,5% (cualquier trastorno) 27,7% (trastorno sin fobias)
Ciudad de México	1685	4-16	Cuidador	15,0% (cualquier trastorno)
Puerto Rico	1886	4-17	Niño Cuidador	16,4% (cualquier trastorno) 1,8% (cualquier trastorno)
Taucaté, Brasil	1251	7-14	Niño Maestro Cuidador Clínico	12,7% (cualquier trastorno)
Calama, Chile	1069	11-18	Adolescente	29,2% (psicopatología elevada) 37,0% (sintomatología depresiva elevada) 16,8% (estrés postraumático: guerra crónica)
Cundinamarca, Colombia	493	5-14	Niño/ Cuidador	23,2% (estrés postraumático: guerra reciente) 1,2% (estrés postraumático: sin guerra)

Nota. Rodríguez, J., Kohn, R., y Aguilar., S. (2012). *Epidemiologías de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington, DC: Organización Mundial de la Salud. P.236.

En Chile, en el año 2007 se hizo un estudio sobre los trastornos depresivos y de ansiedad en estudiantes de bachillerato y se encontró que la tasa para los síntomas depresivos era del 22,6%, y para los síntomas de ansiedad del 42,3% (Cova et al., 2007). En un estudio en México, con una muestra de 3005 adolescentes entre 12 y 17 años, se encontró una prevalencia global de 39,4%, siendo 29,8% trastornos de



ansiedad, 7,2% de ánimo, 15,3% trastornos de control de impulsos y 3,3% trastornos por abuso de sustancias (De la Barra, 2009).

Benjet et al. (2009) encontraron que en México los trastornos más frecuentes en los adolescentes entre 12 y 17 años en ambos géneros fueron las fobias específicas y la fobia social.

En Colombia, según el Estudio Nacional de Salud mental del Adolescente, el 16,1% presenta al menos un problema psicológico. La mayor prevalencia se encontró en trastornos de ansiedad (5,5%), depresión mayor (5%) y problemas de negativismo desafiante (2%) (Moreno et al., 2014). En otro estudio en Colombia se encontró una prevalencia en sintomatología depresiva del 27,5% y del 7,7% en trastornos de ansiedad en adolescentes (Torres et al., 2010). En Chile, Vicente et al. (2012) realizaron un estudio con 1558 niños entre 4 y 18 años de edad utilizando la entrevista DISC-IV, con lo que se pudo obtener la prevalencia de algunos trastornos psicológicos. La prevalencia para todos los trastornos fue de 38,3%, siendo los trastornos disruptivos (14,6%) y los afectivos (5,1%) los de prevalencia más alta.

Se evidencia así en Sudamérica y Centroamérica una prevalencia más alta en la mayoría de trastornos, en comparación con los resultados obtenidos en otros países del mundo. En el caso de Ecuador específicamente, no se logró encontrar la prevalencia de problemas psicológicos, puesto que aún no se han realizado estos estudios en ese país. En los estudios revisados, el país con mayor prevalencia psicopatológica fue México, con una prevalencia global de 39,4%, y cuyos trastornos más prevalentes fueron los trastornos de ansiedad, seguido de los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de conducta. Se puede ver que la prevalencia de los trastornos psicológicos en la adolescencia es mayor que en la niñez. Por lo tanto, la magnitud del problema es igual en varios países. Sin embargo, cada estudio varía según las variables de interés, los rangos de edades, las fuentes de información y la metodología utilizada.

### **1.2.3 Prevalencia basada en el sistema dimensional**

Se encontraron menos estudios actuales que utilizaran el modelo de clasificación dimensional en Sudamérica. En Brasil se realizó un estudio con 1251 niños de 7 a 14 años, en el que se halló una prevalencia global del 12,7% en trastornos de salud mental, una prevalencia del 5,2% en ansiedad, 1% en depresión, 1,8% en TDAH y 7% en trastornos disruptivos, así como el hecho de que hay más trastornos exteriorizados en

los niños que en las niñas (De la Barra, 2009). En Uruguay, Viola, Garrido y Rescorla (2011), realizaron un estudio para evaluar las características epidemiológicas del TDAH en 1374 niños de 6 a 11 años utilizando el CBCL/6-18. Se obtuvo una prevalencia aproximada de 7,6% de TDAH, siendo el 6,6% en niños y de 8,5% en niñas y de 6,3% en niños de 6 a 8 años y de 8,3% en niños de 9 a 11 años.

En México, en un estudio de Navor et al. (2017) sobre la prevalencia de problemas emocionales y conductuales de 653 adolescentes de 15 a 16 años utilizando la escala de problemas emocionales y conductuales de Andrade et al. (2010), se encontró que las niñas tienen más riesgo de presentar problemas de depresión (31%), problemas somáticos (42%), problemas de pensamiento (64%) en comparación con los niños. En la escala de problemas totales y problemas interiorizados, las niñas tienen una mayor prevalencia, mientras que los niños alcanzan una mayor prevalencia en problemas exteriorizados.

En un estudio epidemiológico realizado por Rescorla et al. (2007) se compararon las cualidades positivas y los problemas que reportan los adolescentes en 24 países de distintos continentes: África, Norteamérica, Asia, Europa y Oceanía. Las muestras fueron desde 301 participantes en Puerto Rico hasta 2542 en Japón. Se utilizó el cuestionario Youth Self Report (YSR) de Achenbach para el estudio. Lo que se encontró fue que las niñas obtuvieron una prevalencia mayor que los niños en la escala total de problemas y problemas interiorizados (ansioso/deprimido, retraído/deprimido y quejas somáticas). Las niñas obtuvieron en 21 países una prevalencia mayor para la escala de problemas ansioso/deprimidos y en 17 países una prevalencia mayor que los niños para problemas interiorizados. Los niños, por su parte, obtuvieron una prevalencia mayor en problemas exteriorizados (conducta de romper reglas y conducta agresiva). Además, se halló en los niños que, a mayor edad tienen, más riesgo hay de presentar más problemas. En 18 países se pudo observar que los niños mayores reportaron más problemas de rompimiento de reglas. Con respecto a las cualidades positivas, las niñas obtuvieron una prevalencia mayor que los niños, así como los niños de mayor edad.

Por lo tanto, se concluye que, al igual que en el modelo categorial, los trastornos de mayor prevalencia fueron la ansiedad y la depresión. Es por ello que se debe poner atención en la intensidad y duración de estos síntomas emocionales, que pueden ser claves para el diagnóstico temprano de un niño o adolescente. Se cree que es fundamental hacer énfasis en los distintos factores de riesgo que provocan que los niños y adolescentes presenten este malestar emocional. Conocer la problemática que se da en

cada país permite que se puedan crear estrategias para mejorar la salud mental de los niños y adolescentes, ya sea con programas de promoción, prevención e intervención, a fin de lograr mejorar la calidad de vida de las personas (Guadarrama-Guadarrama et al., 2015).

#### **1.2.4 Factores de riesgo asociados a la prevalencia de problemas psicológicos en niños y adolescentes**

En niños y adolescentes, la presencia de problemas psicológicos se asocia con distintos factores que influyen sobre la forma en que estos se expresen. Entre estos se pueden resaltar los aspectos demográficos, tales como la edad, el género, el nivel socioeconómico, la estructura familiar y el grupo étnico al que pertenecen.

##### **1.2.4.1. Edad**

Los primeros estudios se llevaron a cabo en adultos a quienes se les pidió que recordaran cuándo comenzó su enfermedad. Los cinco estudios de The Epidemiologic Catchment Area Program of the National Institute of Mental Health (ECA) en adultos mayores en los años ochenta indicaron que los problemas psicológicos iniciaban a una edad más temprana de lo que se creía en aquella época (De La Barra, 2010).

Los estudios clínicos y epidemiológicos indican que hay dos tipos de trastornos: los que empiezan en la niñez, como por ejemplo, TDAH, autismo, trastornos del desarrollo, ansiedad de separación, fobias específicas, trastorno de negativismo desafiante, y los que empiezan en la adolescencia, como por ejemplo fobia social, depresión, abuso de sustancias, trastornos de conducta alimentaria, trastornos de pánico (De La Barra, 2010). Sobre los trastornos que empiezan en la niñez, como el TDAH, que es un trastorno de neurodesarrollo, la mayoría de los síntomas inician antes de la edad de 12 años (American Psychiatric Association, 2013). En un estudio conducido en Chile por Vicente, Saldivia y Pihán (2016), se encontró que la prevalencia es más alta entre niños de 4 a 11 años que en niños de 12 a 18 años, sobre todo en trastornos disruptivos. Entre los trastornos disruptivos, el trastorno de negativismo desafiante tiende a aparecer en la niñez o en la adolescencia, pero en la mayoría de los casos los síntomas empiezan en la etapa preescolar de la niñez, rara vez inician en la adolescencia (American Psychiatric Association, 2013). En cambio, en los trastornos de conducta, la prevalencia tiende a aumentar desde la niñez hasta la adolescencia, siendo la

prevalencia más alta en la adolescencia. Esto se puede deber a que varios niños con este diagnóstico no son tratados a edades tempranas y el trastorno empeora su curso y sintomatología en la adolescencia (American Psychiatric Association, 2013). El Estudio de Metodología para Epidemiología en Niños y Adolescentes (MECA) entre 9 y 17 años encontró que en el 72% de los niños que fueron diagnosticados de trastorno de conducta a los 17 años, los síntomas empezaron a los 9 años. Este estudio se replicó en el estudio Great Smoky Mountains, el cual arrojó resultados similares. Los niños con el diagnóstico a los 16 años de edad indicaron presentar sus primeros síntomas antes de los 10 años y el 89% antes de los 13 años. Con lo que se puede ver que es un trastorno que tiene una tendencia a iniciar en la infancia (De La Barra, 2010).

En los trastornos que empiezan en la adolescencia, se encontró una relación entre la presencia de problemas psicológicos y el proceso madurativo. Durante la transición entre infancia y adolescencia se ha podido determinar un incremento en la autopercepción de mala adaptación psicológica en la adolescencia. Este incremento en la autopercepción de problemas psicológicos puede estar asociada a una mayor capacidad reflexiva y una mayor autocrítica, propias del proceso de maduración humano (Abad et al., 2000). Estudios longitudinales en muestras comunitarias indican que entre los 11 y 14 años, la prevalencia del trastorno depresivo mayor tiende a aumentar. Existe evidencia de un cambio significativo de la prevalencia de depresión mayor después de los 11 años de edad, con un aumento del 1% al 2% en la edad de 13 años, y de 3% a 7% en la edad de 15 años (Merikangas et al., 2009). En el Proyecto de Oregón de Depresión Adolescente se encontró que los pacientes que tenían depresión a los 18 años habían iniciado el trastorno a los 14,7 años en las niñas y a los 15,4 años en los niños (De La Barra, 2010). Datos de estudios prospectivos indican que las niñas incrementaron la prevalencia de trastornos de ansiedad desde los cinco años y tendieron a aumentar conforme llegaban a la adolescencia. Hay teorías biológicas y psicosociales que sugieren que las niñas tienen mayor vulnerabilidad de presentar problemas emocionales, especialmente de ansiedad, en la etapa adolescente (Zahn-Waxler, Shirtcliff y Marceau, 2008). Una teoría biológica es que las niñas tienen un aumento de estrógenos y progesterona durante la adolescencia; estas hormonas pueden influenciar el funcionamiento del eje hipotálamo-pituitario-adrenal, lo que afecta la producción de cortisol, pudiendo ocasionar mayor vulnerabilidad en las niñas al estrés (Young y Altemus 2004). Una teoría psicosocial es la intensificación, entre la niñez y la adolescencia, del rol de género en las niñas en cuanto a ciertas conductas, como la

pasividad, la dependencia, la emocionalidad y la impotencia. A su vez, surge una intensificación de la socialización de género por parte de la familia y sociedad. Las niñas tienen menos libertad y los padres ejercen más control, mientras ellas, por su parte, buscan mayor autonomía en la adolescencia. Esta intensificación del rol de género podría causar baja autoestima y problemas de competencia, así como el riesgo para desarrollar trastornos afectivos y, sobre todo, de ansiedad. Existe otra teoría de la explosión de la adversidad, que indica que las niñas presentan más niveles de estrés que los niños, lo cual provoca consecuencias más intensas en la adolescencia (Davis, Matthews y Twamley, 1999).

En el Reino Unido, en una investigación de niños y adolescentes entre 2 y 19 años, se halló que la prevalencia de los trastornos psicológicos son más altos en los grupos de mayor edad (NHS Digital, 2018). De igual forma, estudios en Estados Unidos encontraron que los trastornos de depresión y ansiedad tienden a incrementar con la edad y que los problemas de conducta son más prevalentes en niños de 6 a 11 años (Ghandour et al., 2019). En España, en niños entre 0 a 14 años se pudo evidenciar que todos los trastornos psicológicos presentaron un gradiente ascendente con la edad, sobre todo en los trastornos de conducta en los niños. Según el grupo de edad, se pudo ver que los niños de 4 a 9 años (14,9%) presentaron porcentajes más altos de problemas psicológicos en comparación con los niños de 10 a 14 años (11,9%).

Por lo tanto, la edad podría ser un factor de riesgo en algunos trastornos de la niñez y adolescencia, en especial los que inician a una edad temprana, como la ansiedad y los trastornos disruptivos, en los que la prevalencia tiende a aumentar más en la adolescencia. También podría ser que las personas realizan más consultas psiquiátricas y psicológicas conforme avanza la edad, y que en edades más tempranas haya infradiagnóstico.

#### **1.2.4.2 Género**

Adicionalmente se ha encontrado que el género es otro factor asociado con la expresión de problemas psicológicos en niños y adolescentes. Sin embargo, los riesgos son distintos para niños y niñas; esto se debe a diferentes factores (Alarcón y Barriga, 2015). Los trastornos psicológicos que tienen un inicio temprano muestran una preponderancia en niños, mientras que los trastornos psicológicos que tienen normalmente su inicio en la adolescencia se ven proporcionalmente más en niñas (Zahn-

Waxler et al., 2008). Breslau et al. (2008) estimaron que las niñas tienen más predisposición a comentar con otras personas acerca de su información personal y emocional en comparación con los niños. También consideraron que es posible que los niños interpreten los ítems de una manera diferente que las niñas, y que por esto los resultados pueden ser más altos en niñas en cuanto a ansiedad y depresión. Además, se ha encontrado que los niños experimentan más problemas psicológicos de tipo exteriorizado, mientras que las niñas presentan más los de tipo interiorizado (Abad et al., 2000; Fergusson et al., 1993; Loeber et al., 2000; Merikangas et al., 2009; Szatmari et al., 1989).

Benjet et al. (2009) hallaron que las niñas tienen una prevalencia más alta en fobias, depresión mayor y ansiedad por separación, mientras que en los niños fueron las fobias, el trastorno de negativismo desafiante, el abuso de alcohol y el trastorno disocial. Las niñas presentaron más trastornos y mayor prevalencia de cualquier trastorno. En un estudio realizado en Chile por Vicente et al. (2012) a 1558 niños entre 4 y 18 años de edad, las comparaciones entre género indican que las niñas tienen una prevalencia más alta en trastornos de ansiedad. Los resultados de las prevalencias fueron similares en ambos géneros para trastornos afectivos, trastornos disruptivos o consumo de sustancias. En el informe de salud mental del Reino Unido (NHS Digital, 2018), se encontró que la prevalencia es más alta en niñas (10,0%) que en niños (6,2%), y que los trastornos de ansiedad fueron los más prevalentes. La prevalencia de problemas emocionales fue similar en niños y niñas de 5 a 10 años, mientras que las niñas de 11 a 16 años tuvieron la prevalencia más alta en problemas emocionales, así como de ansiedad (13,9%) y depresión (4,8%) en niñas de 17 a 18, en comparación a otros trastornos (NHS Digital, 2018).

En el TDAH se encontró que, con respecto al género, los niños tienen una mayor prevalencia que las niñas (Fergusson, Horwood y Lynskey, 1993; Merikangas et al., 2009; Szatmari, Boyle y Offord, 1989). Froehlich et al. (2007) encontraron que los niños tienen una prevalencia del 11,8% y las niñas del 5,4%. En un estudio realizado por Biederman et al. (2004), los niños tuvieron una prevalencia del 2,0% y las niñas del 0,5%, así como Canino et al. (2004) que obtuvieron en su investigación una prevalencia en los niños de 1,5% y de 0,3% en las niñas. El Informe de Salud Mental del Reino Unido (NHS Digital, 2018) muestra una prevalencia de TDAH más elevada en niños (2,6%) que en niñas (0,6%). El DSM-5 menciona que es más frecuente en los niños que en las niñas, con una ratio aproximada de 2:1, y que los niños suelen tener más

problemas de hiperactividad, mientras que las niñas presentan más problemas de atención (American Psychiatric Association, 2013).

En los trastornos de conducta, se ha evidenciado que la prevalencia es de tres a cuatro veces más alta en niños que en niñas. En una revisión realizada de los últimos diez años sobre los trastornos de conducta y el negativismo desafiante, se encontró que en algunos estudios la prevalencia del negativismo desafiante es mayor en niños que en niñas, pero que en otros estudios es similar (Loeber et al., 2000). El DSM-5 menciona que este trastorno es más prevalente en niños que en niñas (1.4;1), previo a la adolescencia (American Psychiatric Association, 2013). En otra revisión bibliográfica de estudios realizados de enero 2012 a julio 2017 por Villanueva y Ríos (2018), se señala que, tanto para el TDAH como para los trastornos de conducta, pertenecer al género masculino es considerado un factor de riesgo. En el Informe de Salud Mental del Reino Unido (NHS Digital, 2018) se encontró que la prevalencia fue más alta en niños (5,8%) que en niñas (3,4%) en los trastornos de conducta.

Por lo tanto, es importante estudiar la variable de género y su asociación con los problemas psicológicos en niños y adolescentes en distintas poblaciones. Según la mayoría de los estudios, las niñas tienden a desarrollar más problemas interiorizados y los niños más problemas exteriorizados.

#### **1.2.4.3 Nivel socioeconómico**

El nivel socioeconómico (SES) es una medida que combina el ingreso familiar, la educación y la ocupación parental. Hay factores que suelen ir asociados a mayor o menor SES, como el estatus físico y mental, las condiciones físicas del hogar, situaciones estresantes vividas por los niños y padres, abuso físico y/o psicológico y el estado nutricional (Finch y Obradović, 2017). Aún no se ha publicado un modelo unificado que considere todos los factores estresantes que están asociados a un SES bajo, pero sí se ha encontrado que puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de problemas emocionales y conductuales en niños y adolescentes (Finch y Obradović, 2017). Factores externos como vivir en un hogar con ingresos limitados conlleva una serie de riesgos que aumentan la probabilidad de padecer un trastorno. Por ejemplo, en una familia pobre es más probable que se utilicen métodos coercitivos de educación y/o estilos parentales inconsistentes, con baja atención a las necesidades emocionales y físicas de los niños (Dearing, McCartney y Taylor, 2006). Se ha encontrado que los

padres que viven en pobreza son más ansiosos, irritables o depresivos, lo cual puede afectar y hacer más sensibles a sus hijos. La disciplina de los padres puede ser inconsistente, severa y arbitraria, lo cual puede conducir a que los niños se depriman, presenten dificultades en su relación con sus pares, sientan falta de confianza en sí mismos y tengan más probabilidad de desarrollar problemas conductuales y académicos (Papalia et al., 2012). Los niños con un SES bajo tienen habilidades pobres para lidiar con el estrés, el cual podría acumularse con el tiempo y ocasionar trastornos psicológicos (Evans y Kim, 2013). Se ha encontrado una asociación entre SES bajo y niños con deficiencia en poder controlar sus impulsos, así como mala regulación emocional (Pérez et al., 2020).

Los niños que viven en pobreza, especialmente pobreza crónica, son significativamente más vulnerables a desarrollar problemas interiorizados y exteriorizados, en comparación a otros niños de clases sociales con mejores ingresos familiares (Evans, 2004).

En el Informe de Salud Mental de niños y adolescentes en el Reino Unido (NHS Digital, 2018) se encontró que existe una prevalencia más alta de problemas psicológicos en niños con un SES bajo. En Brasil, en Taubaté, se encontró una prevalencia de 13,7% de problemas psicológicos en niños que viven en áreas urbanas pobres (Muzzolon, Cat, y Santos, 2013). En Ecuador, en un estudio reciente realizado en Guayaquil, otra de las ciudades principales del país, los niños con SES bajo tienen más problemas psicológicos de tipo interiorizado y exteriorizado en comparación con niños de SES medio (Pérez et al., 2020).

También hay evidencia contradictoria con respecto a la relación entre el trastorno de déficit de atención/hiperactividad y el nivel socioeconómico. En el estudio de Froehlich et al. (2007) los autores muestran que la prevalencia es mayor en niños de clase social baja, pero en el estudio de Roberts, Roberts y Xing (2007) y en el estudio de Canino et al. (2004) los autores no hallan una asociación entre la prevalencia y el nivel socioeconómico. Además, en la revisión bibliográfica de Merikangas et al. (2009) se puede observar que en los adultos la depresión está asociada a la pertenencia a una clase social baja. Sin embargo, en estudios realizados en niños y adolescentes esto es menos consistente. Con respecto a otros trastornos, se encontró que hay pocas diferencias consistentes en la distribución de los trastornos de ansiedad y la clase social. En Uruguay, Viola y Garrido (2011) realizaron un estudio para evaluar las características epidemiológicas del trastorno de déficit de atención/hiperactividad en



1374 niños de 6 a 11 años mediante el CBCL/6-18. Se encontró que la prevalencia se distribuye de forma diferente según el SES del niño. En niños con SES bajo, la prevalencia fue de 8,1%, en niños con SES medio fue de 8,1% y en SES alto fue de 4%. Por último, la revisión bibliográfica de Villanueva y Río (2018) concuerda que pertenecer a una familia con bajos recursos económicos es un factor de riesgo para el TDAH y los trastornos de conducta.

Por lo tanto, se puede decir que en la mayoría de estudios, la variable SES sí está asociada a problemas emocionales y conductuales, y que, si bien tiende a variar de un estudio a otro, la mayoría concuerda en que pertenecer a un SES bajo sí puede estar asociado a una mayor prevalencia de problemas emocionales y conductuales en niños y adolescentes.

#### **1.2.4.4 Estructura familiar**

En el desarrollo de los niños y de los adolescentes, las relaciones significativas que tengan con su familia es un factor que presenta una gran influencia. Cuando se dan dificultades en el entorno familiar, estas pueden influir en el desarrollo de problemas psicológicos (Moreno et al., 2014). Diversos estudios indican que la familia configura un aspecto esencial en el desarrollo de los niños (Moreno et al., 2014). A nivel estructural, cualquier tipo de familia que no esté constituida por ambos padres biológicos se asocia con problemas exteriorizados, tanto en niños como en niñas (Sourander y Helstelä, 2005). Por otro lado, cambios en la estructura familiar, como divorcios, se asocian con reportes de problemas exteriorizados e interiorizados en niños y niñas (Sourander y Helstelä, 2005). En el caso de padres que se divorcian o que viven en conflicto, se ha encontrado que este tipo de situaciones generan un alto nivel de estrés en los niños y adolescentes, sobre todo si no entienden lo que está sucediendo. El estándar de vida de la familia se puede deteriorar, y si un padre tiene que mudarse de la casa, la relación que tiene con el niño se afecta. Cómo un niño se adapta cuando sus padres se divorcian es un proceso que depende de varios factores, tales como la edad, el género, la madurez, el temperamento y el ajuste psicosocial. Se ha encontrado que los niños mayores corren más riesgo de tener problemas académicos y sociales. Por otro lado, una familia constituida por un solo padre podría ser fuente, en ciertos casos, de dificultades emocionales. Tener un solo padre puede determinar que los recursos económicos disminuyan, sin contar con el hecho de que el padre o madre tendría que

trabajar para poder mantener económicamente a su hijo, lo cual ocasionaría que pase menos tiempo con él. Hay estudios que muestran que las familias monoparentales pueden carecer de recursos necesarios para brindar una buena crianza, sobre todo en padres que no viven en una sociedad con políticas de apoyo a familias con padres solteros (Papalia et al., 2012). Uno de los estudios que mayor información obtuvo sobre los factores de riesgo asociados a problemas psicológicos en niños y adolescentes es el Christchurch Health and Development Study. Según este estudio, uno de los factores de riesgo asociado a problemas psicológicos en niños es la separación de padres y el divorcio (Fergusson y Horwood, 2001). En un estudio realizado en Chile por Vicente et al. (2012), así como en el Informe de Salud Mental de niños y adolescentes del Reino Unido (NHS Digital, 2018) se encontró que los niños que vivían únicamente con un padre tenían una prevalencia más alta de trastornos.

Por lo tanto, se puede afirmar que la familia estructurada y en armonía es una variable que está asociada con una menor prevalencia de problemas psicológicos en niños y adolescentes.

#### **1.2.4.5 Etnia**

De acuerdo con algunos estudios, pertenecer a un grupo étnico también podría estar asociado a una prevalencia mayor o menor de problemas psicológicos. Sin embargo, el poder estadístico disminuye en varios estudios por las diferentes medidas utilizadas en algunos de ellos y/o por contar con una muestra muy pequeña. Esto hace que sea difícil comparar los patrones emocionales y conductuales de diferentes grupos étnicos (Merikangas et al., 2009). Algunos estudios han encontrado que los afroamericanos tienen una prevalencia más baja de depresión que los caucásicos o los latinos (Angold et al. 2002; Roberts y Chen 1995; Roberts, Roberts, y Chen, 1997). Otros estudios han hallado diferencias entre etnias en el caso del TDAH. Los niños mexicano-americanos tienen una prevalencia menor de TDAH en comparación con los niños de Estados Unidos (Froehlich et al., 2007). En el Reino Unido se encontró que los niños asiáticos tuvieron una prevalencia menor de trastornos disruptivos en comparación con los niños no asiáticos (Ford, Goodman, y Meltzer, 2003). Además, se evidenció que hay pocas diferencias consistentes en la distribución de los trastornos de ansiedad y los grupos étnicos (Merikangas et al., 1999).

Con respecto a las poblaciones indígenas en Sudamérica, es necesario resaltar aspectos socioeconómicos, educativos y laborales mencionados previamente, ya que en esa región la mayoría de las personas indígenas son pobres en comparación al resto de la población, quienes, a su vez, presentan altas tasas de analfabetismo y desempleo (Rodríguez et al., 2012). Esto podría aumentar el riesgo de convertirse en el grupo más vulnerable de padecer problemas de salud mental. En Ecuador, alrededor de un 12,0% de personas viven en pobreza extrema, es decir, con menos de 1,25 dólares americanos diarios. De este grupo, 9,0% son indígenas (Freire et al., 2015). Los pueblos indígenas en Sudamérica presentan como panorama general una situación sanitaria precaria. Por otra parte, los estudios en relación a la psicopatología en esta población son sumamente escasos, por lo que es difícil delimitar una prevalencia de este grupo. Sin embargo, existen estudios que delimitan los distintos aspectos sociales y económicos frente a los que este grupo se ve expuesto, por lo que puede ser considerado como grupo vulnerable ante el aumento de problemas psicológicos (Rodríguez et al., 2012).

### **1.3 Sistema de Evaluación Basado Empíricamente de Achenbach (ASEBA)**

Desde 1960 surge un gran interés por parte de Thomas Achenbach, psicólogo estadounidense, en la investigación de los problemas psicológicos de niños, adolescentes y adultos. Su sistema de evaluación diagnóstica dimensional, como se ha mencionado antes, se denomina ASEBA, que significa, por sus siglas en inglés, Sistema de Evaluación Empírica de Achenbach. Este es uno de los mejores métodos de evaluación a nivel mundial gracias a varios años de investigación (Andrade, Betancourt y Vallejo, 2010). En la primera publicación de ASEBA se encontraron más síndromes de problemas emocionales y conductuales que con el DSM-I (Achenbach, 1966). Los cuestionarios de ASEBA han servido para evaluación, diagnóstico, tratamiento y prevalencia psicopatológicas a nivel internacional, con más de 6500 publicaciones en todo el mundo (Achenbach, 2007; Achenbach y Rescorla 2001; Rescorla, 2005).

ASEBA es un sistema multiaxial que, a través de sus cuestionarios, utiliza la información de varias fuentes para la evaluación de problemas emocionales y conductuales. Permite evaluar a personas que tienen desde un año y medio de edad hasta 90 años, con diferentes escalas de aplicación según la edad de la persona (Tabla 5). Los cuestionarios se pueden completar en 15-20 minutos.

El ASEBA se utiliza en varios servicios médicos, centros de salud mental, centros psicológicos, escuelas/colegios, entre otros. Su aplicación y corrección es bastante sencilla; sin embargo, Achenbach y Rescorla (2001) recomiendan que únicamente lo administren personas calificadas.

ASEBA tiene una aplicación multicultural (Achenbach y Rescorla, 2001). Su aplicación en diferentes culturas permite comparar rangos de variación interculturales e identificar qué efectos se asocian al género, la edad, el nivel socioeconómico y otras variables sociodemográficas (Verhulst et al., 2003). Esto se ha podido conseguir gracias a que los cuestionarios de ASEBA se han logrado adaptar a más de 100 idiomas y que ha sido aplicado a más de 65 sociedades (Achenbach y Rescorla, 2001).

#### **1.3.1 Protocolos de ASEBA para edad escolar**

Los cuestionarios de ASEBA para la edad escolar brindan la posibilidad de obtener información sobre las competencias y problemas psicológicos (emocionales y conductuales) que presentan los niños de 6 a 18 años de edad. Como se mencionó anteriormente, hay tres tipos de formularios para la etapa escolar: el que es contestado

Tabla 5

*Cuestionarios de ASEBA*

Edad	Autorreporte	Padres	Profesores
1 <sup>1/2</sup> -5 años		Child Behavior Checklist (CBCL1 <sup>1/2</sup> -5 )	Caregiver-Teacher Report Form (C-TRF)
6-18 años	Youth Self-Report (YSR/11-18)	Child Behavior Checklist CBCL/6-18)	Teacher's Report Form (TRF/6-18)
18-59 años	Adult Self-Report (ASR)	Adult Behavior Checklist (ABCL)	Adult Behavior Checklist (ABCL)
Mayor a 60 años	Older Adult Self-Report (OASR)	Older Adult Behaviour Checklist (OABCL)	Older Adult Behaviour Checklist (OABCL)

Nota. Achenbach, T.M. y Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.

por los padres que se llama, en inglés, Child Behavior Checklist (CBCL/6-18); el que es llenado por los profesores, Teacher Report Form (TRF/6-18); y el autorreporte, que es completado por el adolescente de 11 a 18 años, Youth Self Report (YSR/11-18) (Tabla 5).

La finalidad de estos cuestionarios es poder obtener una idea del funcionamiento del niño, identificar problemas que presente, determinar si existe alguna conducta que haya que evaluar más detenidamente, lograr identificar objetivos de intervención psicológica y realizar prevención de problemas psicológicos. Además, se puede hacer un seguimiento del niño en el tiempo (Achenbach y Rescorla 2001; De la Osa, 2004).

Los cuestionarios constan de dos partes. La primera parte obtiene información sociodemográfica del niño, posibles enfermedades o discapacidades de la persona evaluada y sus aspectos positivos. El cuestionario recoge información de las competencias en áreas escolares, sociales y otras actividades de la persona evaluada. La segunda parte son los 120 ítems que conforman el CBCL/6-18 y los 119 ítems del YSR/11-18, con tres posibles respuestas (0: *no es cierto*, 1: *algunas veces es cierto* y 2:

*cierto*), que evalúan problemas emocionales y conductuales en el niño durante los últimos seis meses (Achenbach y Rescorla, 2001). Para esta investigación se utilizó únicamente la parte del cuestionario que proporciona información sobre los problemas emocionales y conductuales del niño, debido a que se desarrolló un formulario *ad hoc* más extenso para la obtención de la información sociodemográfica, como se detallará en el apartado del método. En la Figura 1 se puede ver un ejemplo de las preguntas del cuestionario CBCL/6-18.

**Por favor escriba en letra de imprenta/molde. Asegúrese que contestó todas las preguntas.**

A continuación hay una lista de frases que describen a los(las) niños(as) y jóvenes. Para cada frase que describa cómo es su hijo(a) **ahora o durante los últimos seis meses**, haga un círculo en el número **2** si la frase describe a su hijo(a) **muy cierto o cierto con frecuencia**. Haga un círculo en el número **1** si la frase describe a su hijo(a) **en cierta manera, algunas veces**. Haga un círculo en el **0** si la frase describe a su hijo(a) **no es cierto (que sepa usted)**. Por favor conteste todas las frases de la mejor manera posible inclusive si algunas de ellas parecen no describir a su hijo(a).

0 = No es cierto (que sepa usted)			1 = En cierta manera, algunas veces			2 = Muy cierto o cierto con frecuencia		
0	1	2	1. Actúa como si fuera mucho menor que su edad	0	1	2	31. Tiene miedo de que pueda pensar o hacer algo malo	
0	1	2	2. Toma bebidas alcohólicas sin permiso de los padres (describa): _____	0	1	2	32. Siente que tiene que ser perfecto(a)	
0	1	2	3. Discute mucho	0	1	2	33. Siente o se queja de que nadie lo/la quiere	
0	1	2	4. Deja sin terminar lo que él/ella empieza	0	1	2	34. Siente que los demás lo/la quieren perjudicar	
0	1	2	5. Disfruta de muy pocas cosas	0	1	2	35. Se siente inferior o cree que no vale nada	
0	1	2	6. Hace sus necesidades en la ropa o en lugares inadecuados	0	1	2	36. Se lastima accidentalmente con mucha frecuencia, propenso(a) a accidentes	
0	1	2	7. Es engreído(a), presumido(a)	0	1	2	37. Se mete mucho en peleas	
0	1	2	8. No puede concentrarse o prestar atención por mucho tiempo	0	1	2	38. Los demás se burlan de él/ella a menudo	
0	1	2	9. Obsesiones, que quiere decir que no puede sacarse de la mente ciertos pensamientos (describa): _____	0	1	2	39. Se junta con niños(as)/jóvenes que se meten en problemas	
0	1	2	10. No puede quedarse quieto(a); es inquieto(a) o hiperactivo(a)	0	1	2	40. Oye sonidos o voces que no existen (describa): _____	
0	1	2	11. Es demasiado dependiente o apegado(a) a los adultos	0	1	2	41. Impulsivo(a); actúa sin pensar	
0	1	2	12. Se queja de que se siente solo(a)	0	1	2	42. Prefiere estar solo(a) que con otras personas	
0	1	2	13. Está confundido(a) o parece como si estuviera en las nubes	0	1	2	43. Dice mentiras o hace trampas	
				0	1	2	44. Se come/muerde las uñas	
				0	1	2	45. Nervioso(a), tenso(a)	
				0	1	2	46. Movimientos involuntarios o tics (describa): _____	

Figura 1. Segmento del cuestionario CBCL/6-18

Nota. Achenbach, T. (2001) ASEBA, University of Vermont 1 South Prospect St., Burlington, VT

Para el desarrollo del cuestionario se utilizaron muestras grandes que fueran representativas de la población, a fin de poder realizar la validación psicométrica. Se usó un muestreo aleatorio para que toda la población pudiera tener la misma probabilidad de ser elegida. Se comisionó al Temple University Institute para emplear su marco de muestreo de Estados Unidos y así obtener acceso a la información de niños, jóvenes y adultos en 1999. La aplicación de los cuestionarios CBCL y YSR se realizó en 40 estados de Estados Unidos, en Australia e Inglaterra. En el CBCL, la muestra fue de 1651 niños de 6 a 11 años, 1447 niños de 12 a 18 años, 870 niñas de 6 a 11 años y 1026 niñas de 12 a 18 años. En el YSR, la muestra fue de 1429 niños y 1122 niñas. Se

realizó un análisis factorial para poder ver la estructura subyacente a las respuestas del cuestionario, con la finalidad de poder determinar si había una escala única o varias escalas y qué ítems las conformaban. Se excluyeron aquellas escalas constituidas por pocos ítems, así como las que tenían algún ítem problemático, y se incluyeron niños que tenían un alto puntaje en ítems problemáticos y que no eran de un centro de salud mental.

Se efectuó además un análisis factorial para poder identificar los patrones que co-ocurren en los ítems y se obtuvieron las escalas de primer orden. Se realizó lo mismo para el YSR. Para el CBCL, se excluyeron algunos ítems problemáticos para las edades de 6 a 11 años, puesto que fueron avalados por menos del 5% de los grupos de edad y género. Estas escalas se denominaron escalas empíricas de primer orden, las cuales están conformadas por las escalas ansioso/deprimido, retraído/deprimido, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta de romper normas y conducta agresiva (Tablas 6 y 7).

Achenbach (2001) realizó una agrupación de las escalas empíricas y las llamó escalas de problemas interiorizados y exteriorizados. La escala de problemas interiorizados refleja problemas que las personas tienden a interiorizar, como la ansiedad, la depresión y problemas somáticos. La escala de problemas exteriorizados representa conflictos con otras personas y con las expectativas que tienen de las conductas de los niños. En la escala de problemas exteriorizados están las escalas de conducta de romper normas y de conducta agresiva. Por último, creó una escala que abarca los ítems de todas las escalas mencionadas anteriormente. A esta la llamó “total problemas”.

Para construir estas escalas se realizó un segundo análisis factorial con las correlaciones obtenidas entre los puntajes, y se obtuvieron las escalas sindrómicas de segundo orden. En las Tablas 6 y 7 se pueden ver las escalas empíricas de primer orden y de segundo orden, así como los ítems respectivos del CBCL/6-18 y YSR11-18.

Achenbach y Rescorla (2001) deciden integrar en una sola herramienta de evaluación el modelo de clasificación categorial y dimensional, y en la última versión de ASEBA crean las escalas DSM. Estas escalas surgen de un enfoque *top down*, explicado anteriormente, y lo que hicieron fue seleccionar 22 profesionales expertos en psicopatología infantil para que juzgaran los ítems que irían a seleccionar de las categorías diagnósticas del DSM, a fin de evaluar distintos trastornos.

Tabla 6

*Síndromes de las Escalas Empíricas del Cuestionario CBCL/6-18 y los respectivos ítems de cada escala*

Nota. Achenbach, T.M. y Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.

Interiorizados			Escalas Empíricas Total problemas			Exteriorizados	
Ansioso deprimido	Retraído deprimido	Quejas Somáticas	Problemas sociales	Problemas pensamiento	Problemas atención	Conducta romper reglas	Conducta agresiva
14. Llora	5. Disfruta poco	47. Pesadillas	11. Dependiente	9. Obsesiones	1. Actúa como si fuera menor	2. Bebe alcohol	3. Discute
29. Miedos	42. Soledad	49. Estreñimiento	12. Soledad	18. Intento suicidio	4. Deja sin terminar lo que empieza	26. No culpable	16. Cruel
30. Miedo escuela	65. Rehúsa hablar	51. Mareado	25. No se lleva con otros	40. Oye sonidos	8. No puede concentrarse	28. Rompe reglas	19. Exige atención
31. Miedo pase algo malo	69. Reservado	54. Cansado	27. Celoso	46. Tics	10. Hiperactivo	39. Junta con niños problemas	20. Destruye propias cosas
32. Perfeccionismo	75. Tímido	56a. Dolores o molestias	34. Siente que le quieren perjudicar	58. Araña partes del cuerpo	13. Como si estuviera en las nubes	43. Miente	21. Destruye de otros
33. No querido	102. Falta energía	56b. Dolor de cabeza	36. Propenso a accidentes	59. Juega partes sexuales	17. Sueña despierto	63. Prefiere niños mayores	22. Desobedece en casa
35. Inferior	103. Triste	56c. Nauseas	38. Se burlan de él/ella	60. Juega demasiado partes sexuales	41. Impulsivo	67. Fuga de casa	23. Desobedece en escuela
45. Nervioso	111. Aislado	56d. Problemas de ojos	48. No le cae bien otros	66. Compulsiones	61. Bajo rendimiento	72. Prende fuego	37. Se mete en peleas
50. Ansioso		56e. Problemas de piel	62. Torpeza	70. Ve cosas	78. Se distrae	73. Problemas sexuales	57. Ataca físicamente
52. Culpable		56f. Dolor de estómago	64. Prefiere estar con niños menores	76. Duerme menos	80. Mira al vacío	81. Roba en casa	68. Grita mucho
71. Cohibido		56g. Vómitos	79. Problemas en el habla	83. Almacena cosas		82. Roba fuera de casa	86. Irritable
91. Deseo de matarse				84. Comportamiento raro		90. Grosero	87. Cambios de humor
112. Se preocupa				85. Ideas raras		96. Piensa mucho en sexo	88. Contrariado
				92. Sonambulismo		99. Fuma	89. Desconfiado
				100. No duerme bien		101. Ausencia escuela	94. Burla de otros
						105. Drogas	95. Rabietas
						106. Vandalismo	97. Amenaza a otros
							104. Muy ruidoso



Tabla 7

*Síndromes de las Escalas Empíricas del Cuestionario YSR/11-18 y los respectivos ítems de cada escala.*

Escalas empíricas							
Interiorizados			Exteriorizados				
Ansioso deprimido	Retraído deprimido	Quejas somáticas	Problemas sociales	Problemas pensamiento	Problemas atención	Conducta romper normas	Conducta agresiva
14. Llorar	5. Disfruta poco	47. Pesadillas	11. Dependiente	9. Obsesiones	1. Actúa como si fuera menor	2. Bebe alcohol	3. Discute
29. Miedos	42. Soledad	51. Mareado	12. Soledad	18. Intentado suicidarse	4. Deja sin terminar lo que empieza	26. No culpable	16. Cruel
30. Miedo escuela	65. Rehúsa hablar	54. Cansado	25. No se lleva bien con otros	40. Oye sonidos	8. No puede concentrarse	28. Rompe reglas	19. Exige atención
31. Miedo que paso algo malo	69. Reservado	56a: Dolores o molestias	27. Celoso	46. Tics	10. Hiperactivo	39. Junta con niños problemas	20. Destruye propias cosas
32. Perfeccionismo	75. Tímido	56b: Dolor de cabeza	34. Siente que le quieren perjudicar	58. Araña partes del cuerpo	13. Como si estuviera en las nubes	43. Miente	21. Destruye de otros
33. No querido	102. Falta energía	56c: Náuseas	36. Propenso a accidentes	66. Compulsiones	17. Sueña despierto	63. Prefiere niños mayores	22. Desobedece en casa
35. Inferior	103. Triste	56d: Problemas de ojos	38. Se burlan de él/ella	70. Ve cosas	41. Impulsivo	67. Fuga de casa	23. Desobedece en escuela
45. Nervioso	111. Aislado	56e: Problemas de piel	48. No le cae bien a otros	76. Duerme menos	61. Bajo rendimiento	72. Prende fuego	37. Se mete en peleas
50. Ansioso		56f: Dolor de estómago	62. Torpeza	83. Almacena cosas	78. Se distrae	81. Roba en casa	57. Ataca físicamente
52. Culpable		56g: Vómitos	64. Prefiere estar con niños menores	84. Comportamiento raro		82. Roba fuera de casa	68. Grita mucho
71. Cohibido			79. Problemas en el habla	85. Ideas raras		90. Grosero	86. Irritable
91. Deseo de matarse				100. No duerme bien		96. Piensa mucho en sexo	87. Cambios de humor
112. Se preocupa						99. Fuma	89. Desconfiando
						101. Ausencia escuela	94. Burla de otros
						105. Drogas	95. Rabietas
							97. Amenaza a otros
							104. Muy ruidoso

Nota. Achenbach, T.M. y Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.

Los trastornos que en un inicio fueron seleccionados fueron: trastorno de déficit de atención e hiperactividad tipo impulsivo e inatento, personalidad evitativa, trastorno de conducta, trastorno de ansiedad generalizada, distimia, depresión mayor, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno negativista desafiante, trastorno por ansiedad de separación, trastorno por somatización, trastornos somatomorfos y fobias. Achenbach et al. (2003), al evaluar algunas investigaciones, decidieron combinar algunas categorías diagnósticas. Por ejemplo, distimia y depresión mayor se unifican y se llaman trastornos afectivos; trastornos de ansiedad generalizada, trastornos por ansiedad de separación y fobias se unifican y se llaman trastornos de ansiedad; y trastornos somatomorfos y somatización se unifican y se llaman trastornos somáticos. Se excluyen dos trastornos: el trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de personalidad evitativa, debido a que tienen pocos ítems. En las Tablas 8 y 9 se pueden ver qué ítems conforman las escalas DSM en el CBCL/6-18 y en el YSR/11-18.

Adicionalmente a las escalas ya explicadas, en 2007 se crearon cuatro escalas, llamadas Escalas 2007. Estas son de: problemas obsesivo-compulsivos, problemas de estrés postraumático y tempo cognitivo lento (solo en el CBCL/6-18), que consistieron en ítems problemas del ASEBA, y que podrían servir para evaluar estos trastornos, según pudieron constatar algunos investigadores; y la escala de cualidades positivas que se encuentra solo en el YSR/11-18 (Achenbach y Rescorla, 2007). Nelson et al. (2001) empiezan a investigar y a realizar análisis factoriales de los puntajes obtenidos de estos ítems en el CBCL para el trastorno obsesivo-compulsivo en 73 niños que presentaban un diagnóstico de problemas obsesivo-compulsivos, en 73 niños que recibían tratamiento psiquiátrico en una clínica pero que no tenían síntomas de problemas obsesivo-compulsivos y en 73 niños seleccionados de manera aleatoria de la muestra normativa nacional de 1991. Se obtuvieron puntajes altos para los niños que sí tenían un diagnóstico de problemas obsesivo-compulsivos. Se realizaron varios estudios similares, encontrando los mismos resultados, con lo cual se creó esta escala utilizando ocho ítems, los cuales se pueden apreciar en las Tablas 10 y 11.

Tabla 8

*Síndromes de las Escalas DSM del Cuestionario CBCL6/18 y los respectivos ítems de cada escala*

Problemas afectivos	Problemas de ansiedad	Problemas somáticos	Escalas DSM		
			Problemas déficit de atención/hiperactividad	Problemas por negativismo desafiante	Problemas de conducta
5. No disfruta	11. Dependiente	56a: Dolores o molestias	4. No termina	3. Discute	15. Cruel con los animales
14. Llorar	29. Miedos	56b: Dolor de cabeza	8. No se concentra	22. Desobedece en casa	16. Agresivo
18. Autolisis	30. Miedo a la escuela	56c: Nauseas	10. Hiperactivo	23. Desobedece en la escuela	21. Rompe cosas de otros
24. No come bien	31. Miedo hacer mal	56d: Problemas de ojos	41. Impulsivo	86. Tozudo	26. No culpable
35. Complejo inferioridad	45. Ansioso	56e: Problemas de piel	78. Desatento	95. Rabieta	28. Se salta normas
52. Se siente culpable	47. Pesadillas	56f: Dolor de estómago	93. Habla demasiado		37. Peleas
54. Se cansa	50. Ansioso/miedoso	56g: Vómitos	104. Muy ruidoso		39. Amigos conflictivos
76. Duerme menos que otros niños	71. Cohibido				43. Mentiroso
77. Duerme más que otros niños	112. Se preocupa				57. Agresión física
91. Se quiere matar					67. Fugas de casa
100. No duerme bien					72. Prende fuegos
102. Poco activo					81. Roba en casa
103. Triste					82. Roba fuera de casa
					90. Grosero
					97. Amenaza a otros
					101. Hace novillos
					106. Vandalismo

Nota. Achenbach, T.M. y Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.

Tabla 9

*Escalas DSM-5 del Cuestionario YSR/6-18 y los respectivos ítems de cada escala*

Escalas DSM					
Problemas afectivos	Problemas de ansiedad	Problemas somáticos	Problemas déficit de atención/Hiperactividad	Problemas por negativismo desafiante	Problemas de conducta
5. No disfruta	11. Dependiente	56a: Dolores o molestias	4. No termina	3. Discute	16. Agresivo
14. Llorar	29. Miedos	56b: Dolor de cabeza	8. No se concentra	22. Desobedece en casa	21. Rompe cosas de otros
18. Autolisis	30. Miedo a la escuela	56c: Nauseas	10. Hiperactivo	23. Desobedece en la escuela	26. No culpable
24. No come bien	31. Miedo hacer mal	56d: Problemas de ojos	41. Impulsivo	86. Tozudo	28. Se salta normas
35. Complejo inferioridad	45. Ansioso	56e: Problemas de piel	78. Desatento	95. Rabieta	37. Peleas
52. Se siente culpable	47. Pesadillas	56f: Dolor de estómago	93. Habla demasiado		39. Amigos conflictivos
54. Se cansa	50. Ansioso/miedoso	56g: Vómitos	104. Muy ruidoso		43. Mentiroso
76. Duerme menos que otros niños	71. Cohibido				57. Agresión física
77. Duerme más que otros niños	112. Se preocupa				67. Fugas de casa
91. Se quiere matar					72. Prende fuegos
100. No duerme bien					81. Roba en casa
102. Poco activo					82. Roba fuera de casa
103. Triste					90. Grosero
					97. Amenaza a otros
					101. Hace novillos

Nota. Achenbach, T.M. y Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.

Tabla 10

*Escalas 2007 del Cuestionario CBCL/6-18 y los respectivos ítems de cada escala*

Escalas 2007		
Tempo cognitivo lento	Problemas obsesivo-compulsivos	Problemas de estrés
13. Como si estuviera en las nubes	9. Obsesiones	3. Discute
17. Sueña despierto	31. Miedo que paso algo malo	8. No puede concentrarse
80. Mira al vacío	32. Perfeccionismo	9. Obsesiones
102. Poco activo	52. Culpable	11. Dependiente
	66. Compulsiones	31. Miedo que paso algo malo
	84. Comportamiento raro	34. Siente que le quieren perjudicar
	85. Ideas raras	45. Nervioso
	112. Se preocupa	47. Pesadillas
		50. Ansioso
		52. Culpable
		69. Reservado
		87. Cambios de humor
		103. Triste
		111. Aislado

Nota. Achenbach, T.M. y Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.

Tabla 11

Escalas 2007 del Cuestionario YSR/11-18 y los respectivos ítems de cada escala

Escalas 2007		
Problemas obsesivo-compulsivos	Problemas de estrés	Cualidades positivas
9. Obsesiones	3. Discute	6. Le gusta los animales
31. Miedo que paso algo malo	8. No puede concentrarse	15. Honesto
32. Perfeccionismo	9. Obsesiones	49. Puedo ser mejor
52. Culpable	11. Dependiente	59. Amigable
66. Compulsiones	31. Miedo que paso algo malo	60. Probar cosas nuevas
84. Comportamiento raro	34. Siente que le quieren perjudicar	73. hábil con sus manos
85. Ideas raras	45. Nervioso	80. Defiende sus derechos
112. Se preocupa	47. Pesadillas	88. Disfruta con otros
	50. Ansioso	92. Hace reír a otros
	52. Culpable	98. Le gusta ayudar
	69. Reservado	106. Trata de ser justo
	87. Cambios de humor	107. Disfruta de un chiste
	103. Triste	108. Lleva las cosas con calma
	111. Aislado	109. Trata de ayudar a otros

Nota. Achenbach, T.M. y Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.

Para la escala de problemas de estrés postraumático, Wolfe, Gentile y Wolfe (1989) identificaron 20 ítems del CBCL que correspondían al criterio diagnóstico para este trastorno. Padres que tenían hijos que fueron abusados sexualmente tenían cinco veces más frecuencia de puntajes altos en estos ítems, en comparación con los padres que llenaron el CBCL de una muestra normativa. Ruggerio y McLeer (2000) utilizaron los 20 ítems del CBCL identificados por Wolf et al. (1989) para realizar un análisis psicométrico en una muestra de Estados Unidos de niños abusados sexualmente que estaban recibiendo un tratamiento psiquiátrico y que estaban escolarizados. Lograron identificar 14 ítems que se correlacionaron significativamente con el número de síntomas de estrés postraumático que reportaron los niños cuando fueron entrevistados, por lo que fueron los utilizados para construir la escala de problemas de estrés postraumático en el ASEBA (Achenbach y Rescorla, 2007). Para la escala de tempo cognitivo lento, cuando se logró distinguir que en el trastorno de déficit de atención/hiperactividad existen personas con problemas de atención con y sin hiperactividad, las personas que tienen problemas de atención sin hiperactividad son caracterizadas por procesar de manera lenta la información, tener falta de alerta, así como problemas de memoria y orientación. Se han realizado análisis factoriales de los ítems de problemas de atención, y Lahey et al. (1988) encontraron un factor que llamaron tempo cognitivo lento. Estos síntomas fueron probados para el criterio de déficit de atención/hiperactividad en el DSM-IV, pero no se asoció con otro criterio de este trastorno. Varios estudios han usado los ítems de ASEBA para el constructo de tempo cognitivo lento y se ha encontrado que la mayoría de niños que arrojan puntajes altos para problemas de déficit de atención de tipo inatento, lo tienen también en esta escala. La escala de tempo cognitivo lento se configuró con cinco ítems del cuestionario TRF, identificados por Carlson y Mann (2002), de los cuales cuatro se utilizaron para evaluar esta escala en el CBCL. Esta escala no fue construida para el YSR (Achenbach y Rescorla, 2007). La cuarta escala de cualidades positivas evalúa las características deseables que los adolescentes respaldan como verdaderas de sí mismos (Achenbach y Rescorla, 2007). En las Tablas 10 y 11 se pueden apreciar las escalas 2007, así como los ítems correspondientes para el CBCL/6-18 y el YSR/11-18.

De todas las escala del cuestionario CBCL/6-18 y YSR/11-18, se suman las puntuaciones (0-1-2) de sus ítems para obtener la puntuación directa. Estas puntuaciones se convierten en puntuaciones T y percentiles, según el género y la edad

de la persona evaluada. Los valores T son valores estandarizados y, al igual que los percentiles, permiten comparar las puntuaciones de un niño con las de un grupo normativo. Además, ayudan a ver si las puntuaciones del niño que se está evaluando son altas o bajas en alguna escala, en comparación con sus pares. Tanto los valores T como los percentiles ofrecen la posibilidad de establecer un límite entre la normalidad, las conductas límites y las conductas patológicas, a partir del criterio establecido por parte de expertos. En la Tabla 12 se observa, según los valores T obtenidos, si la persona tendría un puntaje considerado subclínico o clínico. La Figura 2, por su parte, muestra un perfil de ejemplo, obtenido del Cuestionario YSR/11-18.

Con respecto a los baremos de los cuestionarios CBCL/6-18 y YSR/11-18, se crearon rangos según el género y las edades: de 6 a 11 años y de 12 a 18 años de las personas evaluadas. Se han realizado varios estudios utilizando regresiones múltiples, análisis de covarianza, entre otros análisis estadísticos, a fin de establecer puntos de corte en las diferentes escalas, creando así normas estandarizadas de ASEBA (Achenbach y Rescorla 2001). En 2007, Achenbach y Rescorla establecieron normas multiculturales, es decir, crearon puntuaciones que se pueden aplicar a más de 50 sociedades (Achenbach y Rescorla, 2007).

Tabla 12

*Puntos de corte subclínicos y clínicos de las escalas de los cuestionarios CBCL y YSR*

Escalas	Cuestionario CBCL y YSR
Escalas empíricas y escalas DSM	Puntaje subclínico T=65-69
	Puntaje clínico T>69
Problemas interiorizados	Puntaje subclínico T=60-63
	Puntaje clínico T>63
Problemas exteriorizados	Puntaje clínico T>60/63
	Puntaje clínico T>63
Total problemas	Puntaje subclínico T=60-63
	Puntaje clínico T>63

Nota. Achenbach, T.M. y Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.



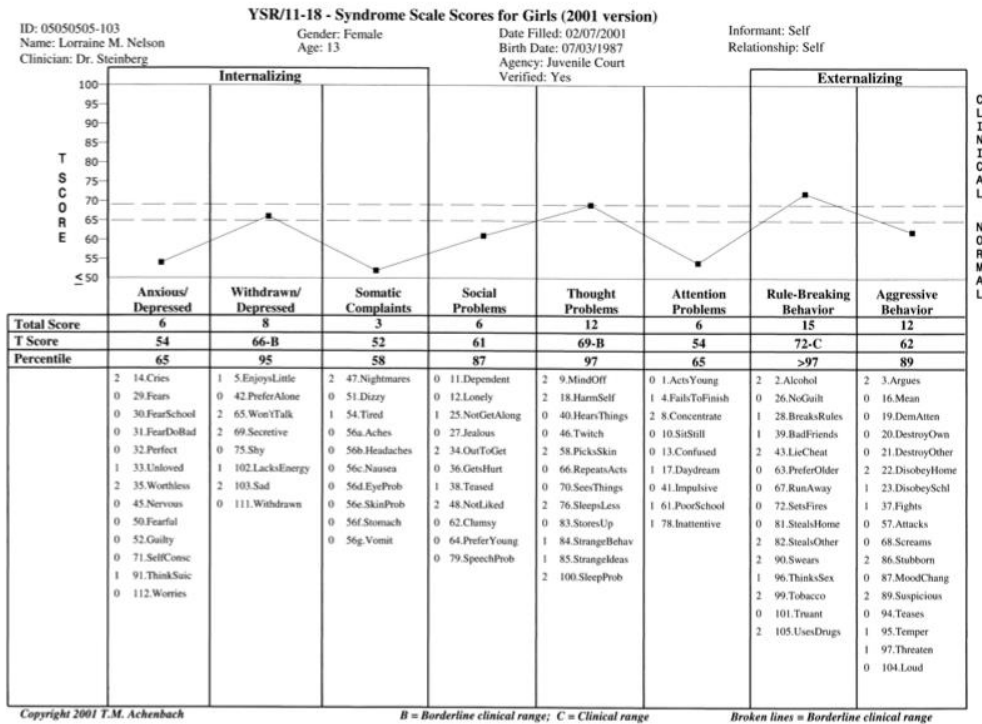


Figura 2 Perfil YSR de las escalas empíricas para niñas de 11 a 18 años

Nota. Achenbach, T.M. y Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families. P.69.

La aplicación multicultural de ASEBA ha servido para comparar los puntajes de los niños de las muestras normativas entre varias sociedades. Por lo tanto, su interpretación es diferente y varía según el grupo cultural al que pertenezca la persona. Para poder obtener estos puntajes normativos se han realizado varias investigaciones con muestras representativas para diferentes poblaciones. De esta manera se han logrado obtener baremos para varios países. Para ello, ASEBA creó tres grupos normativos, llamados grupo 1, grupo 2 y grupo 3. Se detectó que las medias de los puntajes de algunas sociedades eran más altas o bajas en comparación con la mayoría de las sociedades. En el grupo 1 se han ubicado a las poblaciones que tienen la media de los puntajes menor o inferior; las poblaciones con una media intermedia se encuentran en el grupo 2; y las poblaciones con una media más alta en el grupo 3. Si una población no tiene un grupo normativo, los autores del cuestionario recomiendan utilizar el grupo 2, el cual definieron por tener la media de total problemas entre una desviación estándar por debajo y una desviación estándar por encima de la media omnicultural, que es el puntaje promedio de la media obtenida por la mayoría de las sociedades (Achenbach y Rescorla, 2007).

Algunas sociedades aún no poseen una muestra normativa para los dos cuestionarios, como por ejemplo Ecuador, que no tiene aún una muestra normativa para ningún cuestionario de ASEBA.

### **1.3.2 Consistencia interna de las puntuaciones de las escalas CBCL/6-18 y YSR/11-18**

La consistencia interna hace referencia a la correlación entre las respuestas a distintos ítems dentro de la misma prueba. Para las investigaciones de consistencia interna de los cuestionarios de Achenbach y Rescorla (2001), se utilizó el alfa de Cronbach. En la Tabla 13 se pueden ver los valores de alfa de Cronbach de los cuestionarios CBCL/6-18 y YSR/11-18 para las escalas empíricas y las escalas DSM-5.

Para obtener la consistencia interna se utilizaron las puntuaciones obtenidas de las muestras de desarrollo del instrumento (Achenbach y Rescorla, 2001). En las escalas empíricas, el rango del alfa de Cronbach va de ,78 a ,97 en el CBCL y de ,71 a ,95 en el YSR/11-18. Los únicos valores alfa menores a ,75 se observaron en el cuestionario YSR/11-18 en la escala de retraído/deprimido y problemas sociales. En las escalas DSM-5, el rango de alfa es de ,72 a ,91 en el CBCL/6-18 y de ,67 a ,83 en el YSR/11-18. Según los investigadores, las escalas tienen una consistencia interna moderadamente alta y en las escalas 2007 se obtuvo una consistencia interna moderada (Achenbach y Rescorla, 2001). Como se puede ver en la Tabla 13, en el CBCL/6-18, el valor alfa más bajo fue de ,53 para la escala tempo cognitivo lento y en el YSR/11-18, el valor más bajo fue de ,65 para problemas obsesivo-compulsivos (Achenbach y Rescorla, 2007).

Utilizando de referencia las investigaciones realizadas por Achenbach y Rescorla, se realizaron estudios para poder comprobar la consistencia interna de los cuestionarios CBCL/6-18 y YSR/11-18 en varios países del mundo.

### **1.3.3 Consistencia interna de las puntuaciones de las escalas del Cuestionario CBCL/6-18**

En la Tabla 14 se pueden observar algunos de los resultados de la consistencia interna de investigaciones realizadas en México, España, Brasil y Estados Unidos, haciendo

Tabla 13 *Consistencia interna de las escalas del CBCL y YSR de Achenbach y Rescorla*

Escalas	CBCL	YSR
<u>Escalas Empíricas</u>	<i>N</i> = 3210	<i>N</i> = 1938
Ansioso/deprimido	,84	,84
Retraído/deprimido	,80	,71
Quejas somáticas	,78	,80
Problemas sociales	,82	,74
Problemas de pensamiento	,78	,78
Problemas de atención	,86	,79
Conducta romper normas	,85	,81
Conducta agresiva	,94	,86
Interiorizados	,90	,90
Exteriorizados	,94	,90
Total problemas	,97	,95
<u>Escalas DSM</u>		
Problemas afectivos	,82	,81
Problemas de ansiedad	,72	,67
Problemas somáticos	,75	,75
Problemas de déficit atención/hiperactividad	,84	,77
Problemas de negativismo desafiante	,86	,70
Problemas de conducta	,91	,83
<u>Escalas 2007</u>		
Problemas obsesivo-compulsivos	,55	,65
Problemas de estrés postraumático	,74	,75
Tiempo cognitivo lento	,53	ND
Cualidades positivas	ND	,75

Nota: ND indica que no se obtuvo el cálculo del alfa para esta escala.

Achenbach, T.M. y Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families; Achenbach, T.M. y Rescorla, L.A. (2007). *Multicultural Supplement to the Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT; University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.

Tabla 14

*Consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach) de las escalas del CBCL*

Escalas	N° ítems	Achenbach y Rescorla (2001)	Albores et al. (2007)		Lacalle, Ezpeleta y Doménech (2012)	Rocha et al. (2012)				
		Estados Unidos Total (n = 3210)	Hospital (n = 202)	Comunidad México (n = 409)	Total (n = 61)	España Muestra clínica (n = 420)	Comunidad (n = 1228)	Brasil Tratamiento médico (n = 247)	Comunidad (n = 733)	Estados Unidos En tratamiento médico (n = 733)
		$\alpha$	$\alpha$	$\alpha$	$\alpha$	$\alpha$	$\alpha$	$\alpha$	$\alpha$	$\alpha$
<b>Escalas empíricas</b>										
Ansioso/deprimido	13	,84	,80	,80	,83	-	,72	,72	,72	,82
Retraído/deprimido	8	,80	,76	,74	,79	-	,67	,76	,64	,75
Quejas Somáticas	11	,78	,79	,73	,78	-	,70	,76	,63	,75
Problemas sociales	11	,82	,74	,77	,80	-	,68	,75	,70	,76
Problemas de pensamiento	15	,78	,73	,68	,75	-	,70	,77	,54	,78
Problemas de atención	10	,86	,79	,83	,86	-	,76	,83	,73	,79
Conducta de romper normas	17	,85	,80	,79	,84	-	,62	,77	,58	,79
Conducta agresiva	18	,94	,91	,91	,93	-	,87	,91	,84	,92
Interiorizado	32		,89	,88	,90	-	,83	,86	,81	,96
Exteriorizado	35	,94	,92	,92	,94	-	,89	,92	,86	,93
Total problemas	120	,97	,97	,95	,96	-	,95	,95	,93	,96
<b>Escalas DSM</b>										
Problemas afectivos	13	,82	,75	,78	,82	,72	,69	,70	,59	,78
Problemas de ansiedad	9	,72	,63	,69	,69	,59	,56	,62	,51	,69
Problemas somáticos	7	,75	,72	,69	,71	,70	,70	,71	,64	,72
Problemas de déficit de atención/hiperactividad	7	,84	,78	,81	,84	,72	,78	,79	,70	,79
Problemas de negativismo desafiante	5	,86	,80	,81	,84	,78	,74	,79	,72	,81
Problemas de conducta	17	,91	,89	,85	,90	,82	,81	,88	,73	,80

uso del cuestionario CBCL/6-18. Ninguno evaluó la consistencia interna (alfa de Cronbach) de todas las escalas del CBCL/6-18. México obtuvo resultados de las escalas empíricas y DSM; España analizó su investigación de consistencia interna solo en las escalas DSM; Brasil y Estados Unidos calcularon las escalas empíricas y DSM. Ninguno obtuvo la consistencia interna de las escalas 2007.

En un estudio realizado en México por Albores-Gallo et al. (2007), la muestra estaba formada por 202 niños de consulta psiquiátrica y 409 niños escolarizados. En las escalas empíricas, los problemas interiorizados, exteriorizados y total problemas se obtuvo una consistencia interna excelente al igual que la obtenida por el autor de los cuestionarios. Para las demás escalas se obtuvo un valor de ,69 en la escala de problemas de ansiedad y de ,96 en total problemas.

En el estudio realizado en España por Lacalle, Ezpeleta y Doménech (2012), la muestra fue conformada por 420 niños que asistían a centros de salud mental. Los resultados indican que todas sus escalas, a excepción de problemas de ansiedad, tienen valores mayores a ,60, por lo que se concluye que su consistencia interna es aceptable.

En una investigación en Brasil y Estados Unidos realizada por Rocha et al. (2013), la muestra fue de 1475 niños. De estos, 247 niños se encontraban con algún tratamiento psicológico, y los 1228 niños restantes pertenecían a la comunidad (sin ningún tratamiento psicológico). Los resultados indicaron que de 6 a 11 años se obtuvo una consistencia alta con valores mayores o iguales a ,80 para las escalas de problemas interiorizados, exteriorizados y total problemas. En Brasil, para las escalas DSM los rangos de consistencia interna van de ,56 (problemas ansiedad) hasta ,81 (problemas de conducta). Los autores indican que las escalas tienen una consistencia interna aceptable y que sus resultados son similares a los obtenidos en Estados Unidos.

#### **1.3.4 Consistencia interna de las puntuaciones de las escalas del cuestionario YSR/11-18**

En la Tabla 15 se pueden ver los resultados de dos estudios en los que se obtuvo la consistencia interna del cuestionario YSR para las poblaciones de España y de Chile, junto con los resultados de Achenbach y Rescorla (2001).

Tabla 15

*Consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach) de las escalas del YSR*

Escalas	N° ítems	Achenbach y Rescorla (2001)	Lacalle, Ezpeleta y Doménech (2012)	Leiva y Rojas (2018)	
		Estados Unidos Total ( <i>n</i> = 1938) $\alpha$	España Muestra clínica ( <i>n</i> = 108) $\alpha$	Mujeres ( <i>n</i> = 430) $\alpha$	Hombres ( <i>n</i> = 386) $\alpha$
<b>Escalas empíricas</b>					
Ansioso/deprimido	13	,84	-	,85	,87
Retraído/deprimido	8	,71	-	,68	,66
Quejas Somáticas	11	,80	-	,78	,76
Problemas sociales	11	,74	-	,68	,66
Problemas de pensamiento	15	,78	-	,84	,79
Problemas de atención	10	,79	-	,56	-
Conducta de romper normas	17	,81	-	,80	,73
Conducta agresiva	18	,86	-	,93	,89
Interiorizado	32	,90	-	-	-
Exteriorizado	35	,90	-	-	-
Total problemas	119	,95	-	-	-
<b>Escalas DSM</b>					
Problemas afectivos	13	,81	,86	-	-
Problemas de ansiedad	9	,67	,58	-	-
Problemas somáticos	7	,75	,75	-	-
Problemas déficit de atención/Hiperactividad	7	,77	,77	-	-
Problemas por negativismo desafiante	5	,70	,72	-	-
Problemas de conducta	17	,83	,77	-	-

En la investigación de España, en el estudio de Lacalle et al. (2012) se analizó únicamente la consistencia interna de las escalas DSM, mientras que en la investigación de Chile, de Leiva y Rojas (2018), se obtuvo solo la consistencia interna de las escalas empíricas, y se excluyeron las escalas interiorizado, exteriorizado y total problemas. Los resultados de la consistencia interna en España se encuentran entre ,58 (problemas de ansiedad) y ,86 (problema de atención). Los resultados de Chile oscilan en un rango de ,56 (problemas de atención) en mujeres y ,93 (conducta agresiva) en mujeres.

### 1.3.5 Acuerdo de respuestas entre padres e hijos utilizando la información de los cuestionarios CBCL/6-18 y YSR/11-18

Desde hace aproximadamente 50 años se han realizado estudios sobre el acuerdo que existe entre lo que los padres piensan *versus* lo que piensan los hijos en diversos temas (De Los Reyes, 2011). Por ejemplo, en estudios que han intentado encontrar el acuerdo entre la información de padres e hijos en el maltrato infantil, el acuerdo ha sido bajo (Chan, 2015). O en un estudio de Compier-de Block et al. (2017), quienes investigaron el acuerdo entre padres e hijos en 55 familias sobre el maltrato utilizando una correlación intra-clase de las respuestas entre padre e hijo y de madre e hijo, los resultados indicaron que el acuerdo fue bajo. En un estudio sobre la congruencia de la percepción de la paternidad que existe entre padres e hijos de Korelitz y Garber (2016) utilizando 85 estudios, se encontró un acuerdo moderado entre padre e hijo y madre e hijo. Un estudio que tuvo un gran impacto sobre este tema fue el de Achenbach, McConaughy y Howell (1987) y que luego se replicó por De Los Reyes et al. (2015). En el estudio de Achenbach et al. (1987), que fue sobre el acuerdo entre padres e hijos sobre la salud mental de los niños, se encontró un acuerdo general bajo ( $r=.25$ ). Sin embargo, cuando se estudiaron por separado a los niños de 6 a 11 años y a los niños de 12 a 19 años, el acuerdo fue mayor en los niños de 6 a 11 años que en los de 12 a 18 años. No se encontró ninguna diferencia en el género de los niños, género de los padres o el estado mental clínico del niño. De Los Reyes (2015) encontró un acuerdo de bajo a moderado al evaluar por trastornos. Halló que la correlación entre padres e hijos fue moderada y más alta en problemas exteriorizados, en comparación con los problemas interiorizados. Se cree que esto se debe a que los problemas exteriorizados son comportamientos y conductas que los padres pueden observar. Comparando estos dos estudios, en el último no se encontró ninguna asociación con las edades de los niños y el acuerdo padres-hijos. Algunos estudios un poco más antiguos también indican un mejor acuerdo para las conductas exteriorizadas que las interiorizadas (Foley et al. 2005; Grills y Ollendick 2002; Hodges, Gordon, y Lennon 1990). Además, lo que se ha encontrado es que existe un mayor acuerdo en síntomas conductuales que se pueden observar, en comparación con síntomas interiorizados como la ansiedad o depresión (Hodges et al., 1990).

La falta de acuerdo que se da entre la información proporcionada por los padres e hijos en varios estudios destaca la realidad subjetiva múltiple que existe en

las relaciones familiares. Lo cual lleva a pensar qué es lo que se está reflejando en realidad: si es que no hay una buena relación entre padres e hijos, o si la comunicación no es la adecuada en el ámbito familiar. No obstante, los estudios han encontrado que podrían reflejar dificultades en la relación padre-hijo, como conflictos o problemas de comunicación (Guion, Mrug, y Windle 2009), y se ha encontrado que estos pueden asociarse a la presencia de síntomas interiorizados y exteriorizados en los niños (De Los Reyes et al., 2010; Guion et al., 2009). Según otros estudios, se ha hallado que una discrepancia en el acuerdo entre padres e hijos también puede indicar un aumento de autonomía y separación de la unión familiar en los adolescentes (Ohannessian et al., 2000). De Los Reyes (2013) concluye que es importante reconocer la incongruencia que se da, y explorar por ende las razones y su significado. La incongruencia puede ocurrir por la perspectiva de donde se obtiene la información. Los padres expresan las conductas observadas en casa y los niños indican conductas y emocionales que presentan en el hogar y en el colegio.

Los estudios quieren investigar si lo que reportan los padres es igual o diferente a lo que reportan los hijos, lo cual se lleva a cabo con cuestionarios que puedan ser aplicables para padres y para hijos (Laird y De Los Reyes 2013). Los cuestionarios ASEBA se pueden utilizar para estudiar el acuerdo entre informadores, debido a que permiten obtener información de manera paralela, de los padres a través del cuestionario CBCL y de los hijos utilizando el cuestionario YSR.

En los estudios que han utilizado los cuestionarios CBCL y YSR se ha encontrado que la información de acuerdo entre padres e hijos varía entre baja a modesta, dependiendo de la escala, como se mencionó anteriormente (Achenbach, 1990; Achenbach, McConaughy, y Howell, 1987; De Los Reyes et al., 2015).

Otros estudios que han utilizado los cuestionarios CBCL y YSR en 24 países por Rescorla et al. (2007) encontraron que los niños suelen reportar significativamente más problemas en comparación a lo que reportan sus padres. Y esto se confirma en otros estudios realizados en una sola población o sociedad (Begovac et al., 2004; De Los Reyes et al., 2015; Petot, Rescorla, y Petot, 2011; Van Der Ende y Verhulst, 2005).

En un estudio realizado en 25 países no se encontró acuerdo en varias escalas entre padres e hijos. Además, los adolescentes marcaron más problemas que sus padres (Rescorla et al., 2013). En un estudio realizado en Venezuela utilizando el YSR en 222 niños de 11 a 16 años y el CBCL a sus padres o cuidadores, se tuvo como



objetivo analizar la relación entre la información aportada por los padres o cuidadores con la autoinformada por los adolescentes. Se analizaron únicamente las escalas de problemas interiorizados y exteriorizados. Los resultados indicaron que las correlaciones más altas fueron en los problemas de comportamiento exteriorizado (escala de romper normas y escala de conducta agresiva), así como para los problemas de atención (Fernández-Daza y Fernández-Parra, 2013).

De Los Reyes y Kazdin (2005) observaron que el modelo de acuerdo de padres e hijos es uno de los fenómenos más robustos en la investigación clínica de niños por el desacuerdo que se encuentra. Se cree que las discrepancias entre los diferentes informantes es un nuevo reto para los investigadores y para la psicopatología (De Los Reyes, 2011).

Se puede concluir que en las investigaciones sobre el acuerdo entre los padres e hijos se han encontrado varias discrepancias, pero en las escalas CBCL y YSR se suele ver un acuerdo entre bajo y moderado. Las escalas de problemas exteriorizados son las que suelen tener un mayor acuerdo, en comparación con los problemas interiorizados. En algunos estudios se ha visto que el acuerdo en niños de 6 a 11 años es mayor que el de los niños de 12 a 18 años, y que los niños suelen reportar más síntomas que sus padres.

## **2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

### **2.1 Objetivo General**

Estimar la prevalencia de los problemas psicológicos en niños y adolescentes de 6 a 18 años de la población de la ciudad de Quito utilizando los cuestionarios CBCL/6-18 y YSR/11-18 y estudiar su asociación con variables sociodemográficas.

### **2.2 Objetivos Específicos**

1. Estudiar la consistencia interna de las puntuaciones.
2. Obtener la prevalencia de los problemas psicológicos de niños y adolescentes de 6 a 18 años de edad, de acuerdo a la información de distintos informadores (niños/adolescentes y padres).
3. Conocer la asociación entre las variables sociodemográficas y los problemas emocionales y conductuales.

Se espera que haya mayor problemática en la adolescencia que en la niñez, más problemas exteriorizados en niños, más problemas interiorizados en niñas, mayor problemática en niños con un nivel SES bajo, niños de familias no estructuradas, en población mestiza y en niños de mayor edad.

4. Obtener los baremos por género y edad.
5. Estudiar el acuerdo entre la información proporcionada por padres e hijos.

Se espera encontrar un pobre acuerdo en la mayoría de la información y un mayor acuerdo en las escalas de problemas conductuales.

## 3. MÉTODO

### 3.1 Estudio piloto

El objetivo del estudio piloto fue validar la metodología de recolección de los datos de los cuestionarios CBCL/6-18 y YSR/11-18 en niños y niñas de 6 a 18 años. Se presentó la investigación al Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad San Francisco de Quito, el cual está avalado a nivel nacional e internacional. Una vez aprobado el material utilizado para la investigación, se llevó a cabo el estudio piloto en un centro escolar público para determinar si la metodología de recolección de datos era adecuada. Se realizó una reunión con todos los profesores del colegio y se les entregaron sobres que contenían el consentimiento informado, el formulario de información sociodemográfica y los cuestionarios CBCL/6-18 y YSR/11-18. Se pidió que entregasen los sobres a sus estudiantes y se les explicara que si decidían participar en el estudio los padres debían llenar el consentimiento junto con los formularios y el cuestionario CBCL/6-18 que se encontraba en el sobre entregado. Además, los padres debían pedir a sus hijos que llenaran el cuestionario YSR/11-18 en casa. Se dio un plazo de dos semanas para que los profesores pudieran recolectar los sobres retornados por los padres. Se entregaron cuestionarios a 528 niños y adolescentes de 6 a 18 años de un colegio público de Quito. Retornaron 430 cuestionarios: 230 de los participantes fueron de género femenino (53,5%) y 200 de género masculino (46,5%).

Una vez recolectada la muestra, los profesores indicaron que los niños y adolescentes no llenaron honestamente los ítems de los cuestionarios por el temor de que sus padres leyeran la información. Además, hubo ítems que los participantes no entendieron con claridad y dejaron en blanco la respuesta. Por ejemplo, el ítem 6 dice: hace sus necesidades fuera del váter. Váter no es una palabra conocida en Ecuador. En la versión latinoamericana, el ítem 6 dice: hace sus necesidades en la ropa o en lugares inadecuados; esto se entendería de mejor manera en Ecuador.

Como conclusión, se tuvo que cambiar la metodología y la versión del cuestionario en castellano por la versión latinoamericana. El consentimiento informado, el formulario sociodemográfico y el cuestionario CBCL/6-18 se entregaron a los niños en el colegio para que lo entregaran en su casa a sus padres y que completaran el consentimiento informado para participar. El YSR/11-18 fue

completado en el colegio durante horas de clases, con los niños cuyos padres sí consintieron participar. Se decidió cambiar los cuestionarios a la versión latina, por recomendación y sugerencia del autor del cuestionario, Dr. Achenbach, para poder obtener baremos para la población de Ecuador.

### **3.2 Participantes**

La muestra de centros escolares del estudio se seleccionó de manera aleatoria entre los centros escolares de Quito según el censo del Ministerio de Educación 2015-2016 con un alumnado entre 6 y 18 años de edad. El censo muestra que en la ciudad de Quito hay un total de 1381 centros escolares. Para la composición de la muestra se excluyeron de la lista los centros escolares que tenían niños menores de seis años (348), más los que no estaban ubicados en la zona urbana de Quito (la zona rural: 406), para un total de 627. Se excluyó la zona rural debido a que en la zona urbana se puede acceder a personas de todas las clases sociales. En Ecuador las personas de clase media y media-alta asisten principalmente a centros escolares privados, mientras que las personas de clase baja y media-baja están en centros escolares públicos. Para una población escolarizada de 567.535 niños en la ciudad de Quito entre 6 y 18 años, con un intervalo de confianza del 95%, una precisión del 2,5% y una proporción de problemática psicopatológica esperada del 20%, el tamaño de la muestra necesaria es de 982 alumnos. Si se tiene una proporción esperada de pérdidas del 20%, la muestra necesaria ajustada a las pérdidas sería de al menos 1227 alumnos. Sin embargo, se decidió tener una muestra ligeramente mayor para que hubiera entre 300 y 350 participantes para cada grupo de edad (6 a 11 años y 12 a 18 años) y género, y obtener así los baremos de esta población en grupos grandes.

De los 627 centros escolares seleccionados, 263 son públicos (41,9%) y 364 (58,1%) son privados. A fin de respetar la proporción de centros públicos y privados y lograr que la muestra fuera representativa, el 70% aproximadamente de estos centros escolares debía ser público y el restante 30% privado, lo que permitía a la vez reproducir la distribución en la población origen de Quito: 72% de estudiantes de colegios públicos y un 28% de colegios privados.

Para llegar a obtener los 10 colegios participantes que se estimó necesario incluir, se realizó un muestreo aleatorio de los 627 centros escolares, seleccionando 40. De estos 40 colegios, 13 no contaban con información de contacto o una dirección, 2 eran colegios con educación en línea/virtual (no presencial), 9 eran solo

escuelas hasta 7° de Básica, 1 era solo de niños, 5 tenían menos de 80 estudiantes, 1 se encontraba en una zona peligrosa de Quito, 3 no estuvieron interesados en participar y finalmente 6 accedieron a participar (Unidad Educativa Almirante Nelson, Unidad Educativa Pitágoras, Unidad Educativa Spellman, Unidad Educativa Luciano Andrade Marín, Colegio Andrés F. Córdova, Colegio Gran Bretaña). Por lo tanto, se volvió a hacer un muestreo aleatorio seleccionando 20 colegios más. De estos 20 colegios, 1 se encontraba en una zona peligrosa de Quito, 10 no contaban con información de contacto o una dirección, 4 eran escuelas con niños de 6 a 11 años únicamente, 3 tenían menos de 80 estudiantes y finalmente 2 aceptaron participar (Unidad Educativa Luis Felipe Borja y Escuela 12 de Octubre). Debido a que la muestra no era equitativa con respecto al género y faltaban participantes para poder obtener mínimo 300-350 por grupo para los baremos, se decidió recolectar más participantes para el estudio. Se realizó de nuevo un muestreo aleatorio con 12 colegios más, de los cuales 5 no quisieron participar, 1 era solo de niños, 1 no contaba con información de contacto o una dirección, 3 eran colegios con niños de 12 a 18 años únicamente y 2 aceptaron participar (Unidad Educativa Dr. Ricardo Cornejo y Unidad Educativa Sebastián de Benalcázar). Con esto, se lograron completar los participantes necesarios para la muestra del estudio.

Se entregaron un total de 3080 sobres con los formularios y cuestionarios durante la recolección de la muestra en los 10 colegios finalmente incluidos. Participaron un total de 1426 niños. Los datos de cada cuestionario fueron ingresados en un archivo Excel que contaba con filtros para evitar cometer errores en el momento de ingresar la información obtenida por los participantes. Se realizó la depuración de la base de datos, debido a que había información que no estaba completa en algunos cuestionarios y/o formularios. Se eliminaron los datos de 76 participantes: 2 participantes que no llenaron el formulario sociodemográfico, 1 participante que no puso su género, 18 participantes que solo llenaron la información sociodemográfica pero no los cuestionarios CBCL/6-18, 2 participantes que no indicaron su edad, 1 participante que indicó que no daba su consentimiento para participar, 22 participantes que entregaron el CBCL/6-18 incompleto, 2 participantes con todo el YSR incompleto y 28 participantes que tenían más de 80% del CBCL incompleto. Por lo tanto, se quedó con una muestra total que incluía 1350 CBCL/6-18 y 728 YSR/11-18. En la Figura 3 se presenta el esquema de cómo se hizo la selección de la muestra.

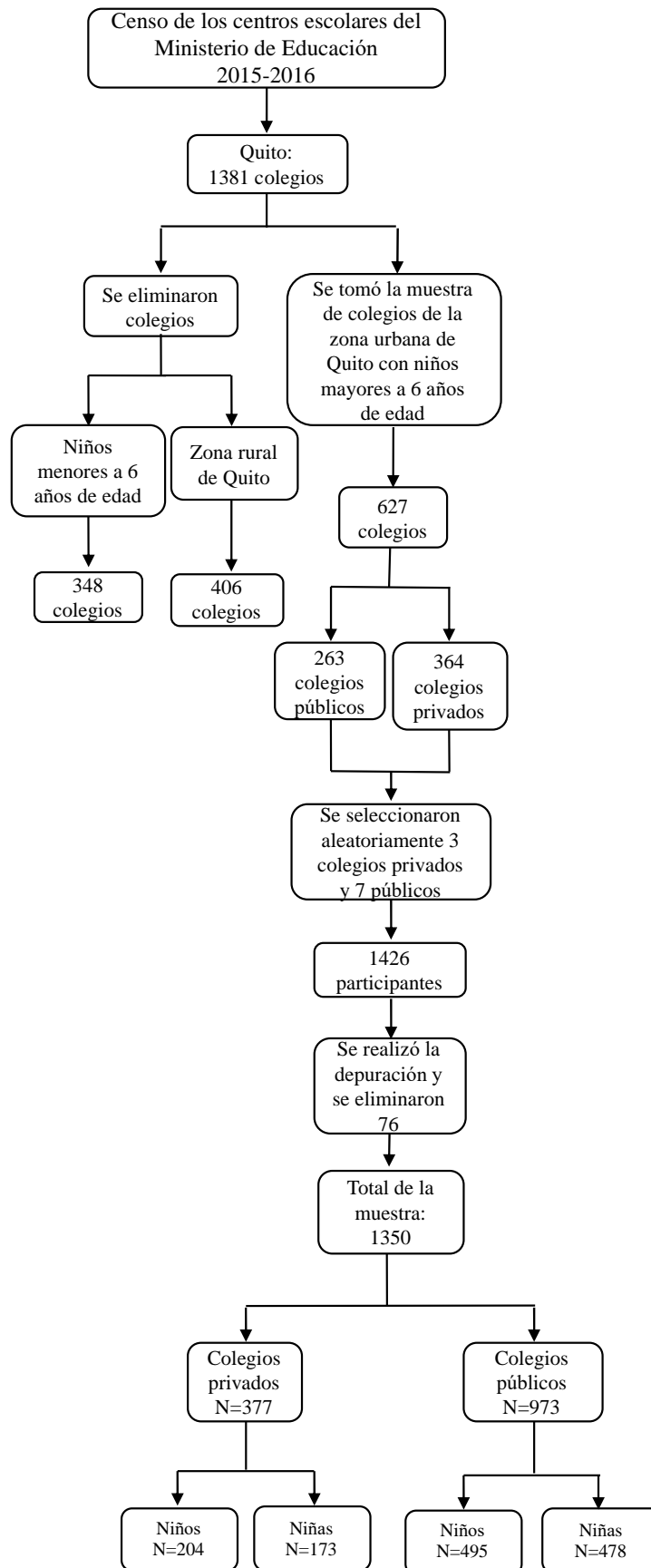


Figura 3. Recolección de la muestra total

La Tabla 16 sintetiza el tipo de centro escolar, el número de estudiantes invitados a participar en el estudio y los que aceptaron contestando los cuestionarios CBCL/6-18 y YSR/11-18 de los centros seleccionados. Se puede ver que de los cuestionarios distribuidos del CBCL/6-18, la participación fue del 43,8%. En el YSR/11-18 fue más elevado, del 86,6%. Esto se debe a que el CBCL/6-18 fue enviado a casa para ser llenado por los padres, mientras que el YSR/11-18 se completó de forma presencial en el colegio.

Tabla 16  
*Centros escolares que aceptaron participar en el muestreo y número de cuestionarios distribuidos y recogidos*

Centro escolar	Tipo	CBCL		YSR	
		Distribuidos	Recogidos	Distribuidos	Recogidos
Unidad Educativa Almirante Nelson	Privado	254	78	41	33
Unidad Educativa Pitágoras	Privado	208	79	53	45
Unidad Educativa Spellman	Privado	490	220	100	100
Unidad Educativa Luciano Andrade Marín	Público	318	82	88	75
Colegio Andrés F. Córdova	Público	220	161	167	161
Unidad Educativa Dr. Cornejo	Público	338	16	10	0
Colegio Gran Bretaña	Público	364	196	58	51
Unidad Educativa Luis Felipe Borja	Público	251	157	44	64
Escuela 12 de Octubre	Público	297	195	80	80
Unidad Educativa Sebastián de Benalcázar	Público	340	166	200	199
<b>Total</b>		<b>3080</b>	<b>1350</b>	<b>841</b>	<b>728</b>

Nota. Se asume que los colegios privados corresponden a SES medio-alto y los colegios públicos a SES medio-bajo.

En la Tabla 17 se puede ver la descripción de la muestra que aceptó participar según el género, la etnia y la clase social. El 58,0% de los participantes era de género masculino y el 48,2% femenino, el 87,2% era mestizo y el 35,0% de nivel socioeconómico bajo.

Tabla 17  
*Características sociodemográficas de la muestra*

		Total muestra CBCL N = 1350 n (%)	Total muestra YSR N = 728 n (%)
Género	Masculino	699 (51,8)	380 (52,2)
	Femenino	651 (48,2)	348 (47,8)
Grupo étnico	Blanco	56 (4,1)	28 (3,8)
	Mestizo	1177 (87,2)	655 (90,0)
	Indígena	64 (4,7)	20 (2,7)
	Afroecuatoriano	36 (2,7)	17 (2,3)
	Montubio	8 (0,6)	3 (0,4)
	Otros	4 (0,3)	2 (0,3)
	No consta	5 (0,4)	3(0,4)
Nivel socioeconómico <sup>1</sup>	Bajo	481 (35,0)	243 (33,4)
	Medio-bajo	233 (17,3)	134 (18,4)
	Medio	157 (11,6)	87 (12,0)
	Medio-alto	237 (17,6)	125 (17,2)
	Alto	73 (5,4)	47 (6,5)
	No consta	169 (12,5)	92 (12,6)

Nota. <sup>1</sup>Hollingshead (1975)

La Tabla 18 indica el número de alumnos por curso escolar y el número y porcentaje por género para cada edad. Para el CBCL/6-18 hubo entre 103 y 124 participantes por curso, mientras que en el YSR/11-18 hubo entre 87 y 123 por curso. La Tabla 18 muestra que se logró obtener entre 49 y 66 participantes por edad/curso y que en casi todos los casos esto sí fue posible.

En las Tablas 19 y 20 se pueden observar los participantes que contestaron el CBCL/6-18 y/o el YSR/11-18 por edad. Además, se realizó un desglose por colegios públicos y privados, donde se puede ver que la proporción (72%/28%) se ajusta a la población, tanto por subgrupos como por el total de la muestra ( $p < ,01$ ).



Tabla 18

*Distribución de cuestionarios CBCL/6-18 y YSR/11-18 recogidos por curso*

Curso	Básica Bachillerato	Edad (años)	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Total	Total
			CBCL <i>N</i> = 699 n (%)	CBCL <i>N</i> = 651 n (%)	YSR <i>N</i> = 380 n (%)	YSR <i>N</i> = 348 n (%)	CBCL <i>N</i> = 1350 n (%)	YSR <i>N</i> = 728 n (%)
2do	Básica	6-7	59 (8,4)	49 (7,5)			108 (8%)	
3er	Básica	7-8	54 (7,7)	56 (8,6)			110 (8,1)	
4to	Básica	8-9	53 (7,6)	50 (7,7)			103 (7,6)	
5to	Básica	9-10	63 (9,0)	55 (8,4)			118 (8,7)	
6to	Básica	10-11	63 (9,0)	51 (7,8)			114 (8,4)	
7mo	Básica	11-12	54 (7,7)	50 (7,7)	52 (13,7)	35 (10,1)	104 (7,7)	87 (12,0)
8vo	Básica	12-13	66 (9,4)	58 (8,9)	65 (17,1)	58 (16,7)	124 (9,2)	123 (16,9)
9no	Básica	13-14	60 (8,6)	54 (8,3)	57 (15,0)	51 (14,7)	114 (8,4)	108 (14,8)
10mo	Básica	14-15	66 (9,4)	58 (8,9)	57 (15,0)	49 (14,1)	124 (9,2)	106 (14,6)
1ero	Bachillerato	15-16	54 (7,7)	48 (7,4)	51 (13,4)	43 (12,4)	102 (7,6)	94 (12,9)
2do	Bachillerato	16-17	58 (8,3)	54 (8,3)	55 (14,5)	50 (14,4)	112 (8,3)	105 (14,4)
3ero	Bachillerato	17-18	49 (7,0)	68 (10,4)	43 (11,3)	62 (17,8)	117 (8,7)	105 (4,4)

Tabla 19

*Participantes del CBCL/6-18 por edades, según el tipo de colegio y su respectivo porcentaje*

Edad (años)	Total de la muestra			Colegios públicos			Colegios privados			Colegio público (%)	Colegio privado (%)	<i>p</i>
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total			
5	4	4	8	4	3	7	0	1	1			
6	43	28	71	29	20	49	14	8	22			
7	43	62	105	33	41	74	10	21	31			
8	66	54	120	42	30	72	24	24	48			
9	61	55	116	44	35	79	17	20	37			
10	64	45	109	42	29	71	22	16	38			
11	61	53	114	39	45	84	22	8	30			
Total 6 a 11 años	342	301	643	233	203	436	109	98	207	68	32	,011
12	52	61	113	28	40	68	24	21	45			
13	64	47	111	47	39	86	17	8	25			
14	57	56	113	48	49	97	9	7	16			
15	60	45	105	38	31	69	22	14	36			
16	59	65	124	47	52	99	12	13	25			
17	49	69	118	42	57	99	7	12	19			
18	16	7	23	12	7	19	4	0	4			
Total 12 a 18 años	357	350	707	262	275	537	95	75	170	76	24	<,010
Total	699	651	1350	495	478	973	204	173	377	72	28	,490

Tabla 20

*Participantes del YSR por edades, según el tipo de colegio y su respectivo porcentaje*

Edad (años)	Total de la muestra			Colegios públicos			Colegios privados			Colegio público (%)	Colegio privado (%)	<i>p</i>
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total			
10	3	3	6	2	3	5	1	0	1			
11	47	26	73	29	22	51	18	4	22			
Total de 10 a 11 años	50	29	79	31	25	56	19	4	23	71	29	,455
12	50	57	107	26	38	64	24	19	43			
13	60	45	105	44	37	81	16	8	24			
14	52	52	104	43	45	88	9	7	16			
15	54	38	92	33	28	61	21	10	31			
16	56	61	117	45	50	95	11	11	22			
17	44	61	105	37	51	88	7	10	17			
18	14	5	19	12	5	17	2	0	2			
Total de 12 a 18 años	330	319	649	240	254	494	90	65	155	76	24	,010
Total	380	348	728	271	279	550	109	69	178	76	24	,017

### **3.3 Materiales**

#### **3.3.1 Formulario de información sociodemográfica**

Para la obtención de la información sociodemográfica se diseñó un formulario que debía ser llenado por los padres o por el cuidador principal una vez que aceptaban participar en el estudio (Anexo 1). La información que este formulario recoge incluye fecha de nacimiento, género, grupo étnico, el tipo de convivencia de los padres, con quién vive el niño, el tipo de escuela y el nivel escolar. Además, se solicitó la siguiente información de los padres: edad, relación de la madre y/o el padre con el niño, nivel máximo de escolaridad de los padres, situación y ámbito laboral. Con la información del nivel educativo y de la ocupación de los padres se procedió a calcular el nivel socioeconómico del niño basándose en Hollingshead (1975).

#### **3.3.2 Child Behavior Checklist (CBCL/6/18)**

En el apartado 1.3 se ha descrito ampliamente el cuestionario. A modo de resumen, se aplicaron únicamente 120 ítems (Tablas 6, 8 y 10) que evalúan problemas emocionales y conductuales en los últimos 6 meses, y que cuentan con 3 opciones de respuestas (0= *No es cierto*; 1= *En cierta manera, algunas veces*; 2= *Muy cierto o cierto con frecuencia*). El CBCL/6-18 es un cuestionario que es respondido por los padres. Se utilizó la versión latinoamericana. En el caso de respuestas faltantes a los ítems, se calcularon las puntuaciones de cada escala si al menos se había contestado el 75% de sus ítems. Por ejemplo, en una escala que tiene 8 ítems se admitió si se obtuvieron al menos 6 respuestas válidas.

#### **3.3.3 Youth Self Report (YSR/11-18)**

En el apartado 1.3 se ha descrito ampliamente el cuestionario. A modo de resumen, se aplicaron únicamente 119 ítems (Tablas 7, 9 y 11) con tres opciones de respuesta (0= *No es cierto*; 1= *En cierta manera, algunas veces*; 2= *Muy cierto o cierto con frecuencia*). El YSR/11-18 es un cuestionario autoinformado para jóvenes entre 11 y 18 años. Se utilizó la versión latinoamericana. Reproduce una estructura similar a la del CBCL/6-18, con la diferencia de que no tiene la escala de tempo cognitivo lento y sí una escala de cualidades positivas.

### **3.4 Procedimiento**

Se concertó una cita con los rectores de los centros escolares para obtener la autorización respectiva para trabajar en cada uno de los centros escolares. En el Anexo 2 se puede apreciar un ejemplo de la carta de solicitud de colaboración que fue entregada a cada colegio. Una vez obtenida la colaboración, se contactó, por medio de los profesores tutores, con las familias y se enviaron, por medio de los alumnos, un sobre con el consentimiento informado, el formulario de información sociodemográfica y el cuestionario CBCL/6-18. Se esperó aproximadamente de dos a cuatro semanas a que los padres retornaran los sobres al centro escolar. Para evaluar a los niños de 11 a 18 años cuyos padres aceptaron participar en el estudio, se acudió al centro en horario de actividad escolar para que los encuestados completaran el cuestionario YSR/11-18 de forma colectiva.

### **3.5 Análisis estadístico**

Los análisis estadísticos fueron realizados con el paquete estadístico SPSS Versión 25 para Windows.

Para estudiar la consistencia interna de las puntuaciones de las escalas CBCL/6-18 y YSR/11-18 se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach. Se consideró para este estudio el criterio de valoración de consistencia interna de DeVellis (2012):  $\geq 0,9$  excelente, 0,9-0,8 buena, 0,8-0,7 aceptable, 0,7-0,6 cuestionable, 0,6-0,5 mala y  $< 0,5$  inaceptable. Se calculó también el promedio de la correlación inter-ítem que indica la correlación que existe entre dos ítems cualesquiera que miden un mismo constructo. Esto permitió valorar la consistencia interna con independencia de la diferente longitud de cada escala, debido a que cuantifica la consistencia interna de un ítem cualquiera de cada escala de manera comparable. Según Nunnally y Bernstein (1994), los valores aceptables son a partir de ,20-,25. Si un valor inter-ítem es menor, significa que los ítems no están suficientemente correlacionados. Si un valor es mayor, significa que la relación entre los ítems es mayor. Además, se obtuvo el valor alfa si se elimina el ítem. Este valor es un indicador inverso que se compara con el alfa total obtenido de cada escala. Así, cuanto menor sea el valor, mejor es, debido a que el ítem contribuye a la consistencia interna de la escala, lo cual es favorable; mientras que si el valor es igual o mayor al valor total alfa de la escala, esto indicaría que ese ítem empeora la consistencia interna de la escala.

Para estimar la prevalencia de problemas emocionales y conductuales se calcularon porcentajes y su intervalo de confianza al 95%. Se utilizaron los baremos que se encuentran en los apéndices B y D del manual multicultural de Achenbach y Rescorla (2007), que son los puntajes de las escalas para muestras multiculturales de los cuestionarios CBCL/6-18 y YSR/11-18. Se comprobó que la muestra estudiada perteneciera al grupo 3 definido en el mencionado manual (a excepción de la escala de cualidades positivas que pertenece al grupo 2). En las Tablas 21 y 22 se pueden ver los valores normativos de la media según los grupos subclínicos y clínicos, por grupo de edad y género en el CBCL/6-18 y por género en el YSR/11-18. Con esta referencia, se definieron los límites normales, subclínicos y clínicos de cada escala CBCL/6-18 y YSR/11-18. Obtenidos estos límites, se calculó la prevalencia de problemas psicológicos tomando en cuenta el número de casos igual o por encima del límite de cada categoría sobre el total de evaluados de cada escala. Se obtuvo un intervalo de confianza del 95% siguiendo lo sugerido por Domenech y Granero (1998). Además, se realizó una prueba ji-cuadrado para las variables género, edad, familia nuclear, asistir a un colegio privado y pertenecer al grupo étnico mestizo, con el fin de estimar si las diferencias eran estadísticamente significativas.

Para conocer la asociación entre las variables sociodemográficas y los problemas emocionales y conductuales se utilizó un modelo de regresión lineal múltiple con seis variables independientes, a saber: género del niño, edad del niño, grupo étnico del niño, convivencia de los padres, tipo de escuela y nivel socioeconómico (SES alto y SES medio) para cada una de las variables consideradas (escalas empíricas y escalas DSM) de ambos cuestionarios. Todas las variables categóricas que tenían más de dos categorías se dicotomizaron, tomando en cuenta aquellas categorías con el mayor porcentaje (1) *versus* el resto (0). En la Tabla 23 se resumen las agrupaciones de las categorías utilizadas.

Para obtener los baremos de las escalas CBCL/6-18 y YSR/11-18 se construyeron tablas con valores T, así como percentiles para cada género y grupo de edad.

Por último, para estimar el acuerdo entre padres e hijos en las puntuaciones de las diferentes escalas se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, debido a que las escalas CBCL/6-18 y YSR/11-18 no son idénticas con respecto a los ítems usados para calcularlas. La interpretación de los valores obtenidos se realizó siguiendo la

propuesta de Cohen (1960), que indica que valores iguales o mayores a ,50 señalan un buen acuerdo entre padres e hijos.

Tabla 21

*Valores normativos de la media que definen los grupos subclínico/clínico de las escalas del cuestionario CBCL/6-18 por grupos de edad y género*

Escalas CBCL	6-11 años		12-18 años	
	Niños Subclínico/ clínico	Niñas Subclínico/ clínico	Niños Subclínico/ clínico	Niñas Subclínico/ clínico
<i>Escalas empíricas</i>				
Ansioso/deprimido	10/13	12/15	10/12	12/16
Retraído/deprimido	9/10	9/11	10/11	10/12
Quejas somáticas	7/10	8/12	8/10	8/11
Problemas sociales	10/12	10/14	9/11	9/11
Problemas de pensamiento	6/8	7/9	7/9	7/9
Problemas de atención	14/16	13/16	14/16	13/16
Conducta de romper normas	9/11	6/9	13/17	10/14
Conducta agresiva	20/24	17/22	18/24	16/20
Interiorizado	17/21	20/24	18/22	21/26
Exteriorizado	20/26	17/21	20/29	18/23
Total problemas	62/77	60/78	61/81	60/76
<i>Escalas DSM</i>				
Problemas afectivos	10/11	9/12	9/11	10/12
Problemas de ansiedad	7/8	8/9	6/7	7/8
Problemas somáticos	5/6	6/7	5/7	6/7
Problemas de déficit de atención/hiperactividad	12/13	11/13	11/13	11/13
Problemas por negativismo desafiante	8/9	7/8	7/9	7/8
Problemas de conducta	10/14	7/10	11/15	8/11
<i>Escalas 2007</i>				
Problemas obsesivo-compulsivos	5/7	6/8	6/8	6/6
Problemas de estrés postraumático	13/15	14/7	14/7	14/18
Tiempo Cognitivo Lento	4/6	4/6	4/6	4/6

Nota: Se utilizó el grupo 3 de la normativa estandarizada de Achenbach y Rescorla (2007). El valor subclínico se refiere al puntaje más bajo en el rango del subgrupo subclínico, y el valor clínico se refiere al puntaje más bajo en el rango del subgrupo clínico.

Tabla 22

*Valores normativos de la media que definen los grupos subclínico/clínico de las escalas del cuestionario YSR/11-18 por grupos de edad y género*

Escalas YSR	11-18 años	
	Niños	Niñas
<i>Escalas empíricas</i>		
Ansioso/deprimido	13/15	15/18
Retraído/deprimido	10/11	10/12
Quejas somáticas	7/10	9/12
Problemas sociales	10/12	10/12
Problemas de pensamiento	10/12	10/13
Problemas de atención	13/15	13/15
Conducta de romper normas	16/21	16/21
Conducta agresiva	17/22	17/20
Interiorizado	20/24	22/27
Exteriorizado	23/31	21/26
Total problemas	67/82	72/85
<i>Escalas DSM</i>		
Problemas afectivos	12/14	14/16
Problemas de ansiedad	7/9	8/9
Problemas somáticos	5/6	6/8
Problemas de déficit de atención/hiperactividad	11/12	11/12
Problemas por negativismo desafiante	7/9	7/8
Problemas de conducta	13/18	9/13
<i>Escalas 2007</i>		
Problemas obsesivo-compulsivos	9/11	9/11
Problemas de estrés postraumático	15/18	17/19
Cualidades positivas	12/8	13/9

Nota: Se utilizó el grupo 3 de la normativa estandarizada de Achenbach y Rescorla (2007) para todas las escalas, menos la de cualidades positivas que se utilizó en el grupo 2. El valor subclínico se refiere al puntaje más bajo en el rango del subgrupo subclínico, y el valor clínico se refiere al puntaje más bajo en el rango del subgrupo clínico. Para cualidades positivas, el valor subclínico se refiere al puntaje más alto del subgrupo subclínico, y el valor clínico se refiere al puntaje más alto en el rango del subgrupo clínico.



Tabla 23

*Agrupaciones categóricas de las variables independientes*

Variable	Categoría 0	Categoría 1
Tipo de convivencia	Familia no nuclear	Familia nuclear
Etnia	Otros	Mestiza
Tipo de colegio	Público	Privado
Nivel socioeconómico	Bajo	Medio alto y alto
	Bajo	Medio-bajo y medio

## 4. RESULTADOS

### 4.1 Descripción de la muestra del CBCL/6-18 y del YSR/11-18

Los valores de la media y la desviación estándar de cada una de las escalas del CBCL y YSR en cada grupo de edad y género figuran en la Tabla 24 y en la Tabla 25.

Tabla 24

*Media (y desviación estándar) de cada escala del CBCL/6-18 en cada grupo de edad y género*

Escalas (Puntuaciones teóricas mínimas y máximas)	6-11 años		12-18 años	
	Niños (n = 335-339)	Niñas (n = 294-297)	Niños (n = 352-356)	Niñas (n = 347-350)
	<i>Media (DE)</i>	<i>Media (DE)</i>	<i>Media (DE)</i>	<i>Media (DE)</i>
<i>Escalas Empíricas</i>				
Ansioso/deprimido (0-26)	4,14 (3,69)	4,07 (3,73)	4,10 (3,49)	5,29 (4,51)
Retraído/deprimido (0-16)	2,43 (2,64)	2,03 (2,29)	3,00 (2,61)	3,63 (3,11)
Quejas Somáticas (0-22)	2,39 (2,74)	2,30 (2,62)	2,55 (2,96)	3,77 (3,75)
Problemas sociales (0-22)	3,40 (3,00)	3,21 (2,99)	3,27 (2,90)	3,86 (3,35)
Problemas de pensamiento (0-30)	2,17 (2,82)	1,74 (2,20)	2,51 (3,06)	2,84 (3,41)
Problemas de atención (0-20)	4,63 (4,01)	3,67 (3,40)	4,88 (3,75)	4,77 (4,02)
Conducta de romper normas (0-34)	2,23 (2,50)	1,68 (2,13)	2,88 (3,12)	3,00 (3,26)
Conducta agresiva (0-36)	6,25 (5,19)	5,51 (5,27)	6,33 (5,59)	7,23 (5,76)
Interiorizado (0-64)	1,90 (2,16)	8,39 (7,40)	9,65 (7,63)	12,68 (9,97)
Exteriorizado (0-70)	5,23 (4,10)	7,19 (6,89)	9,21 (8,31)	10,25 (8,40)
Total problemas (0-226)	1,11 (1,59)	27,83 (23,00)	33,75 (23,82)	38,78 (28,37)
<i>Escalas DSM</i>				
Problemas afectivos (0-26)	8,99 (7,93)	2,74 (2,99)	3,46 (3,08)	4,55 (4,15)
Problemas de ansiedad (0-18)	8,42 (7,08)	3,55 (2,93)	3,65 (2,86)	4,32 (3,44)
Problemas somáticos (0-14)	31,62 (24,10)	1,47 (1,92)	1,55 (1,99)	2,26 (2,46)
Problemas déficit de atención/hiperactividad (0-14)	2,98 (3,03)	3,45 (3,01)	3,99 (2,98)	3,72 (2,97)
Problemas de negativismo desafiante (0-10)	3,7 (2,93)	2,41 (2,09)	2,92 (2,28)	3,04 (2,25)
Problemas de conducta (0-34)	1,45 (1,97)	1,89 (2,54)	2,85 (3,58)	2,87 (3,41)
<i>Escalas 2007</i>				
Problemas obsesivo-compulsivos (0-16)	4,19 (3,22)	1,78 (2,07)	2,37 (2,37)	2,83 (2,69)
Problemas de estrés postraumático (0-28)	2,71 (2,11)	4,77 (4,08)	5,86 (4,13)	6,78 (5,05)
Tempo cognitivo lento (0-8)	2,42 (2,88)	0,81 (1,32)	1,11 (1,38)	1,54 (1,79)

Tabla 25

*Media (y desviación estándar) de cada escala del YSR/11-18 por género*

Escala (Puntuaciones teóricas mínimas y máximas)	12-18 años	
	Niños (n = 380)	Niñas (n = 345-348)
	<i>Media (DE)</i>	<i>Media (DE)</i>
<i>Escalas empíricas</i>		
Ansioso/deprimido (0-26)	5,30 (4,09)	6,88 (4,66)
Retraído/deprimido (0-16)	3,81 (2,93)	4,50 (3,13)
Quejas somáticas (0-20)	3,28 (2,96)	4,36 (3,69)
Problemas sociales (0-22)	4,16 (3,09)	4,14 (3,09)
Problemas de pensamiento (0-24)	4,03 (3,72)	4,10 (3,66)
Problemas de atención (0-18)	4,90 (3,33)	4,86 (3,52)
Conducta de romper normas (0-30)	4,55 (3,97)	3,91 (3,44)
Conducta agresiva (0-34)	7,36 (5,47)	7,57 (5,09)
Interiorizado (0-62)	12,38 (8,33)	15,75 (9,93)
Exteriorizado (0-64)	11,91 (8,85)	11,52 (7,91)
Total problemas (0-224)	59,74 (27,45)	62,39 (28,46)
<i>Escalas DSM</i>		
Problemas afectivos (0-26)	4,74 (3,58)	6,19 (4,50)
Problemas de ansiedad (0-18)	4,60 (3,13)	5,41 (3,20)
Problemas somáticos (0-14)	1,97 (2,12)	2,77 (2,60)
Problemas déficit de atención/hiperactividad (0-14)	4,29 (2,91)	4,27 (2,98)
Problemas de negativismo desafiante (0-10)	2,89 (2,10)	3,10 (2,06)
Problemas de conducta (0-30)	4,42 (3,95)	3,78 (3,41)
<i>Escalas 2007</i>		
Problemas obsesivo-compulsivos (0-16)	3,89 (2,98)	4,15 (3,23)
Problemas de estrés postraumático (0-28)	7,48 (4,64)	8,39 (4,96)
Cualidades positivas (0-28)	17,90 (6,04)	17,50 (5,79)

## 4.2 Consistencia interna de las puntuaciones de los cuestionarios CBCL/6-18 y YSR/11-18

### 4.2.1 Consistencia interna de las puntuaciones del cuestionario CBCL/6-18

En la Tabla 26 se pueden ver los valores del coeficiente alfa de Cronbach y la correlación inter-ítem de todas las medidas del CBCL por género y edad.

Tabla 26

*Consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach y correlación inter-ítem) de las escalas del CBCL/6-18 por edad y género*

Escalas	N° ítems	6-11 años		12-18 años	
		Niños (n = 342)	Niñas (n = 301)	Niños (n = 357)	Niñas (n = 350)
		$\alpha$ (r inter-ítem)	$\alpha$ (r inter-ítem)	$\alpha$ (r inter-ítem)	$\alpha$ (r inter-ítem)
<i>Escalas empíricas</i>					
Ansioso/deprimido	13	,79 (.23)	,80 (.26)	,75 (.19)	,83 (.28)
Retraído/deprimido	8	,78 (.32)	,73 (.28)	,70 (.24)	,78 (.32)
Quejas somáticas	11	,74 (.22)	,73 (.20)	,77 (.25)	,82 (.29)
Problemas sociales	11	,72 (.19)	,74 (.21)	,69 (.17)	,75 (.22)
Problemas de pensamiento	15	,75 (.18)	,64 (.10)	,74 (.18)	,79 (.21)
Problemas de atención	10	,85 (.36)	,80 (.29)	,80 (.28)	,82 (.31)
Conducta de romper normas	17	,70 (.15)	,68 (.12)	,75 (.17)	,78 (.20)
Conducta agresiva	18	,87 (.27)	,88 (.29)	,88 (.30)	,88 (.29)
Interiorizado	32	,89 (.21)	,89 (.21)	,88 (.18)	,92 (.26)
Exteriorizado	35	,89 (.18)	,89 (.18)	,91 (.22)	,91 (.21)
Total problemas	120	,96 (.17)	,96 (.14)	,96 (.15)	,97 (.19)
<i>Escalas DSM</i>					
Problemas afectivos	13	,73 (.18)	,76 (.21)	,70 (.17)	,80 (.26)
Problemas de ansiedad	9	,73 (.23)	,74 (.24)	,70 (.20)	,78 (.28)
Problemas somáticos	7	,72 (.27)	,70 (.26)	,69 (.26)	,75 (.31)
Problemas de déficit de atención/Hiperactividad	7	,82 (.39)	,81 (.38)	,77 (.33)	,77 (.33)
Problemas de negativismo desafiante	5	,75 (.38)	,74 (.36)	,77 (.40)	,76 (.38)
Problemas de conducta	17	,77 (.18)	,75 (.15)	,82 (.24)	,81 (.21)
<i>Escalas 2007</i>					
Problemas obsesivo-compulsivos	8	,68 (.23)	,67 (.21)	,67 (.21)	,71 (.25)
Problemas de estrés postraumático	14	,80 (.24)	,81 (.25)	,78 (.21)	,85 (.29)
Tempo Cognitivo Lento	4	,72 (.40)	,69 (.35)	,55 (.23)	,73 (.40)

Las escalas que presentan valores de alfa de Cronbach excelentes fueron interiorizado en niñas de 12 a 18 años, exteriorizado en niños y niñas de 12 a 18 años y total problemas en niños y niñas de 6 a 18 años. La mayoría de las escalas presenta valores entre buenos y aceptables, a excepción de las siguientes escalas que presentaron valores cuestionables: problemas obsesivo-compulsivos en niños de 6 a 18 años (niños de 6 a 11 años: ,68 y niños de 12 a 18 años: ,67); problemas sociales (.69) y problemas somáticos (.69) en niños de 12 a 18 años; problemas de

pensamiento (.64), conducta de romper normas (.68), problemas obsesivo-compulsivos (.67), tempo cognitivo lento (.69) en niñas de 6 a 11 años; problemas obsesivo-compulsivos (.67) en niñas de 6 a 11 años. La única escala que presentó un valor de consistencia interna mala fue tempo cognitivo lento (.55) en niños de 12 a 18 años y ninguna escala presentó valores inaceptables.

Con respecto a los resultados obtenidos de la correlación promedio inter-ítems, la mayoría de las escalas presenta valores aceptables, menos las siguientes escalas que presentaron valores menores a .20: problemas sociales, problemas de pensamiento, conducta de romper normas, total problemas y problemas afectivos en niños de 6 a 18 años; problemas de conducta en niños y niñas de 6 a 11 años; ansioso deprimido y problemas interiorizados en niños de 12 a 18 años; problemas de pensamiento, conducta de romper normas, problemas exteriorizados, total problemas en niñas de 6 a 11 años.

Para poder interpretar la contribución a la consistencia interna de cada escala se puede ver el valor alfa sin el ítem obtenido en las tablas del Anexo 3. La mayoría de los ítems contribuyeron a la consistencia interna de las escalas para todos los grupos de edad a excepción de niños de 6 a 11 años en las escalas quejas somáticas, problemas afectivos, problemas de conducta, otros problemas y problemas de negativismo desafiante, en las que falló sólo un ítem por escala y en problemas somáticos que fallaron dos ítems por escala. En niños de 12 a 18 años en las escalas de conducta de romper normas, problemas de conducta y quejas somáticas falló sólo un ítem por escala y en problemas afectivos y problemas de ansiedad fallaron dos ítems por escala.

#### **4.2.2 Consistencia interna de las puntuaciones del cuestionario YSR/11-18**

En la Tabla 27 se pueden apreciar los valores del coeficiente alfa de Cronbach y la correlación inter-ítem de todas las medidas del cuestionario YSR/11-18 por género. Las escalas que presentan valores de alfa de Cronbach excelentes fueron problemas interiorizados en niñas, problemas exteriorizados en niños y total problemas en niños y niñas de 11 a 18 años. La mayoría de las escalas tiene un valor entre bueno y aceptable, y las escalas que presentaron valores cuestionables de alfa de Cronbach fueron problemas sociales en niñas y niños, así como problemas por negativismo desafiante en niñas. No hubo escalas con valores malos o inaceptables.

Tabla 27

*Consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach y correlación inter-ítem) de las escalas del YSR/11-18 por género*

Escalas	Nº ítems	11-18 años	
		Niños (n = 378) $\alpha$ (r inter-ítem)	Niñas (n = 344) $\alpha$ (r inter-ítem)
<u>Escalas empíricas</u>			
Ansioso/deprimido	13	,80 (.24)	,81 (.25)
Retraído/deprimido	8	,72 (.24)	,74 (.26)
Quejas somáticas	10	,76 (.25)	,82 (.31)
Problemas sociales	11	,68 (.16)	,69 (.17)
Problemas de pensamiento	12	,79 (.25)	,77 (.22)
Problemas de atención	9	,76 (.27)	,78 (.29)
Conducta de romper normas	15	,79 (.21)	,75 (.17)
Conducta agresiva	17	,86 (.27)	,82 (.22)
Interiorizado	31	,88 (.20)	,90 (.23)
Exteriorizado	32	,90 (.23)	,87 (.17)
Total problemas	119	,95 (.14)	,95 (.14)
<u>Escalas DSM</u>			
Problemas afectivos	13	,72 (.17)	,79 (.23)
Problemas de ansiedad	9	,73 (.23)	,71 (.20)
Problemas somáticos	7	,70 (.26)	,75 (.30)
Problemas de déficit de atención/hiperactividad	7	,77 (.32)	,76 (.32)
Problemas de negativismo desafiante	5	,71 (.33)	,67 (.30)
Problemas de conducta	15	,79 (.22)	,75 (.17)
<u>Escalas 2007</u>			
Problemas obsesivo-compulsivos	8	,71 (.24)	,75 (.27)
Problemas de estrés postraumático	14	,80 (.23)	,81 (.23)
Cualidades positivas	14	,88 (.34)	,86 (.31)

Los valores de correlación inter-ítem son aceptables en la mayoría de las escalas, menos en problemas sociales en niños y niñas, conducta de romper normas en niñas, problemas exteriorizados en niñas, total problemas en niños y niñas, problemas afectivos en niños y problemas de conducta en niñas que presentaron valores menores a ,20.

En el Anexo 4 se puede observar el valor alfa sin el ítem obtenido para el cuestionario YSR/11-18, que permite ver la contribución a la consistencia interna de cada escala. La mayoría de los ítems contribuyeron a la consistencia interna de las escalas en niños y niñas de 11 a 18 a excepción de las escalas de conducta de romper

normas, problemas afectivos, problemas de conducta y otros problemas, en las que falló un ítem por escala.

#### 4.2.3 Síntesis de la consistencia interna de los cuestionarios CBCL/6-18 y YSR/11-18

- Las Tablas 28, 29 y 30 sintetizan los resultados de consistencia interna, correlación inter-ítem y el valor alfa sin el ítem del CBCL/6-18 y del YSR/11-18.

Tabla 28

*Consistencia interna de los cuestionarios CBCL/6-18 y YSR/11-18*

Valores alfa de Cronbach	Escalas	Grupos de edad y género
<u>CBCL/6-18</u>		
Excelentes	Interiorizado	Niñas de 12 a 18 años
	Exteriorizado	Niños y niñas de 12 a 18 años
	Total problemas	Niños y niñas de 6 a 18 años
Entre aceptables y buenos Cuestionables	La mayoría de las escalas	
	Problemas sociales	Niños de 12 a 18 años
	Problemas de pensamiento	Niñas de 6 a 11 años
	Conducta de romper normas	Niñas de 6 a 11 años
	Problemas somáticos	Niños de 12 a 18 años
	Problemas obsesivo-compulsivos	Niños de 6 a 18 años
Malos	Tempo cognitivo lento	Niñas de 6 a 11 años
	Tempo cognitivo lento	Niños de 12 a 18 años
<u>YSR/11-18</u>		
Excelentes	Interiorizado	Niñas
	Exteriorizado	Niños
	Total problemas	Niños y niñas
Entre aceptables y buenos Cuestionables	La mayoría de las escalas	
	Problemas sociales	Niños y niñas
	Problemas de negativismo desafiante	Niñas

Tabla 29

*Escalas que no obtuvieron valores aceptables de correlación Inter-ítem de los cuestionarios CBCL/6-18 por grupo de edad y género y YSR/11-18 por grupo de género*

<u>CBCL/6-18</u>	<u>Escalas</u>
Niños de 6 a 11 años	Problemas de conducta
Niñas de 6 a 11 años	Problemas de conducta
	Problemas de pensamiento
	Conducta de romper normas
	Problemas exteriorizados
	Total problemas
Niños de 12 a 18 años	Ansioso/deprimido
	Problemas interiorizados
Niños de 6 a 18 años	Problemas sociales
	Problemas de pensamiento
	Conducta de romper normas
	Total problemas
	Problemas afectivos
<u>YSR/11-18</u>	<u>Escalas</u>
Niños	Problemas afectivos
Niñas	Conducta de romper normas
	Problemas exteriorizados
	Problemas de conducta
Niños y niñas	Problemas sociales
	Total problemas

Tabla 30

*Ítems que no contribuyen a la consistencia interna en el valor alfa sin ítem de los cuestionarios CBCL/6-18 por grupo de edad y género y YSR/11-18 por género*

<u>CBCL/6-18</u>	<u>Escalas</u>	<u>Ítem</u>
Niños 6 a 11 años	Quejas somáticas	49 estreñimiento
	Problemas afectivos	77 duerme más que otros niños
	Problemas de conducta	26 no culpable
Niñas 6 a 11 años	Quejas somáticas	56e problemas de piel
	Otros problemas	15 cruel con los animales
	Problemas somáticos	56d problemas de ojos
		56 e problemas de piel
Niños 12 a 18 años	Conducta de romper normas	2 bebe alcohol
Niñas de 12 a 18 años	Problemas afectivos	5 no disfruta
		77 duerma más que otros niños
	Problemas de ansiedad	11 dependiente
		30 miedo a la escuela
	Problemas de conducta	15 cruel con los animales
Niñas de 6 a 18 años	Quejas somáticas	49 estreñimiento
	Negativismo desafiante	23 desobedece en la escuela
<u>YSR/11-18</u>		
Niños	Conducta de romper normas	101 ausencia de escuela
Niñas	Otros problemas	24 no come bien
Niños y niñas	Conducta de romper normas	26 no culpable
	Problemas afectivos	77 duerme más que otros niños
	Problemas de conducta	26 no culpable



### **4.3 Prevalencia de los problemas psicológicos de niños y adolescentes de 6 a 18 años de edad de Quito**

Para estimar la prevalencia de problemas emocionales y conductuales en niños y adolescente de 6 a 18 años se utilizaron porcentajes con su intervalo de confianza al 95%. Se obtuvo la prevalencia por grupos de edad (6 a 11 años y 12 a 18 años) y por género.

#### **4.3.1 Prevalencia de problemas psicológicos a partir de la información recolectada por el cuestionario CBCL/6-18**

##### **4.3.1.1 Prevalencia por género**

En la Tabla 31 se presentan las prevalencias de problemas psicológicos en niños y niñas de 6-11 años, así como la comparación por género.

En los niños, la prevalencia más alta de problemas de nivel clínico en las escalas empíricas (rango de 0,9 a 5,4%) fue en problemas de pensamiento (5,4%), ansioso/deprimido (4,4%) y quejas somáticas (3,8%); en las de segundo orden (rango de 2,7 a 8,9%) fue en interiorizado (8,9%). En las escalas DSM-5 (rango de 0,6 a 10,7%) los valores más altos se dieron en problemas de ansiedad (10,7%) y problemas somáticos (5,9%). En las escalas 2007 (rango de 2,4 a 4,5%) la prevalencia más alta se dio en problemas obsesivo-compulsivos (4,5%).

En las niñas, la prevalencia más alta de problemas de nivel clínico en las escalas empíricas (rango de 0,3 a 2,4%) fue en conducta agresiva (2,4%); en las de segundo orden (rango 3,7 a 6,4%) fue en exteriorizado (6,4%). En las escalas DSM-5 (rango 0,1 a 7,1%) el valor más alto fue en problemas de ansiedad (7,1%). En las escalas 2007 el rango estuvo entre 0,7 y 1,7% (problemas obsesivo-compulsivos y problemas de estrés postraumático).

La prevalencia de problemas subclínicos en los niños osciló entre 1,2 y 5,1% en las escalas empíricas, 3,6 y 5,7% en las de segundo orden, 1,8 y 5,0% en las escalas DSM-5 y 3,6 y 6,5% en las escalas 2007. En las niñas los rangos fueron: 1,3 a 4,1% en las escalas empíricas, 3,4 a 5,8% en las de segundo orden, 2,0 a 4,1% en las escalas DSM-5, y 1,7 a 3,7% en las escalas 2007.

Los niños obtuvieron una prevalencia más alta que las niñas en problemas de pensamiento, problemas somáticos y problemas obsesivo-compulsivos.

Tabla 31

*Prevalencia de problemas psicológicos por género en niños y adolescentes de 6 a 11 años del CBCL/6-18*

Escala	Total	Niños de 6 a 11 años			Total	Niñas de 6 a 11 años			p
		Normal % (IC- 95%)	Subclínico % (IC-95%)	Clínico % (IC-95%)		Normal % (IC-95%)	Subclínico % (IC-95%)	Clínico % (IC-95%)	
<i>Escalas Empíricas</i>									
Ansioso/deprimido	338	90,8 (87,3-93,5)	4,7 (2,9-7,6)	4,4 (2,7-7,2)	296	94,9 (91,8-96,9)	3,4 (1,8-6,1)	1,7 (0,7-3,9)	,092
Retraído/deprimido	336	97,0 (94,6-98,4)	1,2 (0,5-3,0)	1,8 (0,8-3,8)	297	98,0 (95,7-99,1)	1,3 (0,5-3,4)	0,7 (0,2-2,4)	,452
Quejas somáticas	339	91,2 (87,6-93,7)	5,0 (3,2-7,9)	3,8 (2,3-6,4)	295	95,3 (92,2-97,2)	3,7 (2,1-6,6)	1,0 (0,3-2,9)	,054
Problemas sociales	335	96,1 (93,5-97,7)	2,1 (1,0-4,2)	1,8 (0,8-3,9)	294	95,9 (93,0-97,7)	3,4 (1,9-6,1)	0,7 (0,2-2,4)	,284
Problemas de pensamiento	335	89,6 (85,8-92,4)	5,1 (3,2-8,0)	5,4 (3,4-8,3)	296	96,6 (93,9-98,2)	2,0 (0,9-4,4)	1,4 (0,5-3,4)	<b>,002</b>
Problemas de atención	336	96,1 (93,5-97,7)	1,2 (0,5-3,0)	2,7 (1,4-5,0)	294	98,0 (95,6-99,1)	1,7 (0,7-3,9)	0,3 (0,1-1,9)	,057
Conducta de romper normas	336	96,7 (94,2-98,2)	2,1 (1,0-4,2)	1,2 (0,5-3,0)	296	94,3 (91,0-96,4)	4,1 (2,3-7,0)	1,7 (0,7-3,9)	,300
Conducta agresiva	336	97,9 (95,8-99,0)	1,2 (0,5-3,0)	0,9 (0,3-2,6)	295	94,9 (91,8-96,9)	2,7 (1,4-5,3)	2,4 (1,2-4,8)	,121
Interiorizado	336	85,4 (81,2-88,8)	5,7 (3,6-8,7)	8,9 (6,3-12,5)	295	91,5 (87,8-94,2)	3,4 (1,9-6,1)	5,1 (3,1-8,2)	,059
Exteriorizado	335	92,8 (89,6-95,1)	4,5 (2,7-7,3)	2,7 (1,4-5,0)	295	90,2 (86,2-93,1)	3,4 (1,9-6,1)	6,4 (4,2-9,8)	,062
Total problemas	335	90,4 (86,8-93,2)	3,6 (2,1-6,2)	6,0 (3,9-9,0)	295	90,5 (86,6-93,4)	5,8 (3,6-9,0)	3,7 (2,1-6,6)	,200
<i>Escalas DSM-5</i>									
Problemas afectivos	335	95,5 (92,7-97,3)	1,8 (0,8-3,9)	2,7 (1,4-5,0)	295	95,3 (92,2-97,2)	3,1 (1,6-5,7,0)	1,7 (0,7-3,9)	,419
Problemas de ansiedad	338	84,3 (80,1-87,8)	5,0 (3,2-7,9)	10,7 (7,8-14,4)	296	88,9 (84,8-92,0)	4,1 (2,3-7,0)	7,1 (4,7-10,6)	,232
Problemas somáticos	339	91,4 (88,0-94,0)	2,7 (1,4-5,0)	5,9 (3,9-8,9)	294	95,2 (92,2-97,1)	3,1 (1,6-5,7)	1,7 (0,7-3,9)	<b>,025</b>
Problemas de déficit de atención/hiperactividad	336	97,3 (95,0-98,6)	1,8 (0,8-3,8)	0,9 (0,3-2,6)	294	97,6 (95,2-98,8)	2,0 (0,9-4,4)	0,3 (0,1-1,9)	,667
Problemas de negativismo desafiante	336	97,9 (95,8-99,0)	1,5 (0,6-3,4)	0,6 (0,2-2,1)	295	94,9 (91,8-96,9)	2,7 (1,4-5,3)	2,4 (1,2-4,8)	,092
Problemas de conducta	335	96,4 (93,8-97,9)	2,7 (1,4-5,0)	0,9 (0,3-2,6)	295	93,6 (90,2-95,8)	3,4 (1,9-6,1)	3,1 (1,6-5,7)	,121
<i>Escalas 2007</i>									
Problemas obsesivo-compulsivos	337	89,3 (85,6-92,2)	6,2 (4,1-9,3)	4,5 (2,7-7,2)	296	94,6 (91,4-96,6)	3,7 (2,1-6,5)	1,7 (0,7-3,9)	<b>,044</b>
Problemas de estrés postraumático	335	93,4 (90,3-95,6)	3,6 (2,1-6,2)	3,0 (1,6-5,4)	294	96,6 (93,9-98,1)	1,7 (0,7-3,9)	1,7 (0,7-3,9)	,192
Tempo cognitivo lento	336	91,1 (87,5-93,7)	6,5 (4,4-9,7)	2,4 (1,2-4,6)	295	95,6 (92,6-97,4)	3,7 (2,1-6,6)	0,7 (0,2-2,4)	,061

Nota: IC = Intervalo de confianza

En negrita: Escalas con diferencias estadísticamente significativas según el género ( $p < ,05$ )

En la Tabla 32 se presentan las prevalencias de problemas psicológicos en niños y niñas de 12-18 años y su comparación por género.

En los niños, la prevalencia más alta de problemas de nivel clínico en las escalas empíricas (rango de 0,3 a 5,9%) fue en problemas de pensamiento (5,9%), ansioso/deprimido (3,9%) y quejas somáticas (3,4%); en las de segundo orden (rango 3,4 a 7,3%) fue en interiorizado (7,3%). En las escalas-DSM-5 (rango 0,8 a 17,2%) los valores más altos fueron en problemas de ansiedad (17,2%), problemas afectivos (3,9%) y problemas somáticos (2,8%). En las escalas-2007 (rango 1,1 a 3,4%), la prevalencia más alta se dio en problemas obsesivo-compulsivos (3,4%).

En las niñas, la prevalencia más alta de problemas de nivel clínico en las escalas empíricas (rango de 1,7 a 6,9%) fue en problemas de pensamiento (6,9%); en las de segundo orden (rango 8,6 a 11,7%) fue en interiorizado (11,7%). En las escalas-DSM-5 (rango 1,4 a 17,7%) el valor más alto fue en problemas de ansiedad (17,7%), problemas somáticos (7,2%) y problemas afectivos (6,9%). En las escalas-2007 (rango de 3,2 a 6,6%) la prevalencia más alta fue en problemas obsesivo-compulsivos (6,6%).

La prevalencia de problemas subclínicos en niños osciló entre 1,4 y 4,2% en las escalas empíricas, 5,1 y 8,2% en las de segundo orden, 2,0 y 4,8% en las escalas DSM-5 y 2,5 y 8,7% en las escalas 2007. En las niñas los rangos fueron de 2,6 a 7,8% en las empíricas, 7,4 a 11,1% en las de segundo orden, 1,1 a 6,6% en las escalas DSM-5 y 8,0 a 11,7% en las escalas 2007.

Los niños tuvieron una prevalencia más alta que las niñas en problemas somáticos y las niñas tuvieron una prevalencia más alta que los niños en ansioso/deprimido, quejas somáticas, problemas sociales, conducta agresiva, interiorizado, exteriorizado, total problemas, problemas de conducta, problemas de estrés postraumático y tempo cognitivo lento.

Tabla 32

*Prevalencia de problemas psicológicos por género en niños y adolescentes de 12 a 18 años del CBCL-6-18*

Escala	Total	Niños de 12 a 18 años			Total	Niñas de 12 a 18 años			p
		Normal % (IC-95%)	Subclínico % (IC-95%)	Clínico % (IC-95%)		Normal % (IC-95%)	Subclínico % (IC-95%)	Clínico % (IC-95%)	
<i>Escalas Empíricas</i>									
Ansioso/deprimido	355	93,0 (89,8-95,2)	3,1 (1,7-5,5)	3,9 (2,4-6,5)	350	89,4 (85,8-92,2)	7,1 (4,9-10,3)	3,4 (2,0-5,9)	,049
Retraído/deprimido	355	97,2 (94,9-98,5)	2,0 (1,0-4,0)	0,8 (0,3-2,5)	350	95,1 (92,4-96,9)	2,9 (1,6-5,2)	2,0 (1,0-4,1)	,316
Quejas somáticas	352	94,3 (91,4-96,3)	2,3 (1,2-4,4)	3,4 (2,0-5,9)	347	85,6 (81,5-88,9)	7,8 (5,4-11,1)	6,6 (4,5-9,7)	<b>,001</b>
Problemas sociales	355	94,6 (91,8-96,5)	2,3 (1,1-4,4)	3,1 (1,7-5,5)	349	89,7 (86,0-92,5)	4,9 (3,1-7,7)	5,4 (3,5-8,3)	<b>,046</b>
Problemas de pensamiento	355	89,9 (86,3-92,6)	4,2 (2,6-6,9)	5,9 (3,9-8,9)	350	86,9 (82,9-90,0)	6,3 (4,2-9,3)	6,9 (4,7-10,0)	,397
Problemas de atención	356	97,8 (95,6-98,9)	1,7 (0,8-3,6)	0,6 (0,2-2,0)	348	94,3 (91,3-96,2)	4,0 (2,4-6,6)	1,7 (0,8-3,7)	,058
Conducta de romper normas	355	98,3 (96,4-99,2)	1,4 (0,6-3,3)	0,3 (0,0-1,6)	349	95,7 (93,0-97,4)	2,6 (1,4-4,8)	1,7 (0,8-3,7)	,082
Conducta agresiva	355	94,9 (92,1-96,8)	3,7 (2,2-6,2)	1,4 (0,6-3,3)	350	90,3 (86,7-93,0)	5,7 (3,7-8,7)	4,0 (2,4-6,6)	<b>,041</b>
Interiorizado	355	87,6 (83,8-90,6)	5,1 (3,2-7,9)	7,3 (5,0-10,5)	350	80,9 (76,4-84,6)	7,4 (5,1-10,7)	11,7 (8,8-15,5)	<b>,047</b>
Exteriorizado	355	89,3 (85,6-92,1)	7,3 (5,0-10,5)	3,4 (1,9-5,8)	350	81,7 (77,3-85,4)	9,7 (7,0-13,3)	8,6 (6,1-12,0)	<b>,006</b>
Total problemas	355	86,2 (82,2-89,4)	8,2 (5,7-11,5)	5,6 (3,7-8,5)	350	77,1 (72,5-81,2)	11,1 (8,3-14,9)	11,7 (8,8-15,5)	<b>,004</b>
<i>Escalas DSM-5</i>									
Problemas afectivos	355	91,3 (87,9-93,8)	4,8 (3,0-7,5)	3,9 (2,4-6,5)	350	86,6 (82,6-89,7)	6,6 (4,4-9,7)	6,9 (4,7-10,0)	,122
Problemas de ansiedad	355	78,0 (73,4-82,0)	4,8 (3,0-7,5)	17,2 (13,6-21,5)	350	75,7 (71 -79,9)	6,6 (4,4-9,7)	17,7 (14,1-22,1)	,566
Problemas somáticos	352	92,9 (89,7-95,1)	4,3 (2,6-6,9)	2,8 (1,6-5,1)	348	89,7 (86,0-92,4)	3,2 (1,8-5,6)	7,2 (4,9-10,4)	<b>,025</b>
Problemas de déficit de atención/hiperactividad	354	97,2 (94,9-98,5)	2,0 (1,0-4,0)	0,8 (0,3-2,5)	348	97,4 (95,2-98,6)	1,1 (0,4-2,9)	1,4 (0,6-3,3)	,521
Problemas de negativismo desafiante	355	93,5 (90,5-95,6)	4,2 (2,6-6,9)	2,3 (1,1-4,4)	350	93,1 (90,0-95,3)	3,4 (2,0-5,9)	3,4 (2,0-5,9)	,562
Problemas de conducta	355	95,2 (92,5-97,0)	3,1 (1,7-5,5)	1,7 (0,8-3,6)	350	90,0 (86,4-92,7)	6,6 (4,4-9,7)	3,4 (2,0-5,9)	<b>,030</b>
<i>Escalas 2007</i>									
Problemas obsesivo-compulsivos	355	87,9 (84,1-90,9)	8,7 (6,2-12,1)	3,4 (1,9-5,8)	349	85,4 (81,3-88,7)	8,0 (5,6-11,4)	6,6 (4,4-9,7)	,144
Problemas de estrés posttraumático	355	95,5 (92,8-97,2)	2,5 (1,3-4,7)	2,0 (1,0-4,0)	349	88,5 (84,8-91,5)	8,3 (5,8-11,7)	3,2 (1,8-5,6)	<b>,002</b>
Tempo cognitivo lento	356	93,3 (90,2-95,4)	5,6 (3,7-8,5)	1,1 (0,4-2,9)	350	84,9 (80,7-88,2)	11,7 (8,8-15,5)	3,4 (2,0-5,9)	<b>,001</b>

Nota: IC = Intervalo de confianza

En negrita: Escalas con diferencias estadísticamente significativas según el género ( $p < ,05$ )

#### **4.3.1.2 Prevalencia por edad**

La Tabla 33 muestra la prevalencia de problemas psicológicos por grupos de edad de 6 a 11 años y de 12 a 18 años.

En los niños de 6 a 11 años, la prevalencia más alta de nivel clínico en las escalas empíricas (rango 1,3 a 3,5%) fue en problemas de pensamiento (3,5%) y ansioso/deprimido (3,2%); en las de segundo orden (rango de 4,4 a 7,1%) fue en interiorizado (7,1%). En las escalas DSM-5 (rango 0,6 a 9,0%), los valores más altos fueron en problemas de ansiedad (9,0%). En las escalas-2007 (rango 1,6 a 3,2%) la prevalencia más alta fue en problemas obsesivo-compulsivos (3,2%).

En los niños de 12 a 18 años la prevalencia más alta de nivel clínico en las escalas empíricas (rango 1,0 a 6,4%) fue en problemas de pensamiento (6,4%), quejas somáticas (5,0%) y problemas sociales (4,3%); en las de segundo orden (rango de 6,0 a 9,5%) fue en interiorizado (9,5%). En las escalas DSM-5 (rango 1,1 a 17,4%), los valores más altos fueron en problemas de ansiedad (17,4%), problemas afectivos (5,4%) y problemas somáticos (5,0%). En las escalas-2007 (rango 2,3 a 5,0%), la prevalencia más alta fue en problemas obsesivo-compulsivos (5,0%).

La prevalencia de problemas subclínicos en los niños de 6 a 11 años osciló entre 1,3 y 4,4% en las escalas empíricas, 4,0 y 4,6% en las de segundo orden, 1,9 y 4,6% en las escalas DSM-5 y 2,7 y 5,2% en las escalas 2007. En los niños de 12 a 18 años los rangos fueron de 2,0 a 5,2% en las escalas empíricas, 6,2 a 9,6% en las de segundo orden, 1,6 a 5,7% en las escalas DSM-5 y 5,4 a 8,6% en las escalas 2007.

Los niños de 12 a 18 años obtuvieron una prevalencia más alta que los niños de 6 a 11 años en problemas sociales, problemas de pensamiento, conducta agresiva, exteriorizado, total problemas, problemas afectivos, problemas de ansiedad, problemas de negativismo desafiante, problemas obsesivo-compulsivos, problemas de estrés postraumático y tempo cognitivo lento.

Tabla 33

*Prevalencia de problemas psicológicos por edad en niños y adolescentes del CBCL/6-18*

Escala	N	Niños/as de 6 a 11 años			N	Adolescentes de 12 a 18 años			p
		Normal % (IC- 95%)	Subclínico % (IC-95%)	Clínico % (IC-95%)		Normal % (IC-95%)	Subclínico % (IC-95%)	Clínico % (IC-95%)	
<i>Escalas Empíricas</i>									
Ansioso/deprimido	634	92,7 (90,5-94,5)	4,1 (2,8-5,9)	3,2 (2,1-4,8)	705	91,2 (88,9-93,1)	5,1 (3,7-7,0)	3,7 (2,5-5,3)	,579
Retraído/deprimido	633	97,5 (95,9-98,4)	1,3 (0,6-2,5)	1,3 (0,6-2,5)	705	96,2 (94,5-97,4)	2,4 (1,5-3,8)	1,4 (0,8-2,6)	,291
Quejas somáticas	634	93,1 (90,8-94,8)	4,4 (3,1-6,3)	2,5 (1,6-4,1)	699	90,0 (87,5-92,0)	5,0 (3,6-6,9)	5,0 (3,6-6,9)	,051
Problemas sociales	629	96,0 (94,2-97,3)	2,7 (1,7-4,3)	1,3 (0,6-2,5)	704	92,2 (90,0-93,9)	3,6 (2,4-5,2)	4,3 (3,0-6,0)	<b>,003</b>
Problemas de pensamiento	631	92,9 (90,6-94,6)	3,6 (2,4-5,4)	3,5 (2,3-5,2)	705	88,4 (85,8-90,5)	5,2 (3,8-7,2)	6,4 (4,8-8,4)	<b>,016</b>
Problemas de atención	630	97,0 (95,3-98,1)	1,4 (0,8-2,7)	1,6 (0,9-2,9)	704	96,0 (94,3-97,2)	2,8 (1,8-4,3)	1,1 (0,6-2,2)	,167
Conducta de romper normas	632	95,6 (93,7-96,9)	3,0 (1,9-4,6)	1,4 (0,8-2,7)	704	97,0 (95,5-98,0)	2,0 (1,2-3,3)	1,0 (0,5-2,0)	,371
Conducta agresiva	631	96,5 (94,8-97,7)	1,9 (1,1-3,3)	1,6 (0,9-2,9)	705	92,6 (90,5-94,3)	4,7 (3,4-6,5)	2,7 (1,7-4,2)	<b>,007</b>
Interiorizado	631	88,3 (85,5-90,6)	4,6 (3,2-6,5)	7,1 (5,4-9,4)	705	84,3 (81,4-86,8)	6,2 (4,7-8,3)	9,5 (7,6-11,9)	,105
Exteriorizado	630	91,6 (89,2-93,5)	4,0 (2,7-5,8)	4,4 (3,1-6,3)	705	85,5 (82,7-87,9)	8,5 (6,7-10,8)	6,0 (4,4-8,0)	<b>,001</b>
Total problemas	630	90,5 (87,9-92,5)	4,6 (3,2-6,5)	4,9 (3,5-6,9)	705	81,7 (78,7-84,4)	9,6 (7,7-12,0)	8,7 (6,8-11,0)	<b>,001</b>
<i>Escalas DSM-5</i>									
Problemas afectivos	630	95,4 (93,5-96,8)	2,4 (1,4-3,9)	2,2 (1,3-3,7)	705	88,9 (86,4-91,0)	5,7 (4,2-7,6)	5,4 (4,0-7,3)	<b>,001</b>
Problemas de ansiedad	634	86,4 (83,5-88,9)	4,6 (3,2-6,5)	9,0 (7,0-11,5)	705	76,9 (73,6-79,8)	5,7 (4,2-7,6)	17,4 (14,8-20,4)	<b>,001</b>
Problemas somáticos	633	93,2 (91,0-94,9)	2,8 (1,8-4,4)	3,9 (2,7-5,8)	700	91,3 (89,0-93,2)	3,7 (2,5-5,4)	5,0 (3,6-6,9)	,425
Problemas de déficit de atención/hiperactividad	630	97,5 (95,9-98,4)	1,9 (1,1-3,3)	0,6 (0,2-1,6)	702	97,3 (95,8-98,3)	1,6 (0,9-2,8)	1,1 (0,6-2,2)	,560
Problemas de negativismo desafiante	631	96,5 (94,8-97,7)	2,1 (1,2-3,5)	1,4 (0,8-2,7)	705	93,3 (91,2-94,9)	3,8 (2,6-5,5)	2,8 (1,8-4,3)	<b>,032</b>
Problemas de conducta	630	95,1 (93,1-96,5)	3,0 (1,9-4,7)	1,9 (1,1-3,3)	705	92,6 (90,5-94,3)	4,8 (3,5-6,7)	2,6 (1,6-4,0)	,168
<i>Escalas 2007</i>									
Problemas obsesivo-compulsivos	633	91,8 (89,4-93,7)	5,1 (3,6-7,0)	3,2 (2,1-4,8)	704	86,6 (83,9-89,0)	8,4 (6,6-10,7)	5,0 (3,6-6,8)	<b>,011</b>
Problemas de estrés postraumático	629	94,9 (92,9-96,4)	2,7 (1,7-4,3)	2,4 (1,5-3,9)	704	92,0 (89,8-93,8)	5,4 (4,0-7,3)	2,6 (1,6-4,0)	<b>,046</b>
Tempo cognitivo lento	631	93,2 (90,9-94,9)	5,2 (3,7-7,3)	1,6 (0,9-2,9)	706	89,1 (86,6-91,2)	8,6 (6,8-10,9)	2,3 (1,4-3,6)	<b>,031</b>

Nota: IC = Intervalo de confianza

En negrita: Escalas con diferencias estadísticamente significativas según la edad ( $p < ,05$ )

#### 4.3.1.3 Prevalencia por estructura familiar

En la Tabla 34 se puede ver la prevalencia de problemas psicológicos por tipo de familia (nuclear/no nuclear) en niños de 6 a 11 años.

En los niños con una familia nuclear la prevalencia más alta de nivel clínico en las escalas empíricas (rango 0,9 a 2,7%) fue en problemas de pensamiento (2,7%) y ansioso/deprimido (2,5%); en las de segundo orden (rango de 3,2 y 6,1%) fue en interiorizado (6,1%). En las escalas DSM-5 (rango 0,5 a 6,8%), los valores más altos fueron en problemas de ansiedad (6,8%). En las escalas-2007 (rango 0,5 a 2,7%), la prevalencia más alta fue en problemas obsesivo-compulsivos (2,7%).

En los niños de familia no nuclear la prevalencia más alta de nivel clínico en las escalas empíricas (rango 1,1 a 5,2%) fue en problemas de pensamiento (5,2%), ansioso/deprimido (4,7%) y quejas somáticas (3,7%); en las de segundo orden (rango de 7,4 y 9,5%) fue en interiorizado (9,5%). En las escalas DSM-5 (rango 1,1 a 14,1%), los valores más altos fueron en problemas de ansiedad (14,1%), problemas somáticos (4,7%) y problemas de conducta (3,7%). En las escalas-2007 (rango 4,2 a 5,3%), la prevalencia más alta fue en problemas de estrés postraumático (5,3%).

La prevalencia de problemas subclínicos en los niños de familia nuclear fue de 0,7 y 4,5% en las escalas empíricas, 2,0 y 3,4% en las de segundo orden, 1,1 y 4,5% en las escalas DSM-5 y 2,5 y 4,8% en las escalas 2007. En los niños de familia no nuclear los rangos fueron de 2,6 a 7,4% en las escalas empíricas, 7,4 a 8,4% en las de segundo orden, 2,1 a 5,8% en las escalas DSM-5 y 3,2 a 6,8% en las escalas 2007.

Los niños de familia nuclear obtuvieron una prevalencia más alta que los niños de familia no nuclear en conducta de romper normas, mientras que los niños de familia no nuclear tuvieron una prevalencia más alta que los niños de familia nuclear en problemas de atención, interiorizado, exteriorizado, total problemas, problemas de ansiedad, problemas de conducta, problemas de estrés postraumático y tempo cognitivo lento.

En la Tabla 35 se puede apreciar la prevalencia de problemas psicológicos por tipo de familia en niños 12 a 18 años.

En los niños con una familia nuclear, la prevalencia más alta de nivel clínico en las escalas empíricas (rango 0,4 a 5,5%) fue en problemas de pensamiento (5,5%), quejas somáticas (3,9%) y problemas sociales (3,6%); en las de segundo orden (rango

Tabla 34

*Prevalencia de problemas psicológicos en niños y adolescentes de 6 a 11 años del CBCL/6-18 por tipo de familia*

Escala	N	Familia nuclear			Familia no nuclear			p	
		Normal %	Subclínico %	Clínico %	N	Normal %	Subclínico %		Clínico %
<i><u>Escalas Empíricas</u></i>									
Ansioso/deprimido	443	93,7	3,8	2,5	191	90,6	4,7	4,7	,288
Retraído/deprimido	443	98,4	0,7	0,9	190	95,3	2,6	2,1	,059
Quejas somáticas	444	93,5	4,5	2,0	190	92,1	4,2	3,7	,472
Problemas sociales	439	96,8	2,3	0,9	190	94,2	3,7	2,1	,279
Problemas de pensamiento	440	93,2	4,1	2,7	191	92,1	2,6	5,2	,201
Problemas de atención	441	98,2	0,9	0,9	189	94,2	2,6	3,2	<b>,026</b>
Conducta de romper normas	442	97,3	1,1	1,6	190	91,6	7,4	1,1	<b>,001</b>
Conducta agresiva	441	97,3	1,6	1,1	190	94,7	2,6	2,6	,255
Interiorizado	441	90,5	3,4	6,1	190	83,2	7,4	9,5	<b>,024</b>
Exteriorizado	440	94,8	2,0	3,2	190	84,2	8,4	7,4	<b>,001</b>
Total problemas	440	93,0	3,4	3,6	190	84,7	7,4	7,9	<b>,006</b>
<i><u>Escalas DSM-5</u></i>									
Problemas afectivos	440	95,5	2,5	2,0	190	95,3	2,1	2,6	,864
Problemas de ansiedad	443	88,7	4,5	6,8	191	81,2	4,7	14,1	<b>,011</b>
Problemas somáticos	443	93,5	2,9	3,6	190	92,6	2,6	4,7	,787
Problemas de déficit de atención/hiperactividad	441	98,4	1,1	0,5	189	95,2	3,7	1,1	,064
Problemas de negativismo desafiante	441	97,5	1,4	1,1	190	94,2	3,7	2,1	,105
Problemas de conducta	440	97,0	1,8	1,1	190	90,5	5,8	3,7	<b>,002</b>
<i><u>Escalas 2007</u></i>									
Problemas obsesivo-compulsivos	442	93,0	4,3	2,7	191	89,0	6,8	4,2	,246
Problemas de estrés postraumático	439	96,4	2,5	1,1	190	91,6	3,2	5,3	<b>,007</b>
Tempo cognitivo lento	441	94,8	4,8	0,5	190	89,5	6,3	4,2	<b>,002</b>

En negrita: Escalas con diferencias estadísticamente significativas según el tipo de familia ( $p < ,05$ )



Tabla 35

*Prevalencia de problemas psicológicos en niños y adolescentes de 12 a 18 años del CBCL/6-18 por tipo de familias*

Escala	Familia nuclear			Familia no nuclear			valor <i>p</i>		
	<i>N</i>	Normal %	Subclínico %	Clínico %	<i>N</i>	Normal %		Subclínico %	Clínico %
<i>Escalas Empíricas</i>									
Ansioso/deprimido	469	92,5	5,1	2,3	236	88,6	5,1	6,4	<b>,028</b>
Retraído/deprimido	469	97,0	1,9	1,1	236	94,5	3,4	2,1	,254
Quejas somáticas	464	90,5	5,6	3,9	235	88,9	3,8	7,2	,104
Problemas sociales	469	92,5	3,8	3,6	235	91,5	3,0	5,5	,432
Problemas de pensamiento	469	90,2	4,3	5,5	236	84,7	7,2	8,1	,097
Problemas de atención	469	97,2	2,3	0,4	235	93,6	3,8	2,6	<b>,022</b>
Conducta de romper normas	469	98,1	1,1	0,9	235	94,9	3,8	1,3	<b>,040</b>
Conducta agresiva	469	94,2	4,3	1,5	236	89,4	5,5	5,1	<b>,015</b>
Interiorizado	469	84,6	7,2	8,1	236	83,5	4,2	12,3	,074
Exteriorizado	469	88,5	7,7	3,8	236	79,7	10,2	10,2	<b>,001</b>
Total problemas	469	84,2	8,3	7,5	236	76,7	12,3	11,0	,051
<i>Escalas DSM-5</i>									
Problemas afectivos	469	89,6	6,4	4,1	236	87,7	4,2	8,1	,050
Problemas de ansiedad	469	77,6	5,5	16,8	236	75,4	5,9	18,6	,806
Problemas somáticos	465	91,6	4,5	3,9	235	90,6	2,1	7,2	,051
Problemas de déficit de atención/hiperactividad	468	98,3	1,5	0,2	234	95,3	1,7	3,0	<b>,005</b>
Problemas de negativismo desafiante	469	95,3	3,2	1,5	236	89,4	5,1	5,5	<b>,004</b>
Problemas de conducta	469	93,6	3,8	2,6	236	90,7	6,8	2,5	,227
<i>Escalas 2007</i>									
Problemas obsesivo-compulsivos	468	88,5	7,7	3,8	236	83,1	9,7	7,2	,087
Problemas de estrés postraumático	468	92,7	5,8	1,5	236	90,7	4,7	4,7	<b>,037</b>
Tempo cognitivo lento	470	90,6	8,1	1,3	236	86,0	9,7	4,2	<b>,031</b>

En negrita: Escalas con diferencias estadísticamente significativas según el tipo de familia ( $p < ,05$ )

de 3,8 a 8,1%) fue en interiorizado (8,1%). En las escalas DSM-5 (rango 0,2 a 16,8%) los valores más altos fueron en problemas de ansiedad (16,8%), problemas afectivos (4,1%) y problemas somáticos (3,9%). En las escalas-2007 (rango 1,3 a 3,8%) la prevalencia más alta fue en problemas obsesivo-compulsivos (3,8%).

En los niños de familia no nuclear, la prevalencia más alta de nivel clínico en las escalas empíricas (rango 1,3 a 8,1%) fue en problemas de pensamiento (8,1%), quejas somáticas (7,2%), ansioso/deprimido (6,4%) y problemas sociales (5,5%); en las de segundo orden (rango de 10,2 a 12,3%) fue en interiorizado (12,3%). En las escalas DSM-5 (rango 2,5 a 18,6%), los valores más altos fueron en problemas de ansiedad (18,6%), problemas afectivos (8,1%), problemas somáticos (7,2%) y problemas de negativismo desafiante (5,5%). En las escalas-2007 (rango 4,2 a 7,2%), la prevalencia más alta fue en problemas de obsesivo-compulsivos (7,2%).

La prevalencia de problemas subclínicos en los niños de familia nuclear osciló entre 1,1 y 5,6% en las escalas empíricas, 7,2 y 8,3% en las de segundo orden, 1,5 y 6,4% en las escalas DSM-5 y 5,8 y 8,1% en las escalas 2007. En los niños de familia no nuclear los rangos fueron de 3,0 a 7,2% en las escalas empíricas, 4,2 a 12,3% en las de segundo orden, 1,7 a 6,8% en las escalas DSM-5 y 4,7 a 9,7% en las escalas 2007.

Los niños de familia no nuclear obtuvieron una prevalencia más alta que los niños de familia nuclear en ansioso/deprimido, problemas de atención, conducta de romper normas, conducta agresiva, exteriorizado, problemas afectivos, problemas de déficit de atención/hiperactividad, problemas de estrés postraumático y tempo cognitivo lento.

#### **4.3.1.4 Prevalencia por tipo de colegio**

En la Tabla 36 se puede ver la prevalencia de problemas psicológicos por el tipo de colegio al que asisten los niños de 6 a 11 años.

En los niños que asisten a un colegio privado, la prevalencia más alta de nivel clínico en las escalas empíricas (rango 1,0 a 2,4%) fue en ansioso/deprimido (2,4%); en las de segundo orden (rango de 0,5 a 4,8%) fue en interiorizado (4,8%). En las escalas DSM-5 (rango 0,5 a 5,8%), los valores más altos fueron en problemas de ansiedad (5,8%). En las escalas-2007 (rango 1,4 a 2,4%), la prevalencia más alta fue en problemas obsesivo-compulsivos (2,4%).

Tabla 36

*Prevalencia de problemas psicológicos en niños y adolescentes de 6 a 11 años del CBCL/6-18 por tipo de colegio*

Escala	Colegio privado			Colegio público			<i>p</i>		
	<i>N</i>	Normal %	Subclínico %	Clínico %	<i>N</i>	Normal %		Subclínico %	Clínico %
<i>Escalas Empíricas</i>									
Ansioso/deprimido	427	95,7	1,9	2,4	207	91,3	5,2	3,5	,114
Retraído/deprimido	426	98,6	0,0	1,4	207	96,9	1,9	1,2	,135
Quejas somáticas	427	95,7	3,4	1,0	207	91,8	4,9	3,3	,141
Problemas sociales	422	98,1	1,9	0,0	207	95,0	3,1	1,9	,094
Problemas de pensamiento	424	92,8	5,3	1,9	207	92,9	2,8	4,2	,106
Problemas de atención	423	98,1	1,0	1,0	207	96,5	1,7	1,9	,536
Conducta de romper normas	425	97,6	2,4	0,0	207	94,6	3,3	2,1	,088
Conducta agresiva	424	99,0	1,0	0,0	207	95,3	2,4	2,4	<b>,039</b>
Interiorizado	424	92,8	2,4	4,8	207	86,1	5,7	8,3	<b>,046</b>
Exteriorizado	423	95,7	3,9	0,5	207	89,6	4,0	6,4	<b>,003</b>
Total problemas	423	95,2	2,9	1,9	207	88,2	5,4	6,4	<b>,016</b>
<i>Escalas DSM-5</i>									
Problemas afectivos	423	99,5	0,0	0,5	207	93,4	3,5	3,1	<b>,002</b>
Problemas de ansiedad	427	91,8	2,4	5,8	207	83,8	5,6	10,5	<b>,022</b>
Problemas somáticos	426	96,6	1,9	1,4	207	91,5	3,3	5,2	<b>,046</b>
Problemas de déficit de atención/hiperactividad	423	98,1	1,4	0,5	207	97,2	2,1	0,7	,795
Problemas de negativismo desafiante	424	97,6	0,5	1,9	207	96,0	2,8	1,2	,116
Problemas de conducta	423	98,6	1,4	0,0	207	93,4	3,8	2,8	<b>,012</b>
<i>Escalas 2007</i>									
Problemas obsesivo-compulsivos	426	93,7	3,9	2,4	207	90,8	5,6	3,5	,466
Problemas de estrés postraumático	422	97,1	1,0	1,9	207	93,8	3,6	2,6	,145
Tempo cognitivo lento	424	94,7	3,9	1,4	207	92,5	5,9	1,7	,547

En negrita: Escalas con diferencias estadísticamente significativas según el tipo de colegio ( $p < ,05$ )

En los niños que asisten a un colegio público, la prevalencia más alta de nivel clínico en las escalas empíricas (rango 1,2 a 4,2%) fue en problemas de pensamiento (4,2%), ansioso/deprimido (3,5%) y quejas somáticas (3,3%); en las de segundo orden (rango de 6,4 a 8,3%) fue en interiorizado (8,3%). En las escalas DSM-5 (rango 0,7 a 10,5%), los valores más altos fueron en problemas de ansiedad (10,7%), problemas somáticos (5,3%) y problemas afectivos (3,1%). En las escalas-2007 (rango 1,7 a 3,5%), la prevalencia más alta fue en problemas obsesivo-compulsivos (3,5%).

La prevalencia de problemas subclínicos en los niños que asisten a un colegio privado osciló entre 0,0 y 5,3% en las escalas empíricas, 2,4 y 3,9% en las de segundo orden, 0,0 y 2,4% en las escalas DSM-5 y 1,0 y 3,9% en las escalas 2007. En los niños que asisten a colegios públicos los rangos fueron de 1,7 a 5,2% en las escalas empíricas, 4,0 a 5,7% en las de segundo orden, 2,1 a 5,6% en las escalas DSM-5 y 3,6 a 5,9% en las escalas 2007.

Los niños que asisten a un colegio público obtuvieron una prevalencia más alta que los niños que asisten a un colegio privado en conducta agresiva, interiorizado, exteriorizado, total problemas, problemas afectivos, problemas de ansiedad, problemas somáticos y problemas de conducta.

En la Tabla 37 se puede ver la prevalencia de problemas psicológicos por el tipo de colegio al que asisten los niños de 12 a 18 años.

En los niños que asisten a un colegio privado, la prevalencia más alta de nivel clínico en las escalas empíricas (rango 1,2 a 2,4%) fue en ansioso/deprimido (2,4%) y problemas de pensamiento (2,4%); en las de segundo orden (rango de 3,5 a 5,3%) fue en interiorizado (5,3%). En las escalas DSM-5 (rango 0,0 a 10,6%) los valores más altos fueron en problemas de ansiedad (10,6%) y problemas de negativismo desafiante (3,5%). En las escalas-2007 (rango 0,6 a 3,0%), la prevalencia más alta fue en problemas obsesivo-compulsivos (3,0%).

En los niños que asisten a un colegio público, la prevalencia más alta de nivel clínico en las escalas empíricas (rango 1,3 a 7,7%) fue en problemas de pensamiento (7,7%), quejas somáticas (6,2%), problemas sociales (5,1%) y ansioso/deprimido (4,1%); en las de segundo orden (rango de 6,7 a 10,8%) fue en interiorizado (10,8%). En las escalas DSM-5 (rango 1,5 a 19,6%), los valores más altos fueron en problemas de ansiedad (19,6%), problemas afectivos (6,5%) y problemas somáticos (6,4%). En las escalas-2007 (rango 2,8 a 5,6%), la prevalencia más alta fue en problemas obsesivo-compulsivos (5,6%).

Tabla 37

Prevalencia de problemas psicológicos en niños y adolescentes de 12 a 18 años del CBCL/6-18 por tipo de colegio

Escala	Colegio privado			Colegio público			<i>p</i>		
	<i>N</i>	Normal %	Subclínico %	Clínico %	<i>N</i>	Normal %		Subclínico %	Clínico %
<i>Escalas Empíricas</i>									
Ansioso/deprimido	170	94,1	3,5	2,4	535	90,3	5,6	4,1	,304
Retraído/deprimido	170	98,2	0,6	1,2	535	95,5	3,0	1,5	,194
Quejas somáticas	166	95,8	3,0	1,2	533	88,2	5,6	6,2	<b>,012</b>
Problemas sociales	170	95,9	2,4	1,8	534	91,0	3,9	5,1	,105
Problemas de pensamiento	170	92,4	5,3	2,4	535	87,1	5,2	7,7	<b>,047</b>
Problemas de atención	169	97,0	3,0	0,0	535	95,7	2,8	1,5	,278
Conducta de romper normas	170	98,8	1,2	0,0	534	96,4	2,2	1,3	,218
Conducta agresiva	170	94,7	3,5	1,8	535	92,0	5,0	3,0	,482
Interiorizado	170	91,8	2,9	5,3	535	81,9	7,3	10,8	<b>,008</b>
Exteriorizado	170	90,0	6,5	3,5	535	84,1	9,2	6,7	,147
Total problemas	170	90,6	4,1	5,3	535	78,9	11,4	9,7	<b>,002</b>
<i>Escalas DSM-5</i>									
Problemas afectivos	170	94,1	4,1	1,8	535	87,3	6,2	6,5	<b>,029</b>
Problemas de ansiedad	170	85,9	3,5	10,6	535	74,0	6,4	19,6	<b>,006</b>
Problemas somáticos	167	95,8	3,6	0,6	533	89,9	3,8	6,4	<b>,011</b>
Problemas de déficit de atención/hiperactividad	169	98,8	1,2	0,0	533	96,8	1,7	1,5	,247
Problemas de negativismo desafiante	170	91,8	4,7	3,5	535	93,8	3,6	2,6	,642
Problemas de conducta	170	95,9	2,4	1,8	535	91,6	5,6	2,8	,162
<i>Escalas 2007</i>									
Problemas obsesivo-compulsivos	169	91,7	5,3	3,0	535	85,0	9,3	5,6	,084
Problemas de estrés postraumático	169	95,9	2,4	1,8	535	90,8	6,4	2,8	,097
Tempo cognitivo lento	170	92,9	6,5	0,6	536	87,9	9,3	2,8	,112

En negrita: Escalas con diferencias estadísticamente significativas según el tipo de colegio ( $p < ,05$ )

La prevalencia de problemas subclínicos en los niños que asisten a un colegio privado osciló entre 0,6 y 5,3% en las escalas empíricas, 2,9 y 6,5% en las de segundo orden, 1,2 y 4,7% en las escalas DSM-5 y 2,4 y 6,5% en las escalas 2007. En los niños que asisten a colegios públicos, los rangos fueron de 2,2 y 5,6% en las escalas empíricas, 7,3 y 11,4% en las de segundo orden, 1,7 y 6,4% en las escalas DSM-5 y 6,4 y 9,3% en las escalas 2007.

Los niños que asisten a un colegio público obtuvieron una prevalencia más alta que los niños que asisten a un colegio privado en quejas somáticas, problemas de pensamiento, interiorizado, total problemas, problemas afectivos, problemas de ansiedad y problemas somáticos.

#### **4.3.1.5 Prevalencia por grupo étnico**

En la Tabla 38 se puede observar la prevalencia de problemas psicológicos por grupo étnico en los niños de 6 a 11 años.

En los niños de etnia mestiza la prevalencia más alta de nivel clínico en las escalas empíricas (rango 1,1 a 3,6%) fue en problemas ansioso/deprimido (3,6%); en las de segundo orden (rango 4,6 a 7,1%) fue en interiorizado (7,1%). En las escalas DSM-5 (rango 0,6 a 9,5%), los valores más altos fueron en problemas de ansiedad (9,5%) y problemas somáticos (3,4%). En las escalas-2007 (rango 1,7 a 3,2%), la prevalencia más alta fue en problemas obsesivo-compulsivos (3,2%).

En los niños de otros grupos étnicos la prevalencia más alta de nivel clínico en las escalas empíricas (rango 0,9 a 6,5%) fue en problemas de pensamiento (6,5%); en las de segundo orden (rango 3,7 a 7,5%) fue en interiorizado (7,5%). En las escalas DSM-5 (rango 0,9 a 6,6%), los valores más altos fueron en problemas de ansiedad (6,6%) y problemas somáticos (6,6%). En las escalas-2007 (rango 0,9 a 2,8%), la prevalencia más alta fue en problemas obsesivo-compulsivos (2,8%). Además, no se encontraron diferencias significativas por grupo étnico.

La prevalencia de problemas subclínicos en los niños de etnia mestiza osciló entre 1,3 y 4,4% en las escalas empíricas, 3,4 y 4,6% en las de segundo orden, 1,9 y 4,0% en las escalas DSM-5 y 2,9 y 5,5% en las escalas 2007. En los niños de otros grupos étnicos los rangos fueron de 1,9 a 7,5% en las escalas empíricas, 4,7 a 7,5% en las de segundo orden, 1,9 a 7,5% en las escalas DSM-5 y 1,9 a 6,5% en las escalas 2007.

Tabla 38

*Prevalencia de problemas psicológicos en niños y adolescentes de 6 a 11 años del CBCL/6-18 por grupo étnico*

Escala	Mestizo			Otros			p		
	N	Normal %	Subclínico %	Clínico %	N	Normal %		Subclínico %	Clínico %
<i>Escalas Empíricas</i>									
Ansioso/deprimido	528	92,0	4,4	3,6	106	96,2	2,8	0,9	,267
Retraído/deprimido	525	97,3	1,5	1,1	108	98,1	0,0	1,9	,366
Quejas somáticas	528	93,8	3,8	2,5	106	89,6	7,5	2,8	,219
Problemas sociales	523	96,4	2,5	1,1	106	94,3	3,8	1,9	,619
Problemas de pensamiento	524	93,7	3,4	2,9	107	88,8	4,7	6,5	,132
Problemas de atención	524	96,8	1,3	1,9	106	98,1	1,9	0,0	,328
Conducta de romper normas	524	95,6	2,9	1,5	108	95,4	3,7	0,9	,803
Conducta agresiva	524	96,6	1,5	1,9	107	96,3	3,7	0,0	,115
Interiorizado	524	88,4	4,6	7,1	107	87,9	4,7	7,5	,987
Exteriorizado	523	92,0	3,4	4,6	107	89,7	6,5	3,7	,310
Total problemas	523	91,0	4,0	5,0	107	87,9	7,5	4,7	,297
<i>Escalas DSM-5</i>									
Problemas afectivos	523	95,8	1,9	2,3	107	93,5	4,7	1,9	,227
Problemas de ansiedad	528	86,6	4,0	9,5	106	85,8	7,5	6,6	,195
Problemas somáticos	527	94,1	2,5	3,4	106	88,7	4,7	6,6	,127
Problemas de déficit de atención/hiperactividad	524	97,5	1,9	0,6	106	97,2	1,9	0,9	,908
Problemas de negativismo desafiante	524	96,4	1,9	1,7	107	97,2	2,8	0,0	,335
Problemas de conducta	523	94,8	3,3	1,9	107	96,3	1,9	1,9	,748
<i>Escalas 2007</i>									
Problemas obsesivo-compulsivos	526	91,3	5,5	3,2	107	94,4	2,8	2,8	,487
Problemas de estrés postraumático	523	94,6	2,9	2,5	106	96,2	1,9	1,9	,791
Tempo cognitivo lento	524	93,3	5,0	1,7	107	92,5	6,5	0,9	,679

En la Tabla 39 se puede observar la prevalencia de problemas psicológicos por grupo étnico en los niños de 12 a 18 años.

En los niños de etnia mestiza la prevalencia más alta de nivel clínico en las escalas empíricas (rango 0,9 a 6,2%) fue en problemas de pensamiento (6,2%), quejas somáticas (4,6%), problemas sociales (3,9%) y ansioso/deprimido (3,4%); en las de segundo orden (rango 6,2 a 8,9%) fue en interiorizado (8,9%). En las escalas DSM-5 (rango 1,1 a 16,4%), los valores más altos fueron en problemas de ansiedad (16,4%), problemas afectivos (5,3%) y problemas somáticos (4,4%). En las escalas-2007 (rango 2,0 a 4,7%), la prevalencia más alta fue en problemas obsesivo-compulsivos (4,7%).

En niños de otros grupos étnicos la prevalencia más alta de nivel clínico en las escalas empíricas (rango 1,6 a 9,5%) fue en quejas somáticas (9,5%), problemas sociales (7,8%), problemas de pensamiento (7,8%) y ansioso/deprimido (6,3%); en las de segundo orden (rango 3,1 a 15,6%) fue en interiorizado (15,6%). En las escalas DSM-5 (rango 1,6 a 28,1%), los valores más altos fueron en problemas de ansiedad (28,1%), problemas somáticos (11,1%) y problemas afectivos (6,3%). En las escalas-2007 (rango 4,7 a 7,8%), la prevalencia más alta fue en problemas obsesivo-compulsivos (7,8%).

La prevalencia de problemas subclínicos en los niños de etnia mestiza osciló entre 2,0 y 5,3% en las escalas empíricas, 5,6 y 9,4% en las de segundo orden, 1,4 y 6,1% en las escalas DSM-5 y 5,6 y 8,6% en las escalas 2007. En los niños de otros grupos étnicos los rangos fueron de 1,6 a 9,5% en las escalas empíricas, 12,5 y 17,2% en las de segundo orden, 1,6 a 9,4% en las escalas DSM-5 y 3,1 a 12,5% en las escalas 2007.

Los niños de etnia mestiza obtuvieron una prevalencia más alta en exteriorizados, y los niños de otros grupos étnicos (blancos, indígenas, afroecuatorianos, montubios y otros) obtuvieron una prevalencia más alta en quejas somáticas, interiorizado y problemas de ansiedad.



Tabla 39

*Prevalencia de problemas psicológicos en niños y adolescentes de 12 a 18 años del CBCL/6-18 por grupo étnico*

Escala	Mestizo				Otros				<i>p</i>
	<i>N</i>	Normal %	Subclínico %	Clínico %	<i>N</i>	Normal %	Subclínico %	Clínico %	
<i>Escalas Empíricas</i>									
Ansioso/deprimido	641	91,3	5,3	3,4	64	90,6	3,1	6,3	,407
Retraído/deprimido	641	96,4	2,2	1,4	64	93,8	4,7	1,6	,457
Quejas somáticas	636	90,9	4,6	4,6	63	81,0	9,5	9,5	<b>,044</b>
Problemas sociales	640	92,5	3,6	3,9	64	89,1	3,1	7,8	,334
Problemas de pensamiento	641	88,5	5,3	6,2	64	87,5	4,7	7,8	,872
Problemas de atención	640	96,4	2,5	1,1	64	92,2	6,3	1,6	,212
Conducta de romper normas	640	97,0	2,0	0,9	64	96,9	1,6	1,6	,864
Conducta agresiva	641	92,5	4,7	2,8	64	93,8	4,7	1,6	,842
Interiorizado	641	85,5	5,6	8,9	64	71,9	12,5	15,6	<b>,014</b>
Exteriorizado	641	86,1	7,6	6,2	64	79,7	17,2	3,1	<b>,024</b>
Total problemas	641	82,4	9,4	8,3	64	75,0	12,5	12,5	,335
<i>Escalas DSM-5</i>									
Problemas afectivos	641	89,4	5,3	5,3	64	84,4	9,4	6,3	,375
Problemas de ansiedad	641	77,5	6,1	16,4	64	70,3	1,6	28,1	<b>,029</b>
Problemas somáticos	637	91,8	3,8	4,4	63	85,7	3,2	11,1	,065
Problemas de déficit de atención/hiperactividad	638	97,5	1,4	1,1	64	95,3	3,1	1,6	,541
Problemas de negativismo desafiante	641	93,4	3,7	2,8	64	92,2	4,7	3,1	,920
Problemas de conducta	641	92,8	4,5	2,7	64	90,6	7,8	1,6	,448
<i>Escalas 2007</i>									
Problemas obsesivo-compulsivos	640	87,3	8,0	4,7	64	79,7	12,5	7,8	,227
Problemas de estrés postraumático	640	92,2	5,6	2,2	64	90,6	3,1	6,3	,108
Tempo cognitivo lento	642	89,4	8,6	2,0	64	85,9	9,4	4,7	,378

En negrita: Escalas con diferencias estadísticamente significativas según el grupo étnico ( $p < ,05$ )

#### **4.3.1.6. Síntesis de la prevalencia de problemas psicológicos a partir de la información recolectada por el cuestionario CBCL/6-18**

En los escolares de Quito de 6 a 18 años de edad existe una prevalencia que osciló entre 0,3% (problemas de atención, problemas de déficit de atención/hiperactividad y conducta de romper normas) y 17,7% (problemas de ansiedad). Los problemas de ansiedad (17,7%) presentaron la prevalencia más alta en niños y niñas de 6 a 18 años. La prevalencia en niños y niñas de 6 a 11 años osciló entre 0,3% (problemas de atención y de déficit de atención/hiperactividad) y 10,7% (problemas de ansiedad). En los niños la prevalencia más alta fue en problemas de ansiedad (10,7%), problemas interiorizados (8,9%) y problemas de pensamiento (5,4%), mientras que en las niñas fue en problemas de ansiedad (7,1%), problemas exteriorizados (6,4%) y conducta agresiva (2,4%). En los niños de 12 a 18 años la prevalencia osciló entre 0,3% (conducta de romper normas) y 17,7% (problemas de ansiedad). Los problemas psicológicos con la prevalencia más alta en niños fueron problemas de ansiedad (17,2%), problemas interiorizados (7,3%) y problemas de pensamiento (5,9%), mientras que en las niñas fueron problemas de ansiedad (17,7%), problemas interiorizados (11,7%), problemas exteriorizados (8,6%) y problemas de pensamiento (6,9%).

La prevalencia por grupo de edad osciló de 0,6% (problemas de déficit de atención/hiperactividad) a 17,4% (problemas de ansiedad). En los niños de 6 a 11 años y de 12 a 18 años el trastorno con la prevalencia más alta fue problemas de ansiedad (17,4%). Los trastornos con la prevalencia más alta en niños de 6 a 11 años fueron problemas de ansiedad (9,0%), problemas interiorizados (7,1%), problemas exteriorizados (4,4%) y problemas de pensamiento (3,5%) mientras que en los niños de 12 a 18 años fueron problemas de ansiedad (17,4%), problemas interiorizados (9,5%), problemas de pensamiento (6,4%) y problemas exteriorizados (6,0%).

Los niños de 6 a 11 años obtuvieron prevalencias de problemas emocionales y conductuales más altas que las niñas, mientras que las niñas de 12 a 18 años tuvieron prevalencias más altas que los niños. Por grupo de edad, los niños de 12 a 18 años obtuvieron prevalencias más altas que los niños de 6 a 11 años.

En las Tablas 40A-40E se sintetizan las prevalencias más altas y más bajas encontradas en el CBCL, según género, edad, tipo de familia, tipo de colegio y grupo

étnico. En la Tabla 41 se aprecian las diferencias de la prevalencia en función del género, la edad, el tipo de familia, el tipo de colegio y el grupo étnico.

Tabla 40A

*Síntesis de las prevalencias más altas y bajas del CBCL/6-18 por grupo de edad y género*

Escala	Nivel clínico			
	Niños 6 a 11 años	Niñas 6 a 11 años	Niños 12 a 18 años	Niñas 12 a 18 años
<u>Empíricas 1er orden</u>				
Más alta	Problemas de pensamiento (5,4%)	Conducta agresiva (2,4%)	Problemas de pensamiento (5,9%)	Problemas de pensamiento (6,9%)
Más baja	Conducta agresiva (0,9%)	Problemas de atención (0,3%)	Conducta de romper normas (0,3%)	Problemas de atención (1,7%) Conducta de romper normas (1,7%)
<u>Empíricas 2do orden</u>				
Más alta	Interiorizado (8,9%)	Exteriorizado (6,4%)	Interiorizado (7,3%)	Interiorizado (11,7%) Total problemas (11,7%)
Más baja	Exteriorizado (2,7%)	Interiorizado (5,1%)	Exteriorizado (3,4%)	Exteriorizado (8,6%)
<u>Escalas DSM-5</u>				
Más alta	Problemas de ansiedad (10,7%)	Problemas de ansiedad (7,1%)	Problemas de ansiedad (17,2%)	Problemas de ansiedad (17,7%)
Más baja	Problemas de negativismo desafiante (0,9%)	Problemas de déficit de atención/hiperactividad (0,3%)	Problemas de déficit de atención/hiperactividad (0,8%)	Problemas de déficit de atención/hiperactividad (1,4%)
<u>Escalas 2007</u>				
Más alta	Problemas obsesivo-compulsivos (4,5%)	Problemas obsesivo-compulsivos (1,7%) Problemas de estrés postraumático (1,7%)	Problemas obsesivo-compulsivos (3,4%)	Problemas obsesivo-compulsivos (6,6%)
Más baja	Tempo cognitivo lento (2,4%)	Tempo cognitivo lento (0,7%)	Tempo cognitivo lento (1,1%)	Problemas de estrés postraumático (3,2%)
<u>Total problemas</u>	(6,0%)	(3,7%)	(5,6%)	(11,7%)

Tabla 40B

*Síntesis de las prevalencias más altas y bajas del CBCL/6-18 por grupo de edad*

Escalas	Nivel clínico	
	6 a 11 años	12 a 18 años
<u>Empíricas 1er orden</u>		
Más alta	Problemas de pensamiento (3,5%)	Problemas de pensamiento (6,4%)
Más baja	Retraído/deprimido (1,3%)	Conducta de romper normas (1,0%)
<u>Empíricas 2do orden</u>		
Más alta	Interiorizado (7,1%)	Interiorizado (9,5%)
Más baja	Exteriorizado (4,4%)	Exteriorizado (6,0%)
<u>Escalas DSM</u>		
Más alta	Problemas de ansiedad (9,0%)	Problemas de ansiedad (17,4%)
Más baja	Problemas de déficit de atención/hiperactividad (0,6%)	Problemas de déficit de atención/hiperactividad (1,1%)
<u>Escalas 2007</u>		
Más alta	Problemas obsesivo-compulsivos (3,2%)	Problemas obsesivo-compulsivos (5,0%)
Más baja	Tempo cognitivo lento (1,6%)	Tempo cognitivo lento (2,3%)
<u>Total problemas</u>	(4,9%)	(8,7%)

Tabla 40C

*Síntesis de las prevalencias más altas y bajas del CBCL/6-18 por tipo de familia*

Escalas	Nivel clínico			
	6 a 11 años		12 a 18 años	
	Familia nuclear	Familia no nuclear	Familia nuclear	Familia no nuclear
<u>Empíricas 1er orden</u>				
Más alta	Problemas de pensamiento (2,7%)	Problemas de pensamiento (5,2%)	Problemas de pensamiento (5,5%)	Problemas de pensamiento (8,1%)
Más baja	Retraído/deprimido (0,9%)	Conducta de romper normas (1,1%)	Problemas de atención (0,4%)	Conducta de romper normas (1,3%)
<u>Empíricas 2do orden</u>				
Más alta	Interiorizado (6,1%)	Interiorizado (9,5%)	Interiorizado (8,1%)	Interiorizado (12,3%)
Más baja	Exteriorizado (3,2%)	Exteriorizado (7,4%)	Exteriorizado (3,8%)	Exteriorizado (10,2%)
<u>Escalas DSM</u>				
Más alta	Problemas de ansiedad (6,8%)	Problemas de ansiedad (14,1%)	Problemas de ansiedad (16,8%)	Problemas de ansiedad (18,6%)
Más baja	Problemas de déficit de atención/hiperactividad (0,5%)	Problemas de déficit de atención/hiperactividad (1,1%)	Problemas de déficit de atención/hiperactividad (0,2%)	Problemas de conducta (2,5%)
<u>Escalas 2007</u>				
Más alta	Problemas obsesivo-compulsivos (2,7%)	Problemas de estrés postraumático (5,3%)	Problemas obsesivo-compulsivos (3,8%)	Problemas obsesivo-compulsivos (7,2%)
Más baja	Tempo cognitivo lento (0,5%)	Problemas obsesivo-compulsivos (4,2%) Tempo cognitivo lento (4,2%)	Tempo cognitivo lento (1,3%)	Tempo cognitivo lento (4,2%)
<u>Total problemas</u>	(3,6%)	(7,9%)	(7,5%)	(11,0%)

Tabla 40D

*Síntesis de las prevalencias más altas y bajas del CBCL/6-18 por tipo de colegio*

Escalas	Nivel clínico			
	6 a 11 años		12 a 18 años	
	Colegio privado	Colegio público	Colegio privado	Colegio público
<u>Empíricas 1er orden</u>				
Más alta	Ansioso/deprimido (2,4%)	Problemas de pensamiento (4,2%)	Ansioso/deprimido (2,4%) Problemas de pensamiento (2,4%)	Problemas de pensamiento (7,7%)
Más baja	Quejas somáticas Problemas de atención (1,0%)	Retraído/deprimido (1,2%)	Retraído/deprimido Quejas somáticas (1,2%)	Conducta de romper normas (1,3%)
<u>Empíricas 2do orden</u>				
Más alta	Interiorizado (4,8%)	Interiorizado (8,3%)	Interiorizado (5,3%)	Interiorizado (10,8%)
Más baja	Exteriorizado (0,5%)	Exteriorizado (6,4%)	Exteriorizado (3,5%)	Exteriorizado (6,7%)
<u>Escalas DSM</u>				
Más alta	Problemas de ansiedad (5,8%)	Problemas de ansiedad (10,5%)	Problemas de ansiedad (10,6%)	Problemas de ansiedad (19,6%)
Más baja	Problemas afectivos (0,5%)	Problemas de déficit de atención/hiperactividad (0,7%)	Problemas somáticos (0,6%)	Problemas de déficit de atención/hiperactividad (1,5%)
<u>Escalas 2007</u>				
Más alta	Problemas obsesivo-compulsivos (2,4%)	Problemas obsesivo-compulsivos (3,5%)	Problemas obsesivo-compulsivos (3,0%)	Problemas obsesivo-compulsivos (5,6%)
Más baja	Tempo cognitivo lento (1,4%)	Tempo cognitivo lento (1,7%)	Tempo cognitivo lento (0,6%)	Tempo cognitivo lento (2,8%)
<u>Total problemas</u>	(1,9%)	(6,4%)	(5,3%)	(9,7%)

Tabla 40E

*Síntesis de las prevalencias más altas y bajas del CBCL/6-18 por grupo étnico*

Escalas	Nivel clínico			
	6 a 11 años		12 a 18 años	
	Mestizo	Otros	Mestizo	Otros
<u>Empíricas 1er orden</u>				
Más alta	Ansioso/deprimido (3,6%)	Ansioso/deprimido Conducta de romper normas	Problemas de pensamiento (6,2%)	Quejas somáticas (9,5%)
Más baja	Retraído/deprimido (1,1%)	Problemas de atención (0,9%)	Conducta de romper normas (0,9%)	Retraído/deprimido (1,6%)
<u>Empíricas 2do orden</u>				
Más alta	Interiorizado (7,1%)	Interiorizado (7,5%)	Interiorizado (8,9%)	Interiorizado (15,6%)
Más baja	Exteriorizado (4,6%)	Exteriorizado (3,7%)	Exteriorizado (6,2%)	Exteriorizado (3,1%)
<u>Escalas DSM</u>				
Más alta	Problemas de ansiedad (9,5%)	Problemas de ansiedad (6,6%) Problema somáticos (6,6%)	Problemas de ansiedad (16,4%)	Problemas de ansiedad (28,1%)
Más baja	Problemas de déficit de atención/hiperactividad (0,6%)	Problemas de déficit de atención/hiperactividad (0,9%)	Problemas de déficit de atención/hiperactividad (1,1%)	Problemas de déficit de atención/hiperactividad (1,6%)
<u>Escalas 2007</u>				
Más alta	Problemas obsesivo-compulsivos (3,2%)	Problemas obsesivo-compulsivos (2,8%)	Problemas obsesivo-compulsivos (4,7%)	Problemas obsesivo-compulsivos (7,8%)
Más baja	Tempo cognitivo lento (1,7%)	Tempo cognitivo lento (0,9%)	Tempo cognitivo lento (2,0%)	Tempo cognitivo lento (4,7%)
<u>Total problemas</u>	<u>(5,0%)</u>	<u>(4,7%)</u>	<u>(8,3%)</u>	<u>(12,5%)</u>



Tabla 41

*Síntesis de las diferencias de la prevalencia en función al Género, edad, tipo de familia, tipo de colegio y grupo étnico del CBCL/6-18 en niños de 6 a 18 años*

	<b>Escalas</b>	<b>Prevalencia</b>
<u>Género</u>		
6 a 11 años	Problemas de pensamiento	Niños (5,4%) > niñas (1,4%)
	Problemas somáticos	Niños (5,9%) > niñas (1,7%)
	Problemas obsesivo-compulsivos	Niños (4,5%) > niñas (1,7%)
12 a 18 años	Ansioso/deprimido	Niños (3,9%) > niñas (3,4%)
	Quejas somáticas	Niños (3,4%) < niñas (6,6%)
	Problemas sociales	Niños (3,1%) < niñas (5,4%)
	Conducta agresiva	Niños (1,4%) < niñas (4,0%)
	Problemas interiorizados	Niños (7,3%) < niñas (11,7%)
	Problemas exteriorizados	Niños (3,4%) < niñas (8,6%)
	Total problemas	Niños (5,6%) < niñas (11,7%)
	Problemas somáticos	Niños (2,8%) < niñas (7,2%)
	Problemas de conducta	Niños (1,7%) < niñas (3,4%)
	Problemas de estrés postraumático	Niños (2,0%) < niñas (3,2%)
	Tempo cognitivo lento	Niños (1,1%) < niñas (3,4%)
<u>Edad</u>		
	Problemas sociales	6 a 11 años (1,3%) < 12 a 18 años (4,3%)
	Problemas de pensamiento	6 a 11 años (3,5%) < 12 a 18 años (6,4%)
	Conducta agresiva	6 a 11 años (1,6%) < 12 a 18 años (2,7%)
	Problemas exteriorizados	6 a 11 años (4,4%) < 12 a 18 años (6,0%)
	Total problemas	6 a 11 años (4,9%) < 12 a 18 años (8,7%)
	Problemas afectivos	6 a 11 años (2,2%) < 12 a 18 años (5,4%)
	Problemas de ansiedad	6 a 11 años (9,0%) < 12 a 18 años (17,4%)
	Problemas de negativismo desafiante	6 a 11 años (1,4%) < 12 a 18 años (2,8%)
	Problemas obsesivo-compulsivos	6 a 11 años (3,2%) < 12 a 18 años (5,0%)
	Problemas de estrés postraumático	6 a 11 años (2,4%) < 12 a 18 años (2,6%)
	Tempo cognitivo lento	6 a 11 años (1,6%) < 12 a 18 años (2,3%)
<u>Tipo de familia</u>		

	<b>Escalas</b>	<b>Prevalencia</b>
6 a 11 años	Problemas de atención	Familia nuclear (0,9%) < familia no nuclear (3,2%)
	Conducta de romper normas	Familia nuclear (1,6%) > familia no nuclear (1,1%)
	Problemas interiorizados	Familia nuclear (6,1%) < familia no nuclear (9,5%)
	Problemas exteriorizados	Familia nuclear (3,2%) < familia no nuclear (7,4%)
	Total problemas	Familia nuclear (3,6%) < familia no nuclear (7,9%)
	Problemas de ansiedad	Familia nuclear (6,8%) < familia no nuclear (14,1%)
	Problemas de conducta	Familia nuclear (1,1%) < familia no nuclear (3,7%)
	Problemas de estrés postraumático	Familia nuclear (1,1%) < familia no nuclear (5,3%)
	Tempo cognitivo lento	Familia nuclear (0,5%) < familia no nuclear (4,2%)
	12 a 18 años	Ansioso/deprimido
Problemas de atención		Familia nuclear (0,4%) < familia no nuclear (2,6%)
Conducta de romper normas		Familia nuclear (0,9%) < familia no nuclear (1,3%)
Conducta agresiva		Familia nuclear (1,5%) < familia no nuclear (5,1%)
Problemas exteriorizados		Familia nuclear (3,8%) < familia no nuclear (10,2%)
Problemas afectivos		Familia nuclear (4,1%) < familia no nuclear (8,1%)
Problemas de déficit de atención/hiperactividad		Familia nuclear (0,2%) < familia no nuclear (3,0%)
Problemas de negativismo desafiante		Familia nuclear (1,5%) < familia no nuclear (5,5%)
Problemas de estrés postraumático		Familia nuclear (1,5%) < familia no nuclear (4,7%)
Tempo cognitivo lento		Familia nuclear (1,3%) < familia no nuclear (4,2%)
<u>Tipo de colegio</u>		
6 a 11 años	Conducta agresiva	Colegio privado (0,0%) < colegio público (2,4%)
	Problemas interiorizados	Colegio privado (4,8%) < colegio público (8,3%)
	Problemas exteriorizados	Colegio privado (0,5%) < colegio público (6,4%)
	Total problemas	Colegio privado (1,9%) < colegio público (6,4%)
	Problemas afectivos	Colegio privado (0,5%) < colegio público (3,1%)
	Problemas de ansiedad	Colegio privado (5,8%) < colegio público (10,5%)
	Problemas somáticos	Colegio privado (1,4%) < colegio público (5,2%)
	Problemas de conducta	Colegio privado (0,0%) < colegio público (2,8%)
12 a 18 años	Quejas somáticas	Colegio privado (1,2%) < colegio público (4,1%)
	Problemas de pensamiento	Colegio privado (2,4%) < colegio público (7,7%)
	Problemas interiorizados	Colegio privado (5,3%) < colegio público (10,8%)
	Total problemas	Colegio privado (5,3%) < colegio público (9,7%)
	Problemas afectivos	Colegio privado (1,8%) < colegio público (6,5%)

<b>Escalas</b>		<b>Prevalencia</b>
	Problemas de ansiedad	Colegio privado (10,6%) < colegio público (19,6%)
	Problemas somáticos	Colegio privado (0,6%) < colegio público (6,4%)
<u>Grupo étnico</u>		
12 a 18 años	Quejas somáticos	Mestizo (4,6%) < otros (9,5%)
	Problemas interiorizados	Mestizo (8,9%) < otros (15,6%)
	Problemas exteriorizados	Mestizo (6,2%) > otros (3,1%)
	Problemas de ansiedad	Mestizo (16,4%) < otros (28,1%)

### **4.3.2 Prevalencia de problemas psicológicos en niños y adolescentes de 12 a 18 años a partir de la información recolectada en los cuestionarios YSR/11-18**

#### **4.3.2.1 Prevalencia por género**

En la Tabla 42 se pueden ver las prevalencias de problemas psicológicos en niños y niñas de 12 a 18 años a partir de la información recolectada en los cuestionarios YSR/11-18.

En los niños, la prevalencia más alta de problemas de nivel clínico en las escalas empíricas (rango de 0,6 a 4,8%) fue en problemas de pensamiento (4,8%), quejas somáticas (4,8%) y retraído/deprimido (3,3%); en las de segundo orden (rango de 3,6 a 11,2%) fue en interiorizado (11,2%). En las escalas DSM-5 (rango de 1,5 a 11,8%), los valores más altos fueron en problemas de ansiedad (11,8%) y problemas somáticos (6,7%). En las escalas 2007 (rango de 3,6 a 6,4%), la prevalencia más alta fue en cualidades positivas (6,4%).

En las niñas, la prevalencia más alta de problemas de nivel clínico en las escalas empíricas (rango de 1,3 a 7,3%) fue en quejas somáticas (7,3%), ansioso/deprimido (4,1%) y problemas de pensamiento (2,8%); en las de segundo orden (rango 5,7 a 12,6%) fue en interiorizado (12,6%). En las escalas DSM-5 (rango 1,3 a 15,8%), el valor más alto fue en problemas de ansiedad (15,8%), problemas somáticos (6,6%) y problemas afectivos (4,7%). En las escalas 2007 (rango de 4,4 a 8,8%), la prevalencia más alta fue en cualidades positivas (8,8%).

La prevalencia de problemas subclínicos en los niños osciló entre 0,9 y 10,6% en las escalas empíricas, 9,4% en las dos escalas de segundo orden, 0,9 y 14,2% en las escalas DSM-5 y 3,6 y 6,4% en las escalas 2007. En las niñas los rangos fueron de 0,9 a 7,6% en las escalas empíricas, 7,5 a 14,8% en las de segundo orden, 1,3 a 9,8% en las escalas DSM-5 y 2,8 a 13,8% en las escalas 2007.

Los niños obtuvieron una prevalencia más alta que las niñas en retraído/deprimido y problemas de conducta, mientras que las niñas tuvieron una prevalencia más alta en problemas de ansiedad y cualidades positivas.

#### **4.3.2.2. Prevalencia por tipo de familia**

En la Tabla 43 se puede ver la prevalencia de problemas psicológicos por tipo de familia (nuclear/no nuclear).

Tabla 42

Prevalencia de problemas psicológicos de niños y adolescentes de 12 a 18 años del YSR/11-18 por género

	<i>N</i>	Normal % (IC-95%)	Niños Subclínico % (IC-95%)	Clínico % (IC-95%)	<i>N</i>	Normal % (IC-95%)	Niñas Subclínico % (IC-95%)	Clínico % (IC-95%)	<i>p</i>
<i>Escalas Empíricas</i>									
Ansioso/deprimido	330	93,3 (90,1-95,6)	3,6 (2,1-6,2)	3,0 (1,7-5,5)	318	92,1 (88,7-94,6)	3,8 (2,2-6,5)	4,1 (2,4-6,9)	,762
Retraído/deprimido	330	94,8 (91,9-96,8)	1,8 (0,8-3,9)	3,3 (1,9-5,9)	318	91,8 (88,3-94,4)	6,0 (3,9-9,1)	2,2 (1,1-4,5)	<b>,017</b>
Quejas somáticas	330	84,5 (80,3-88,0)	10,6 (7,7-14,4)	4,8 (3,0-7,7)	316	85,1 (80,8-88,6)	7,6 (5,2-11,1)	7,3 (4,9-10,7)	,203
Problemas sociales	330	93,9 (90,8-96,0)	3,9 (2,3-6,6)	2,1 (1,0-4,3)	317	95,6 (92,7-97,4)	2,2 (1,1-4,5)	2,2 (1,1-4,5)	,445
Problemas de pensamiento	330	89,4 (85,6-92,3)	5,8 (3,7-8,8)	4,8 (3,0-7,7)	317	90,2 (86,5-93,0)	6,9 (4,6-10,3)	2,8 (1,5-5,3)	,357
Problemas de atención	330	97,6 (95,3-98,8)	1,2 (0,5-3,1)	1,2 (0,5-3,1)	318	97,2 (94,7-98,5)	1,6 (0,7-3,6)	1,3 (0,5-3,2)	,925
Conducta de romper normas	330	98,5 (96,5-99,4)	0,9 (0,3-2,6)	0,6 (0,2-2,2)	317	99,1 (97,3-99,7)	0,9 (0,3-2,7)	0,0 (0,0-1,2)	,381
Conducta agresiva	330	92,7 (89,4-95,1)	5,2 (3,2-8,1)	2,1 (1,0-4,3)	318	93,4 (90,1-95,6)	4,4 (2,6-7,3)	2,2 (1,1-4,5)	,904
Interiorizados	330	79,4 (74,7-83,4)	9,4 (6,7-13,0)	11,2 (8,2-15,1)	318	72,6 (67,5-77,2)	14,8 (11,3-19,1)	12,6 (9,4-16,7)	,077
Exteriorizados	330	87,0 (82,9-90,2)	9,4 (6,7-13,0)	3,6 (2,1-6,2)	318	86,8 (82,6-90,1)	7,5 (5,1-11,0)	5,7 (3,6-8,8)	,353
Total problemas	330	61,8 (56,5-66,9)	17,3 (13,6-21,7)	20,9 (16,9-25,6)	318	67,9 (62,6-72,8)	11,0 (8,0-14,9)	21,1 (16,9-25,9)	,067
<i>Escalas DSM-5</i>									
Problemas afectivos	330	93,6 (90,5-95,8)	4,2 (2,5-7,0)	2,1 (1,0-4,3)	318	92,8 (89,4-95,1)	2,5 (1,3-4,9)	4,7 (2,9-7,6)	,098
Problemas de ansiedad	330	73,9 (68,9-78,4)	14,2 (10,9-18,4)	11,8 (8,8-15,7)	317	78,9 (74,0-83,0)	5,4 (3,4-8,4)	15,8 (12,2-20,2)	<b>,001</b>
Problemas somáticos	330	87,3 (83,2-90,4)	6,1 (4,0-9,2)	6,7 (4,4-9,9)	316	84,5 (80,1-88,1)	8,9 (6,2-12,5)	6,6 (4,4-9,9)	,397
Problemas de déficit de atención/hiperactividad	330	97,3 (94,9-98,6)	0,9 (0,3-2,6)	1,8 (0,8-3,9)	318	96,2 (93,5-97,8)	1,3 (0,5-3,2)	2,5 (1,3-4,9)	,754
Problemas de negativismo desafiante	330	94,5 (91,5-96,5)	3,9 (2,3-6,6)	1,5 (0,6-3,5)	318	94,0 (90,9-96,1)	3,5 (1,9-6,1)	2,5 (1,3-4,9)	,633
Problemas de conducta	330	96,1 (93,4-97,7)	2,4 (1,2-4,7)	1,5 (0,6-3,5)	317	89,0 (85,0-92,0)	9,8 (7,0-13,5)	1,3 (0,5-3,2)	<b>,001</b>
<i>Escalas 2007</i>									
Problemas obsesivo-compulsivos	330	92,7 (89,4-95,1)	3,6 (2,1-6,2)	3,6 (2,1-6,2)	318	88,7 (84,7-91,7)	6,3 (4,1-9,5)	5,0 (3,1-8,0)	,189
Problemas estrés postraumático	330	91,2 (87,7-93,8)	5,2 (3,2-8,1)	3,6 (2,1-6,2)	318	92,8 (89,4-95,1)	2,8 (1,5-5,3)	4,4 (2,6-7,3)	,293
Cualidades positivas	330	87,3 (83,2-90,4)	6,4 (4,2-9,5)	6,4 (4,2-9,5)	319	77,4 (72,5-81,7)	13,8 (10,4-18,0)	8,8 (6,1-12,4)	<b>,002</b>

Nota: IC = Intervalo de confianza

En negrita: Escalas con diferencias estadísticamente significativas según el género ( $p < ,05$ )

Tabla 43

Prevalencia de problemas psicológicos en niños y adolescentes de 12 a 18 años de YSR por tipo de familia

Escala	Familia nuclear			Familia no nuclear			<i>p</i>		
	<i>N</i>	Normal %	Subclínico %	Clínico %	<i>N</i>	Normal %		Subclínico %	Clínico %
<i>Escalas Empíricas</i>									
Ansioso/deprimido	219	94,9	2,6	2,6	429	88,6	5,9	5,5	<b>,014</b>
Retraído/deprimido	218	94,0	3,3	2,8	430	92,2	5,0	2,8	,535
Quejas somáticas	218	85,5	9,3	5,1	428	83,5	8,7	7,8	,402
Problemas sociales	218	94,2	3,7	2,1	429	95,9	1,8	2,3	,417
Problemas de pensamiento	218	90,7	5,4	4,0	429	88,1	8,3	3,7	,358
Problemas de atención	219	98,6	1,2	0,2	429	95,0	1,8	3,2	<b>,004</b>
Conducta de romper normas	218	98,6	1,2	0,2	429	99,1	0,5	0,5	,600
Conducta agresiva	219	94,4	4,4	1,2	429	90,4	5,5	4,1	<b>,041</b>
Interiorizados	219	78,6	11,4	10,0	429	71,2	13,2	15,5	,078
Exteriorizados	219	88,3	8,2	3,5	429	84,0	9,1	6,8	,136
Total problemas	219	67,8	13,5	18,6	429	58,9	15,5	25,6	,064
<i>Escalas DSM-5</i>									
Problemas afectivos	219	94,2	3,3	2,6	429	91,3	3,7	5,0	,250
Problemas de ansiedad	219	77,3	11,4	11,2	428	74,4	6,8	18,7	<b>,010</b>
Problemas somáticos	218	86,2	6,3	7,5	428	85,3	9,6	5,0	,179
Problemas de déficit de atención/hiperactividad	219	98,8	0,5	0,7	429	92,7	2,3	5,0	<b>,001</b>
Problemas de negativismo desafiante	219	95,1	4,0	0,9	429	92,7	3,2	4,1	<b>,022</b>
Problemas de conducta	218	93,9	4,4	1,6	429	89,9	9,2	0,9	<b>,045</b>
<i>Escalas 2007</i>									
Problemas obsesivo-compulsivos	219	93,5	3,7	2,8	429	85,4	7,3	7,3	<b>,003</b>
Problemas estrés postraumático	219	94,4	2,8	2,8	429	87,2	6,4	6,4	<b>,006</b>
Cualidades positivas	219	81,2	11,6	7,2	430	84,9	6,8	8,2	,153

En negrita: Escalas con diferencias estadísticamente significativas según el tipo de familia ( $p < ,05$ )

En niños de una familia nuclear, la prevalencia más alta de problemas de nivel clínico en las escalas empíricas (rango de 0,2 a 5,1%) fue en quejas somáticas (5,1%) y problemas de pensamiento (4,0%); en las de segundo orden (rango de 3,5 a 10,0%) fue en interiorizado (10,0%). En las escalas DSM-5 (rango de 0,7 a 11,2%), los valores más altos fueron en problemas de ansiedad (11,2%) y problemas somáticos (7,5%). En las escalas 2007 (rango de 2,8 a 7,2%), la prevalencia más alta fue en cualidades positivas (7,2%).

En niños de una familia no nuclear, la prevalencia más alta de problemas de nivel clínico en las escalas empíricas (rango de 0,5 a 7,8%) fue en quejas somáticas (7,8%) y ansioso/deprimido (5,5%); en las de segundo orden (rango de 6,8 a 15,5%) fue en interiorizado (15,5%). En las escalas DSM-5 (rango de 0,9 a 18,7%), los valores más altos fueron en problemas de ansiedad (18,7%). En las escalas 2007 (rango de 6,4 a 8,2%), la prevalencia más alta fue en cualidades positivas (8,2%).

La prevalencia de problemas subclínicos en los niños de familia nuclear osciló entre 1,2 y 9,3% en las escalas empíricas, 8,2 y 11,4% en las de segundo orden, 0,5 y 11,4% en las escalas DSM-5 y 2,8 y 11,6% en las escalas 2007. En los niños de familia no nuclear los rangos fueron de 0,5 a 8,7% en las escalas empíricas, 9,1 a 13,2% en las de segundo orden, 2,3 a 9,6% en las escalas DSM-5 y 6,4 a 7,3% en las escalas 2007.

Los niños de familia nuclear obtuvieron una prevalencia más alta en problemas de conducta, mientras que los niños de familia no nuclear tuvieron una prevalencia más alta en ansioso/deprimido, problemas de atención, conducta agresiva, problemas de ansiedad, problemas de déficit de atención/hiperactividad, problemas de negativismo desafiante, problemas obsesivo-compulsivos y problemas de estrés postraumático.

#### **4.3.2.3 Prevalencia por tipo de colegio**

En la Tabla 44 se puede ver la prevalencia de problemas psicológicos según el tipo de colegios al que asisten los niños.

En los niños que asisten a un colegio privado, la prevalencia más alta de problemas de nivel clínico en las escalas empíricas (rango de 1,3 a 5,8%) fue en ansioso/deprimido (5,8%) y problemas de pensamiento (4,5%); en las de segundo orden (rango de 3,9 a 14,8%) fue en interiorizado (14,8%). En las escalas DSM-5

Tabla 44

*Prevalencia de problemas psicológicos en niños y adolescentes de 12 a 18 años de YSR por tipo de colegio*

Escala	Colegio privado			Colegio público			<i>p</i>		
	<i>N</i>	Normal %	Subclínico %	Clínico %	<i>N</i>	Normal %		Subclínico %	Clínico %
<i>Escalas Empíricas</i>									
Ansioso/deprimido	155	90,3	3,9	5,8	493	93,5	3,7	2,8	,216
Retraído/deprimido	155	92,9	3,9	3,2	493	93,5	3,9	2,6	,927
Quejas somáticas	155	81,3	14,8	3,9	491	85,9	7,3	6,7	<b>,010</b>
Problemas sociales	155	91,6	4,5	3,9	492	95,7	2,6	1,6	,117
Problemas de pensamiento	155	89,0	6,5	4,5	492	90,0	6,3	3,7	,886
Problemas de atención	155	98,1	0,6	1,3	493	97,2	1,6	1,2	,662
Conducta de romper normas	155	100,0	0,0	0,0	492	98,4	1,2	0,4	,279
Conducta agresiva	155	91,6	5,8	2,6	493	93,5	4,5	2,0	,720
Interiorizados	155	69,7	15,5	14,8	493	78,1	11,0	11,0	,100
Exteriorizados	155	85,8	10,3	3,9	493	87,2	7,9	4,9	,580
Total problemas	155	52,9	20,6	26,5	493	68,6	12,2	19,3	<b>,001</b>
<i>Escalas DSM-5</i>									
Problemas afectivos	155	90,3	6,5	3,2	493	94,1	2,4	3,4	,055
Problemas de ansiedad	155	65,8	13,5	20,6	492	79,7	8,7	11,6	<b>,002</b>
Problemas somáticos	155	83,2	11,0	5,8	491	86,8	6,3	6,9	,148
Problemas de déficit de atención/hiperactividad	155	96,1	1,3	2,6	493	97,0	1,0	2,0	,879
Problemas de negativismo desafiante	155	92,9	4,5	2,6	493	94,7	3,4	1,8	,691
Problemas de conducta	155	94,8	4,5	0,6	492	91,9	6,5	1,6	,427
<i>Escalas 2007</i>									
Problemas obsesivo- compulsivos	155	85,8	7,7	6,5	493	92,3	4,1	3,7	,052
Problemas estrés postraumático	155	89,0	4,5	6,5	493	92,9	3,9	3,2	,188
Cualidades positivas	155	91,6	5,8	2,6	494	79,6	11,3	9,1	<b>,002</b>

En negrita: Escalas con diferencias estadísticamente significativas según el tipo de colegio ( $p < ,05$ )



(rango de 0,6 a 20,6%), los valores más altos fueron en problemas de ansiedad (20,6%). En las escalas 2007 (rango de 2,6 a 6,5%), la prevalencia más alta fue en problemas obsesivo-compulsivos (6,5%) y problemas de estrés postraumáticos (6,5%).

En los niños que asisten a un colegio público, la prevalencia más alta de problemas de nivel clínico en las escalas empíricas (rango de 0,4 a 6,7%) fue en quejas somáticas (6,7%); en las de segundo orden (rango de 4,9 a 11,0%) fue en interiorizado (11,0%). En las escalas DSM-5 (rango de 1,6 a 11,6%), los valores más altos fueron en problemas de ansiedad (11,6%) y problemas somáticos (6,9%). En las escalas 2007 (rango de 3,2 a 9,1%), la prevalencia más alta fue en cualidades positivas (9,1%).

La prevalencia de problemas subclínicos en los niños que asisten a un colegio privado osciló entre 0,6 y 14,8% en las escalas empíricas, 10,3 y 15,5% en las de segundo orden, 1,3 y 13,5% en las escalas DSM-5 y 4,5 y 7,7% en las escalas 2007. En los niños que asisten a colegios públicos, los rangos fueron de 1,2 a 7,3% en las escalas empíricas, 7,9 a 11,0% en las de segundo orden, 1,0 a 8,7% en las escalas DSM-5 y 3,9 a 11,3% en las escalas 2007.

Los niños que asisten a un colegio privado obtuvieron una prevalencia más alta en total problemas y problemas de ansiedad, mientras que los niños que asisten a un colegio público obtuvieron una prevalencia más alta en quejas somáticas y cualidades positivas.

#### **4.3.2.4 Prevalencia por grupo étnico**

En la Tabla 45 se puede ver la prevalencia de problemas psicológicos por grupo étnico. En los niños de etnia mestiza la prevalencia más alta de problemas de nivel clínico en las escalas empíricas (rango de 0,3 a 6,0%) fue en quejas somáticas (6,0%), problemas de pensamiento (3,9%) y ansioso/deprimido (3,6%); en las de segundo orden (rango de 4,6 a 11,9%) fue en interiorizado (11,9%). En las escalas DSM-5 (rango de 1,5 a 14,0%), los valores más altos fueron en problemas de ansiedad (14,0%) y problemas somáticos (6,3%). En las escalas 2007 (rango de 3,9 a 7,0%), la prevalencia más alta fue en cualidades positivas (7,0%).

En niños de otros grupos étnicos la prevalencia más alta de nivel clínico en las escalas empíricas (rango 1,7 a 6,7%) fue en quejas somáticas (6,7%), ansioso/deprimido (3,3%) y problemas de pensamiento (3,3%); en las de segundo

Tabla 45

Prevalencia de problemas psicológicos en niños y adolescentes de 12 a 18 años del YSR por grupo étnico

Escala	Mestizo				Otros				p
	N	Normal %	Subclínico %	Clínico %	N	Normal %	Subclínico %	Clínico %	
<u>Escalas Empíricas</u>									
Ansioso/deprimido	587	92,8	3,6	3,6	61	91,8	4,9	3,3	,866
Retraído/deprimido	588	93,0	4,1	2,9	60	96,7	1,7	1,7	,550
Quejas somáticas	586	85,7	8,4	6,0	60	76,7	16,7	6,7	,097
Problemas sociales	587	94,7	3,1	2,2	60	95,0	3,3	1,7	,957
Problemas de pensamiento	587	89,4	6,6	3,9	60	93,3	3,3	3,3	,582
Problemas de atención	587	97,3	1,4	1,4	61	98,4	1,6	0,0	,648
Conducta de romper normas	587	98,6	1,0	0,3	60	100,0	0,0	0,0	,661
Conducta agresiva	587	93,2	4,9	1,9	61	91,8	3,3	4,9	,259
Interiorizados	587	75,8	12,3	11,9	61	78,7	9,8	11,5	,843
Exteriorizados	587	86,9	8,5	4,6	61	86,9	8,2	4,9	,991
Total problemas	587	64,4	14,3	21,3	61	68,9	13,1	18,0	,777
<u>Escalas DSM-5</u>									
Problemas afectivos	587	93,2	3,4	3,4	61	93,4	3,3	3,3	,997
Problemas de ansiedad	586	76,3	9,7	14,0	61	77,0	11,5	11,5	,807
Problemas somáticos	586	86,5	7,2	6,3	60	80,0	10,0	10,0	,374
Problemas de déficit de atención/hiperactividad	587	96,6	1,2	2,2	61	98,4	0,0	1,6	,660
Problemas de negativismo desafiante	587	94,2	3,7	2,0	61	95,1	3,3	1,6	,960
Problemas de conducta	587	92,3	6,1	1,5	60	95,0	5,0	0,0	,583
<u>Escalas 2007</u>									
Problemas obsesivo-compulsivos	587	90,8	4,9	4,3	61	90,2	4,9	4,9	,971
Problemas estrés postraumático	587	92,0	4,1	3,9	61	91,8	3,3	4,9	,892
Cualidades positivas	588	83,7	9,4	7,0	61	70,5	16,4	13,1	<b>,036</b>

En negrita: Escala con diferencia estadísticamente significativa según el grupo étnico ( $p < ,05$ ).

orden (rango 4,9 a 11,5%) fue en interiorizado (11,5%). En las escalas DSM-5 (rango 1,6 a 11,5%), los valores más altos fueron en problemas de ansiedad (11,5%), problemas somáticos (10,0%) y problemas afectivos (3,3%). En las escalas-2007 (rango 4,9 a 13,1%), la prevalencia más alta fue en cualidades positivas.

La prevalencia de problemas subclínicos en los niños de etnia mestiza osciló entre 1,0 y 8,4% en las escalas empíricas, 8,5 y 12,3% en las de segundo orden, 1,2 y 9,7% en las escalas DSM-5 y 4,1 y 9,4% en las escalas 2007. En los niños de otros grupos étnicos, los rangos fueron de 1,7 a 6,7% en las escalas empíricas, 8,2 a 9,8% en las de segundo orden, 3,3 a 11,5% en las escalas DSM-5 y 3,3 a 16,4% en las escalas 2007.

Los niños de otros grupos étnicos (blancos, indígenas, afroecuatorianos, montubios y otros) obtuvieron una prevalencia más alta que los niños de etnia mestiza en cualidades positivas.

#### **4.3.2.5. Síntesis de la prevalencia de problemas psicológicos a partir de la información recolectada por el cuestionario YSR/11-18**

En Quito, en niños y niñas se encontró una prevalencia de problemas psicológicos de 0,6% (conducta de romper normas) a 15,8% (problemas de ansiedad). Los problemas de ansiedad (15,8%) obtuvieron la prevalencia más alta. En los niños, la prevalencia más alta fue en problemas de ansiedad (11,8%), problemas interiorizados (11,2%) y cualidades positivas (6,4%), mientras que en las niñas fue en problemas de ansiedad (15,8%), problemas interiorizados (12,6%), cualidades positivas (8,8%) y quejas somáticas (7,2%).

Los niños obtuvieron prevalencias más altas en problemas emocionales y conductuales en problemas retraído/deprimido (3,3%) y problemas de conducta (1,5%), mientras que las niñas obtuvieron prevalencias más altas en problemas de ansiedad (11,8%) y cualidades positivas (8,8%).

En las Tablas 46A-46D están las prevalencias más altas y más bajas encontradas en el YSR/11-18, según género, edad, tipo de familia, tipo de colegio y grupo étnico. En la Tabla 47 están las diferencias de la prevalencia en función al género, la edad, el tipo de familia, el tipo de colegio y el grupo étnico.

Tabla 46A

*Prevalencias más altas y bajas del YSR/11-18 por género*

Escalas	Nivel clínico	
	Niños 12 a 18 años	Niñas 12 a 18 años
<u>Empíricas 1er orden</u>		
Más alta	Quejas somáticas (4,8%) Problemas de pensamiento (4,8%)	Quejas somáticas (7,2%)
Más baja	Conducta de romper normas (0,6%)	Problemas de atención (1,3%)
<u>Escalas empíricas 2do orden</u>		
Más alta	Interiorizado (11,2%)	Interiorizado (12,6%)
Más baja	Exteriorizado (3,6%)	Exteriorizado (5,7%)
<u>Escalas DSM</u>		
Más alta	Problemas de ansiedad (11,8%)	Problemas de ansiedad (15,8%)
Más baja	Problemas de negativismo desafiante (1,5%) Problemas de conducta (1,5%)	Problemas de conducta (1,3%)
<u>Escalas 2007</u>		
Más alta	Cualidades positivas (6,4%)	Cualidades positivas (8,8%)
Más baja	Problemas obsesivo-compulsivos (3,6%) Problemas de estrés postraumático (3,6%)	Problemas de estrés postraumático (4,4%)
<u>Total problemas</u>	(20,9%)	(21,1%)

Tabla 46B

*Prevalencias más altas y bajas del YSR/11-18 por tipo de familia*

Escalas	Nivel clínico	
	Familia nuclear	Familia no nuclear
<u>Empíricas 1er orden</u>		
Más alta	Quejas somáticas (5,1%)	Quejas somáticas (7,8%)
Más baja	Conducta de romper normas (0,2%)	Conducta de romper normas (0,5%)
<u>Escalas empíricas 2do orden</u>		
Más alta	Interiorizado (10,0%)	Interiorizado (15,5%)
Más baja	Exteriorizado (3,5%)	Exteriorizado (6,8%)
<u>Escalas DSM</u>		
Más alta	Problemas de ansiedad (11,2%)	Problemas de ansiedad (18,7%)
Más baja	Problemas de déficit de atención/hiperactividad (0,7%)	Problemas de conducta (0,9%)
<u>Escalas 2007</u>		
Más alta	Cualidades positivas (7,2%)	Cualidades positivas (8,2%)
Más baja	Problemas obsesivo-compulsivos (2,8%) Problemas de estrés postraumático (2,8%)	Problemas de estrés postraumático (6,4%)
<u>Total problemas</u>	(18,6%)	(25,6%)

Tabla 46C

*Prevalencias más altas y bajas del YSR/11-18 por tipo de colegios*

Escalas	Nivel clínico	
	Colegio privado	Colegio público
<u>Empíricas 1er orden</u>		
Más alta	Ansioso/deprimido (5,8%)	Quejas somáticas (6,7%)
Más baja	Problemas de atención (1,3%)	Conducta de romper normas (0,4%)
<u>Escalas empíricas 2do orden problemas</u>		
Más alta	Interiorizado (14,8%)	Interiorizado (11,0%)
Más baja	Exteriorizado (3,9%)	Exteriorizado (4,9%)
<u>Escalas DSM</u>		
Más alta	Problemas de ansiedad (20,6%)	Problemas de ansiedad (11,6%)
Más baja	Problemas de conducta (0,6%)	Problemas de conducta (1,6%)
<u>Escalas 2007</u>		
Más alta	Problemas obsesivo-compulsivos (6,5%) Problemas de estrés postraumático (6,5%)	Cualidades positivas (9,1%)
Más baja	Cualidades positivas (2,6%)	Problemas de estrés postraumático (3,2%)
<u>Total problemas</u>	(26,5%)	(19,3%)

Tabla 46D

*Prevalencias más altas y bajas del YSR/11-18 por grupo étnico*

Escalas	Nivel clínico	
	Mestizo	Otros
<u>Empíricas 1er orden</u>		
Más alta	Quejas somáticas (6,0%)	Quejas somáticas (6,7%)
Más baja	Conducta de romper normas (0,3%)	Problemas sociales (1,7%)
<u>Escalas empíricas 2do orden problemas</u>		
Más alta	Interiorizado (11,9%)	Interiorizado (11,5%)
Más baja	Exteriorizado (4,6%)	Exteriorizado (4,9%)
<u>Escalas DSM</u>		
Más alta	Problemas de ansiedad (14,0%)	Problemas de ansiedad (11,5%)
Más baja	Problemas de conducta (1,5%)	Problemas de déficit de atención/hiperactividad Problemas de negativismo desafiante (1,6%)
<u>Escalas 2007</u>		
Más alta	Cualidades positivas (7,0%)	Cualidades positivas (13,1%) Problemas obsesivo-compulsivos (4,9%)
Más baja	Problemas de estrés postraumático (3,9%)	Problemas de estrés postraumático (4,9%)
<u>Total problemas</u>	(213%)	(18,0%)



Tabla 47

*Diferencias de la prevalencia en función al género, tipo de familia, tipo de colegio y grupo étnico del cuestionario YSR/11-18*

Edad	Escalas	Prevalencia
<u>Género</u>		
	Retraído/deprimido	Niños (3,3%) > niñas (2,2%)
	Problemas de ansiedad	Niños (11,8%) < niñas (15,8%)
	Problemas de conducta	Niños (1,5%) > niñas (1,3%)
	Cualidades positivas	Niños (6,4%) < niñas (8,8%)
<u>Tipo de familia</u>		
	Ansioso/deprimido	Familia nuclear (2,6%) < familia no nuclear (5,5%)
	Problemas de atención	Familia nuclear (0,2%) < familia no nuclear (3,2%)
	Conducta agresiva	Familia nuclear (1,2%) < familia no nuclear (4,1%)
	Problemas de ansiedad	Familia nuclear (11,2%) < familia no nuclear (18,7%)
	Problemas de déficit de atención/hiperactividad	Familia nuclear (0,7%) < familia no nuclear (5,0%)
	Problemas de negativismo desafiante	Familia nuclear (0,9%) < familia no nuclear (4,1%)
	Problemas de conducta	Familia nuclear (1,6%) > familia no nuclear (0,9%)
	Problemas obsesivo-compulsivos	Familia nuclear (2,8%) < familia no nuclear (7,3%)
	Problemas de estrés postraumático	Familia nuclear (2,8%) < familia no nuclear (6,4%)
<u>Tipo de colegio</u>		
	Quejas somáticas	Colegio privado (3,9%) < colegio público (6,7%)
	Total problemas	Colegio privado (26,5%) > colegio público (19,3%)
	Problemas de ansiedad	Colegio privado (20,6%) > colegio público (11,6%)
	Cualidades positivas	Colegio privado (2,6%) < colegio público (9,1%)
<u>Grupo étnico</u>		
	Cualidades positivas	Mestizo (7,0%) < otros (13,1%)

#### **4.4 Asociación entre las variables sociodemográficas y los problemas emocionales y conductuales**

##### **4.4.1 Asociación entre las variables sociodemográficas y problemas emocionales y conductuales en el cuestionario CBCL/6-18**

Se utilizaron modelos de regresión lineal para estudiar la asociación de variables sociodemográficas y problemas psicológicos (Tabla 48). Pertenecer a una familia no nuclear, asistir a un colegio público y tener mayor edad se asoció significativamente con puntuaciones más altas en la mayoría de las escalas. Además, ser de otro grupo étnico (no mestizo) se asoció a un mayor puntaje en quejas somáticas y problemas somáticos; tener un nivel socioeconómico más bajo se asoció con problemas sociales, problemas afectivos y problemas de conducta; ser de género femenino se asoció con problemas ansioso/deprimido, quejas somáticas, problemas afectivos y problemas somáticos, y ser de género masculino se asoció con problemas de atención y problemas de déficit de atención/hiperactividad.

Tabla 48

*Asociación entre las variables sociodemográficas y problemas emocionales/conductuales encontrados en el cuestionario CBCL/6-18*

Variables Sociodemográficas	Ansioso/deprimido							Retraído/deprimido							Quejas Somáticas						
	95% IC					Total R <sup>2</sup>	p	95% IC					Total R <sup>2</sup>	p	95% IC					Total R <sup>2</sup>	p
	B	I	S	β	p			B	I	S	β	p			B	I	S	β	p		
Familia nuclear	-0,82	-1,27	-0,37	-,10	<,001	,024	<,001	-0,55	-0,86	-0,24	-,09	<,001	,067	<,001	-0,23	-0,58	0,13	-,03	,210	,047	<,001
Mestizo	0,06	-0,57	0,69	,01	,851			-0,10	-0,54	0,33	-,01	,642			-0,61	-1,11	-0,11	-,06	,017		
Colegio privado	-0,60	-1,13	-0,08	-,07	<b>,025</b>			-0,59	-0,95	-0,23	-,10	<b>,001</b>			-0,58	-1,00	-0,17	-,08	<b>,006</b>		
<sup>1</sup> Nivel socioeconómico																					
Alto	-0,27	-0,86	0,33	-,03	,378			-0,40	-0,80	0,01	-,06	,058			-0,38	-0,85	0,09	-,05	,111		
Medio	-0,08	-0,58	0,42	-,01	,747			-0,04	-0,39	0,30	-,01	,802			-0,26	-0,66	0,13	-,04	,191		
Género femenino	0,57	0,15	0,98	,07	<b>,007</b>			0,12	-0,17	0,40	,02	,417			0,59	0,26	0,92	,09	<,001		
Edad (en años)	0,08	0,02	0,14	,07	<b>,014</b>			0,16	0,11	0,20	,20	<,001			0,13	0,08	0,18	,15	<,001		

Variables Sociodemográficas	Problemas sociales							Problemas de pensamiento							Problemas de atención						
	95% IC					Total R <sup>2</sup>	p	95% IC					Total R <sup>2</sup>	p	95% IC					Total R <sup>2</sup>	p
	B	I	S	β	p			B	I	S	β	p			B	I	S	β	p		
Familia nuclear	-0,52	-0,87	-0,17	-,08	<b>,004</b>	,027	<,001	-0,49	-0,83	-0,15	-,08	<b>,004</b>	,032	<,001	-0,13	-1,57	-0,69	-,14	<,001	,031	<,001
Mestizo	-0,30	-0,80	0,19	-,03	,230			-0,35	-0,83	0,12	-,04	,145			-0,24	-0,86	0,38	-,02	,450		
Colegio privado	-0,52	-0,94	-0,11	-,08	<b>,013</b>			-0,39	-0,79	0,00	-,06	,051			-0,70	-1,22	-0,19	-,08	<b>,008</b>		
<sup>1</sup> Nivel socioeconómico																					
Alto	-0,71	-1,18	-,024	-,10	<b>,003</b>			-0,23	-0,68	0,22	-,03	,314			-0,12	-0,71	0,46	-,01	,680		
Medio	0,01	-0,38	0,40	,01	,974			-0,08	-0,46	0,29	-,01	,669			0,14	-0,35	0,63	,02	,570		
Género femenino	0,21	-0,12	0,53	,03	,213			-0,05	-0,36	0,27	-,01	,767			-0,54	-0,94	-0,13	-,07	<b>,010</b>		
Edad (en años)	0,02	-0,03	0,07	,02	,429			0,12	0,08	0,17	,15	<,001			0,06	0,01	0,12	,05	,068		

Variables Sociodemográficas	Conducta de romper normas							Conducta agresiva							Otros problemas						
	95% IC					Total R <sup>2</sup>	p	95% IC					Total R <sup>2</sup>	p	95% IC					Total R <sup>2</sup>	p
	B	I	S	β	p			B	I	S	β	p			B	I	S	β	p		
Familia nuclear	-0,78	-1,10	-0,46	-,13	<,001	,069	<,001	-1,37	-2,00	-0,75	-,12	<,001	,025	<,001	-0,70	-1,07	-0,32	-,10	<,001	,019	<,001
Mestizo	-0,08	-0,53	0,37	-,01	,718			0,16	-0,73	1,04	,01	,724			-0,09	-0,62	0,44	-,01	,749		
Colegio privado	-0,56	-0,94	-0,19	-,09	<b>,003</b>			-1,08	-1,81	-0,34	-,09	<b>,004</b>			-0,60	-1,04	-0,16	-,08	<b>,008</b>		
<sup>1</sup> Nivel socioeconómico																					
Alto	-0,57	-1,00	-0,14	-,08	<b>,009</b>			-0,40	-1,24	0,43	-,03	,345			-0,23	-0,73	0,27	-,03	,371		
Medio	-0,02	-0,38	0,33	,01	,894			0,18	-0,52	0,87	,01	,623			-0,07	-0,49	0,35	-,01	,756		
Género femenino	-0,23	-0,52	0,07	-,04	,137			0,09	-0,50	0,67	,01	,769			-0,14	-0,49	0,21	-,02	,420		
Edad (en años)	0,15	0,10	0,19	,18	<,001			0,08	-0,01	0,16	,05	<b>,075</b>			0,05	0,01	0,10	,05	<b>,065</b>		

Variables sociodemográficas	DSM Problemas afectivos							DSM Problemas de ansiedad							DSM Problemas somáticos						
	95% IC					Total R <sup>2</sup>	p	95% IC					Total R <sup>2</sup>	p	95% IC					Total R <sup>2</sup>	p
	B	I	S	β	p			B	I	S	β	p			B	I	S	β	p		
Familia nuclear	-0,53	-0,91	-0,15	-,07	<b>,007</b>	,069	<,001	-0,45	-0,81	-0,10	-,07	<b>,011</b>	,016	<,001	-0,12	-0,37	0,12	-,03	,311	,041	<,001
Mestizo	-0,26	-0,80	0,28	-,03	,337			-0,14	-0,64	0,36	-,02	,577			-0,51	-0,85	-0,16	-,08	<b>,004</b>		
Colegio privado	-0,87	-1,32	-0,42	-,11	<,001			-0,56	-0,97	-0,15	-,08	<b>,008</b>			-0,42	-0,71	-0,14	-,09	<b>,004</b>		
<sup>1</sup> Nivel socioeconómico																					
Alto	-0,71	-1,22	-0,20	-,09	<b>,006</b>			-0,22	-0,69	0,24	-,03	,348			-0,23	-0,55	0,10	-,04	,171		
Medio	-0,38	-0,81	0,05	-,05	,082			-0,09	-0,48	0,30	-,01	,641			-0,20	-0,47	0,07	-,04	,146		
Género femenino	0,43	0,07	0,78	,06	<b>,019</b>			0,27	-0,06	0,60	,04	,108			0,37	0,15	0,60	,09	<b>,001</b>		
Edad (en años)	0,17	0,12	0,22	,17	<,001			0,04	-0,01	0,09	,05	,084			0,07	0,04	0,11	,12	<,001		

Variables sociodemográficas	DSM Problemas déficit de atención/hiperactividad							DSM Problemas de negativismo desafiante							DSM Problemas de conducta									
	B	95% IC			$\beta$	p	Total R <sup>2</sup>	p	B	95% IC			$\beta$	p	Total R <sup>2</sup>	p	B	95% IC			$\beta$	p	Total R <sup>2</sup>	p
		I	S							I	S							I	S					
Familia nuclear	-0,82	-1,17	-0,47	-,12	<,001	,024	<,001	-0,52	-0,77	-0,27	-,11	<,001	,016	<,001	-0,80	-1,15	-0,44	-,12	<,001	,047	<,001			
Mestizo	0,03	-0,47	0,52	,00	,912			0,11	-0,24	0,47	,02	,542			-0,15	-0,66	0,36	-,02	,563					
Colegio privado	-0,41	-0,83	0,00	-,06	<b>,048</b>			-0,08	-0,38	0,21	-,02	,577			-0,76	-1,18	-0,34	-,11	<,001					
<sup>1</sup> Nivel socioeconómico																								
Alto	-0,18	-0,65	0,28	-,03	,439			0,04	-0,30	0,38	,01	,817			-0,58	-1,06	-0,11	-,08	<b>,017</b>					
Medio	0,16	-0,23	0,54	,02	,433			0,21	-0,08	0,49	,04	,151			-0,11	-0,51	0,29	-,02	,600					
Género femenino	-0,51	-0,83	-0,18	-,08	<b>,002</b>			-0,08	-0,32	0,15	-,02	,495			-0,27	-0,61	0,06	-,04	,109					
Edad (en años)	-0,04	-0,08	0,01	-,04	,132			0,04	0,01	0,08	,07	<b>,012</b>			0,09	0,04	0,14	,10	<,001					

Variables sociodemográficas	Tempo cognitivo lento							Problemas obsesivo-compulsivos							Problemas de estrés postraumático									
	B	95% IC			$\beta$	p	Total R <sup>2</sup>	p	B	95% IC			$\beta$	p	Total R <sup>2</sup>	p	B	95% IC			$\beta$	p	Total R <sup>2</sup>	p
		I	S							I	S							I	S					
Familia nuclear	-0,44	-0,61	-0,26	-,13	<,001	,034	<,001	-0,54	-0,80	-0,27	-,11	<,001	,050	<,001	-0,93	-1,43	-0,43	-,10	<,001	,040	<,001			
Mestizo	-0,09	-0,34	0,16	-,02	,485			-0,31	-0,68	0,07	-,04	,112			-0,31	-1,02	0,40	-,02	,388					
Colegio privado	-0,24	-0,45	-0,03	-,07	<b>,023</b>			-0,33	-0,65	-0,02	-,06	<b>,039</b>			-0,67	-1,26	-0,08	-,07	<b>,026</b>					
<sup>1</sup> Nivel socioeconómico																								
Alto	0,02	-0,22	0,25	,01	,875			-0,15	-0,51	0,21	-,03	,414			-0,56	-1,23	0,11	-,05	,103					
Medio	0,01	-0,19	0,20	,01	,964			-0,16	-0,46	0,13	-,03	,283			-0,14	-0,70	0,43	-,01	,636					
Género femenino	0,08	-0,09	0,24	,03	,345			0,16	-0,09	0,41	,03	,199			0,24	-0,23	0,70	,03	,323					
Edad (en años)	0,05	0,03	0,07	,11	<,001			0,12	0,08	0,16	,18	<,001			0,18	0,11	0,25	,14	<,001					

Nota: IC = Intervalo de confianza; I = Límite inferior; S = Límite superior

En negrita = Los problemas emocionales y conductuales que se asocian con las variables sociodemográficas

<sup>1</sup> La categoría de referencia fue bajo para el nivel socioeconómico

#### **4.4.2 Asociación entre las variables sociodemográficas y problemas emocionales y conductuales en el cuestionario YSR/11-18**

Se utilizaron los mismos modelos de regresión lineal que en el caso de CBCL para estudiar la asociación de variables sociodemográficas y problemas psicológicos. Pertenecer a una familia no nuclear, asistir a un colegio privado y tener mayor edad se asoció significativamente con puntuaciones más altas en la mayoría de las escalas (Tabla 49). Además, ser de otro grupo étnico (no mestizo) y tener un nivel socioeconómico alto se asoció a un mayor puntaje en cualidades positivas; tener un nivel socioeconómico más bajo se asoció a conductas de romper normas, otros problemas y cualidades positivas; ser de género femenino se asoció a problemas ansioso/deprimido, retraído/deprimido, quejas somáticas, problemas afectivos, problemas de ansiedad, problemas somáticos y problemas de estrés postraumático; y ser de género masculino se asoció a problemas de conducta.

Tabla 49

*Asociación entre las variables sociodemográficas y problemas emocionales/conductuales encontrados en el cuestionario YSR*

Variables sociodemográficas	Ansioso/deprimido							Retraído/deprimido							Quejas Somáticas									
	B	95% IC			$\beta$	p	Total R <sup>2</sup>	p	B	95% IC			$\beta$	p	Total R <sup>2</sup>	p	B	95% IC			$\beta$	p	Total R <sup>2</sup>	p
		I	S							I	S							I	S					
Familia nuclear	-1,06	-1,72	-0,39	-,11	<b>,002</b>	,066	<,001	-0,58	-1,04	-0,11	-,09	<b>,015</b>	,028	<,001	-0,31	-0,82	0,20	-,04	,237	,034	<,001			
Mestizo	0,27	-0,79	1,32	,02	,620			0,53	-0,21	1,27	,05	,163			-0,24	-1,05	0,58	-,02	,567					
Colegio privado	1,71	0,90	2,53	,17	<b>&lt;,001</b>			0,41	-0,17	0,98	,06	,163			0,63	-0,01	1,26	,08	,052					
<sup>1</sup> Nivel socioeconómico																								
Alto	-0,14	-1,02	0,75	-,01	,764			-0,28	-0,90	0,34	-,04	,373			-0,64	-1,32	0,05	-,08	,068					
Medio	0,18	-0,56	0,93	,02	,627			0,16	-0,36	0,69	,02	,539			0,11	-0,47	0,68	,01	,718					
Género femenino	1,65	1,02	2,28	,19	<b>&lt;,001</b>			0,67	0,23	1,11	,11	<b>,003</b>			1,08	0,59	1,57	,16	<b>&lt;,001</b>					
Edad (en años)	0,20	0,04	0,36	,09	<b>,013</b>			0,15	0,04	0,26	,10	<b>,010</b>			0,16	0,04	0,29	,10	<b>,009</b>					

Variables sociodemográficas	Problemas sociales							Problemas de pensamiento							Problemas de atención									
	B	95% IC			$\beta$	p	Total R <sup>2</sup>	p	B	95% IC			$\beta$	p	Total R <sup>2</sup>	p	B	95% IC			$\beta$	p	Total R <sup>2</sup>	p
		I	S							I	S							I	S					
Familia nuclear	-0,33	-0,80	0,14	-,05	,166	,033	<,001	-0,66	-1,21	-0,10	-,08	<b>,020</b>	,057	<,001	-0,93	-1,44	-0,42	-,13	<b>&lt;,001</b>	,065	<,001			
Mestizo	0,21	-0,54	0,96	,02	,587			0,57	-0,31	1,46	,05	,202			0,36	-0,45	1,17	,03	,383					
Colegio privado	1,38	0,80	1,96	,19	<b>&lt;,001</b>			1,24	0,55	1,92	,14	<b>&lt;,001</b>			1,03	0,40	1,66	,13	<b>,001</b>					
<sup>1</sup> Nivel socioeconómico																								
Alto	-0,54	-1,17	0,09	-,07	,091			0,15	-0,59	0,89	,02	,699			0,29	-0,40	0,97	,04	,410					
Medio	0,28	-0,25	0,81	,04	,302			0,35	-0,28	0,97	,04	,275			0,48	-0,09	1,05	,06	,101					
Género femenino	0,05	-0,40	0,49	,01	,838			0,08	-0,45	0,61	,01	,763			-0,03	-0,52	0,46	,00	,899					
Edad (en años)	0,15	0,04	0,27	,10	<b>,007</b>			0,34	0,21	0,47	,19	<b>&lt;,001</b>			0,31	0,19	0,43	,19	<b>&lt;,001</b>					

Variables sociodemográficas	Conducta de romper normas							Conducta agresiva							Otros problemas						
	95% IC					Total R <sup>2</sup>	p	95% IC					Total R <sup>2</sup>	p	95% IC					Total R <sup>2</sup>	p
	B	I	S	β	p			B	I	S	β	p			B	I	S	β	p		
Familia nuclear	-0,75	-1,29	-0,22	-,10	<b>,006</b>	,141	<,001	-1,42	-2,20	-0,63	-,13	<b>&lt;,001</b>	,061	<,001	-0,58	-1,00	-0,16	,10	<b>,007</b>	,062	<,001
Mestizo	0,30	-0,55	1,16	,02	,485			0,35	-0,91	1,60	,02	,589			0,41	-0,27	1,09	,04	,233		
Colegio privado	0,95	0,29	1,61	,11	<b>,005</b>			1,52	0,54	2,49	,12	<b>,002</b>			0,85	0,33	1,37	,13	<b>,001</b>		
<sup>1</sup> Nivel socioeconómico																					
Alto	-0,19	-0,90	0,53	-,02	,604			-0,30	-1,36	0,76	-,02	,580			0,15	-0,41	0,72	,02	,595		
Medio	0,66	0,06	1,27	,08	<b>,031</b>			0,40	-0,49	1,29	,04	,375			0,51	0,03	0,99	,08	<b>,036</b>		
Género femenino	-0,72	-1,24	-0,21	-,10	<b>,005</b>			0,18	-0,57	0,94	,02	,636			-0,02	-0,42	0,39	,01	,937		
Edad (en años)	0,63	0,50	0,76	,34	<b>&lt;,001</b>			0,54	0,35	0,73	,21	<b>&lt;,001</b>			0,26	0,16	0,36	,19	<b>&lt;,001</b>		

Variables sociodemográficas	DSM Problemas afectivos							DSM Problemas de ansiedad							DSM Problemas somáticos						
	95% IC					Total R <sup>2</sup>	p	95% IC					Total R <sup>2</sup>	p	95% IC					Total R <sup>2</sup>	p
	B	I	S	β	p			B	I	S	β	p			B	I	S	β	p		
Familia nuclear	-1,02	-1,63	-0,41	-,12	<b>,001</b>	,069	<,001	-0,66	-1,14	-0,19	-,10	<b>,006</b>	,054	<,001	-0,02	-0,39	0,34	,01	,896	,038	<,001
Mestizo	0,54	-0,43	1,51	,04	,275			0,22	-0,54	0,98	,02	,576			-0,37	-0,95	0,21	-,05	,211		
Colegio privado	0,88	0,12	1,63	,09	<b>,023</b>			1,39	0,80	1,98	,19	<b>&lt;,001</b>			0,36	-0,09	0,80	,06	,118		
<sup>1</sup> Nivel socioeconómico																					
Alto	-0,17	-0,98	0,65	-,02	,691			-0,13	-0,77	0,51	-,02	,696			-0,55	-1,03	-0,07	-,10	<b>,026</b>		
Medio	0,28	-0,41	0,97	,03	,429			0,06	-0,48	0,60	,01	,820			0,03	-0,37	0,44	,01	,870		
Género femenino	1,42	0,84	2,00	,17	<b>&lt;,001</b>			0,88	0,42	1,33	,14	<b>&lt;,001</b>			0,80	0,45	1,14	,17	<b>&lt;,001</b>		
Edad (en años)	0,31	0,17	0,46	,16	<b>&lt;,001</b>			0,14	0,03	0,26	,09	<b>,017</b>			0,13	0,04	0,22	,11	<b>,004</b>		



Variables sociodemográficas	DSM Problemas déficit atención/hiperactividad							DSM Problemas de negativismo desafiante							DSM Problemas de conducta						
	95% IC			$\beta$	$p$	Total $R^2$	$p$	95% IC			$\beta$	$p$	Total $R^2$	$p$	95% IC			$\beta$	$p$	Total $R^2$	$p$
	$B$	I	S					$B$	I	S					$B$	I	S				
Familia nuclear	-0,70	-1,14	-0,26	-,11	<b>,002</b>	,053	<,001	-0,50	-0,80	-0,19	-,11	<b>,001</b>	,100	<,001	-0,69	-1,25	-0,14	-,09	<b>,014</b>	,058	<,001
Mestizo	0,45	-0,25	1,15	,05	,205			0,32	-0,17	0,80	,05	,197			0,32	-0,57	1,21	,03	,476		
Colegio privado	1,03	0,49	1,57	,15	<b>&lt;,001</b>			0,76	0,38	1,14	,16	<b>&lt;,001</b>			0,77	0,09	1,46	,09	<b>,028</b>		
<sup>1</sup> Nivel socioeconómico																					
Alto	0,17	-0,42	0,76	,02	,578			-0,02	-0,42	0,39	,01	,936			-0,46	-1,20	0,29	-,05	,228		
Medio	0,38	-0,11	0,88	,06	,130			0,22	-0,13	0,56	,05	,216			0,41	-0,22	1,03	,05	,205		
Género femenino	0,01	-0,41	0,43	,01	,975			0,20	-0,10	0,49	,05	,187			-0,69	-1,22	-0,16	-,09	<b>,011</b>		
Edad (en años)	0,21	0,10	0,32	,15	<b>&lt;,001</b>			0,27	0,20	0,35	,27	<b>&lt;,001</b>			0,38	0,25	0,51	,21	<b>&lt;,001</b>		

Variables sociodemográficas	Problemas obsesivo-compulsivos							Problemas estrés postraumático							Cualidades positivas						
	95% IC			$\beta$	$p$	Total $R^2$	$p$	95% IC			$\beta$	$p$	Total $R^2$	$p$	95% IC			$\beta$	$p$	Total $R^2$	$p$
	$B$	L	U					$B$	L	U					$B$	L	U				
Familia nuclear	-0,86	-1,32	-0,39	-,13	<b>,001</b>	,067	<,001	-1,16	-1,88	-0,44	-,11	<b>,002</b>	,069	<,001	-0,12	-0,99	0,75	-,01	,786	,089	<,001
Mestizo	0,01	-0,72	0,75	,01	,973			0,53	-0,62	1,67	,03	,367			1,57	0,19	2,96	,08	<b>,026</b>		
Colegio privado	1,33	0,76	1,90	,18	<b>,001</b>			2,05	1,16	2,94	,18	<b>,001</b>			2,66	1,59	3,74	,19	<b>,001</b>		
<sup>1</sup> Nivel socioeconómico																					
Alto	0,11	-0,51	0,73	,02	,724			-0,25	-1,21	0,72	-,02	,615			1,66	0,49	2,82	,12	<b>,005</b>		
Medio	0,29	-0,23	0,81	,04	,282			0,35	-0,46	1,16	,03	,397			1,13	0,15	2,11	,09	<b>,024</b>		
Género femenino	0,30	-0,14	0,75	,05	,175			0,98	0,29	1,66	,10	<b>,005</b>			-0,21	-1,04	0,62	-,02	,618		
Edad (en años)	0,25	0,14	0,36	,16	<b>,001</b>			0,33	0,16	0,50	,14	<b>,001</b>			0,39	0,18	0,60	,14	<b>,001</b>		

Nota: IC = Intervalo de confianza; I = Límite inferior; S = Límite superior

En negrita = Los problemas emocionales y conductuales que se asocian con las variables sociodemográficas

<sup>1</sup> La categoría de referencia fue bajo para el nivel socioeconómico

#### **4.4.3 Síntesis de la asociación de variables demográficas y del CBCL/6-18 y YSR/11-18**

En los resultados de los dos cuestionarios se encontró que pertenecer a una familia no-nuclear y tener mayor edad se asoció significativamente con puntuaciones más altas en la mayoría de las escalas. En el CBCL/6-18 se encontró que asistir a un colegio público se asociaba significativamente con puntuaciones más altas en la mayoría de las escalas, mientras que en YSR/11-18 se encontró que asistir a un colegio privado se asociaba significativamente con puntuaciones más altas en la mayoría de las escalas.

#### **4.5 Baremos por género y edad del CBCL/6-18 y YSR/11-18**

Para los baremos se transformaron las puntuaciones directas en percentiles y valores T por género y edad en el cuestionario CBCL/6-18 (Tabla 50.1-50.21), y por género en el cuestionario YSR/11-18 (Tablas 50.22-50.42).

Tabla 50.1

Baremos del cuestionario CBCL/6-18 de las escalas empíricas de primer orden:  
ansioso/deprimido

Puntaje	Escala ansioso/deprimido; 13 ítems, rango de 0 a 26								Puntaje
	Masculino				Femenino				
	Edad 6-11; N = 338		Edad 12-18; N = 355		Edad 6-11; N = 296		Edad 12-18; N = 350		
	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	
0	7	39	6	38	7	39	6	38	0
1	20	42	20	41	21	42	16	40	1
2	33	44	34	44	34	44	27	43	2
3	47	47	46	47	48	47	39	45	3
4	59	50	57	50	60	50	48	47	4
5	67	52	66	53	68	52	56	49	5
6	75	55	75	55	74	55	63	52	6
7	81	58	81	58	81	58	71	54	7
8	86	60	85	61	87	61	77	56	8
9	90	63	90	64	91	63	82	58	9
10	92	66	94	67	93	66	85	60	10
11	94	69	95	70	94	69	88	63	11
12	95	71	97	73	95	71	91	65	12
13	96	74	98	75	96	74	93	67	13
14	97	77	99	78	98	77	95	69	14
15	98	79	99	81	99	79	96	72	15
16	99	82	99	84	99	82	97	74	16
17	99	85	99	87	99	85	98	76	17
18	99	88	99	90	99	87	98	78	18
19	99	90	99	93	99	90	99	80	19
20	99	93	99	96	99	93	99	83	20
21-26	99	≥ 96	99	≥ 98	99	≥ 95	99	≥ 85	21-26
M (DE)	4,14	(3,69)	4,10	(3,49)	4,07	(3,73)	5,29	(4,51)	M (DE)

Tabla 50.2

Baremos del cuestionario CBCL/6-18 de las escalas empíricas de primer orden:  
retraído/deprimido

Puntaje	Escala retraído/deprimido; 8 ítems, rango de 0 a 16								Puntaje
	Masculino				Femenino				
	Edad 6-11; N = 336		Edad 12-18; N = 355		Edad 6-11; N = 297		Edad 12-18; N = 350		
	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	
0	15	41	9	39	17	41	9	38	0
1	39	45	26	42	43	46	25	42	1
2	54	48	44	46	60	50	38	45	2
3	66	52	58	50	74	54	49	48	3
4	76	56	69	54	82	59	59	51	4
5	85	60	78	58	89	63	69	54	5
6	89	63	86	62	93	67	78	58	6
7	92	67	92	65	96	72	86	61	7
8	95	71	95	69	97	76	91	64	8
9	98	75	96	73	98	80	94	67	9
10	98	79	98	77	99	85	96	70	10
11	99	82	99	81	99	89	97	74	11
12	99	86	99	85	99	94	98	77	12
13-16	99	≥ 90	99	≥ 88	99	≥ 98	99	≥ 80	13-16
<i>M (DE)</i>	2,43	(2,64)	3,00	(2,61)	2,03	(2,29)	3,63	(3,11)	<i>M (DE)</i>

Tabla 50.3

Baremos del cuestionario CBCL/6-18 de las escalas empíricas de primer orden:  
quejas somáticas

Score	Escala quejas somáticas; 11 ítems, rango de 0 a 22								Score
	Masculino				Femenino				
	Edad 6-11; N = 339		Edad 12-18; N = 352		Edad 6-11; N = 295		Edad 12-18; N = 347		
Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T		
0	16	41	15	41	17	41	9	40	0
1	40	45	38	45	42	45	25	43	1
2	56	49	54	48	57	49	40	45	2
3	68	52	66	52	69	53	53	48	3
4	79	56	77	55	78	56	63	51	4
5	86	60	84	58	85	60	72	53	5
6	90	63	89	62	89	64	79	56	6
7	92	67	93	65	93	68	84	59	7
8	94	71	95	68	96	72	87	61	8
9	95	74	96	72	98	76	90	64	9
10	97	78	97	75	98	79	93	67	10
11	99	81	98	79	99	83	94	69	11
12	99	85	98	82	99	87	95	72	12
13	99	89	99	85	99	91	96	75	13
14	99	92	99	89	99	95	97	77	14
15-22	99	≥ 96	99	≥ 92	99	≥ 99	98	≥ 80	15-22
<i>M (DE)</i>	2,39	(2,74)	2,55	(2,96)	2,30	(2,62)	3,77	(3,75)	<i>M (DE)</i>

Tabla 50.4

*Baremos del cuestionario CBCL/6-18 de las escalas empíricas de primer orden: problemas sociales*

Puntaje	Problemas sociales; 11 ítems, rango de 0 a 22								Puntaje
	Masculino				Femenino				
	Edad 6-11; N = 335		Edad 12-18; N = 355		Edad 6-11; N = 294		Edad 12-18; N = 349		
	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	
0	8	39	7	39	10	39	8	38	0
1	23	42	23	42	27	43	22	41	1
2	40	45	40	46	41	46	35	44	2
3	54	49	55	49	57	49	48	47	3
4	65	52	67	53	69	53	59	50	4
5	74	55	77	56	76	56	69	53	5
6	81	59	85	59	83	59	77	56	6
7	87	62	91	63	89	63	84	59	7
8	91	65	94	66	93	66	88	62	8
9	94	69	96	70	95	69	91	65	9
10	97	72	97	73	97	73	93	68	10
11	98	75	97	77	98	76	96	71	11
12	99	79	98	80	98	79	98	74	12
13	99	82	99	84	99	83	98	77	13
14-22	99	≥ 85	99	≥ 87	99	≥ 86	99	≥ 80	14-22
<i>M (DE)</i>	3,40	(3,00)	3,27	(2,90)	3,21	(2,99)	3,86	(3,35)	<i>M (DE)</i>

Tabla 50.5

*Baremos del cuestionario CBCL/6-18 de las escalas empíricas de primer orden: problemas de pensamiento*

Puntaje	Escala problemas de pensamiento; 15 ítems, rango de 0 a 30								Puntaje
	Masculino				Femenino				
	Edad 6-11; N = 335		Edad 12-18; N = 355		Edad 6-11; N = 296		Edad 12-18; N = 350		
	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	
0	17	42	15	42	21	42	15	42	0
1	45	46	39	45	51	47	39	45	1
2	63	49	56	48	66	51	53	48	2
3	74	53	71	52	76	56	65	50	3
4	81	56	79	55	84	60	74	53	4
5	87	60	84	58	91	65	79	56	5
6	91	64	88	61	95	69	84	59	6
7	94	67	91	65	97	74	89	62	7
8	95	71	93	68	98	78	92	65	8
9	96	74	95	71	99	83	94	68	9
10	97	78	96	74	99	88	95	71	10
11	98	81	97	78	99	92	96	74	11
12-30	98	≥ 85	98	≥ 81	99	≥ 97	97	≥ 77	12-30
<i>M (DE)</i>	2,17	(2,82)	2,51	(3,06)	1,74	(2,20)	2,84	(3,41)	<i>M (DE)</i>



Tabla 50.6

*Baremos del cuestionario CBCL/6-18 de las escalas empíricas de primer orden: problemas de atención*

Puntaje	Escala de problemas de atención; 10 ítems, rango de 0 a 20								Puntaje
	Masculino				Femenino				
	Edad 6-11; N = 336		Edad 12-18; N = 356		Edad 6-11; N = 294		Edad 12-18; N = 348		
	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	
0	7	38	6	37	10	39	6	38	0
1	20	41	17	40	26	42	18	41	1
2	31	43	28	42	39	45	29	43	2
3	41	46	36	45	52	48	41	46	3
4	53	48	46	48	61	51	52	48	4
5	63	51	56	50	69	54	61	51	5
6	69	53	66	53	78	57	68	53	6
7	75	56	73	56	85	60	74	56	7
8	81	58	79	58	89	63	79	58	8
9	86	61	84	61	92	66	84	61	9
10	89	63	89	64	94	69	89	63	10
11	92	66	93	66	96	72	92	65	11
12	94	68	95	69	97	74	94	68	12
13	96	71	97	72	98	77	95	70	13
14	97	73	98	74	98	80	96	73	14
15	97	76	99	77	99	83	98	75	15
16	98	78	99	80	99	86	99	78	16
17	99	81	99	82	99	89	99	80	17
18	99	83	99	85	99	92	99	83	18
19	99	86	99	88	99	95	99	85	19
20	99	88	99	90	99	98	99	88	20
<i>M (DE)</i>	4,63	(4,01)	4,88	(3,75)	3,67	(3,40)	4,77	(4,02)	<i>M (DE)</i>

Tabla 50.7

Baremos del cuestionario CBCL/6-18 de las escalas empíricas de primer orden:  
conducta de romper normas

Puntaje	Escala conducta de romper normas; 17 ítems, rango de 0 a 34								Puntaje
	Masculino				Femenino				
	Edad 6-11; N = 336		Edad 12-18; N = 355		Edad 6-11; N = 296		Edad 12-18; N = 349		
	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	
0	15	41	12	41	18	42	10	41	0
1	38	45	33	44	47	47	31	44	1
2	56	49	49	47	68	51	49	47	2
3	71	53	63	50	82	56	62	50	3
4	82	57	73	54	89	61	72	53	4
5	89	61	81	57	93	66	79	56	5
6	93	65	87	60	95	70	86	59	6
7	95	69	90	63	96	75	90	62	7
8	96	73	93	66	98	80	93	65	8
9	97	77	95	70	98	84	95	68	9
10	98	81	96	73	99	89	96	71	10
11	99	85	97	76	99	94	97	75	11
12-34	99	≥ 89	98	≥ 79	99	≥ 98	98	≥ 78	12-34
<i>M (DE)</i>	2,23	(2,50)	2,88	(3,12)	1,68	(2,13)	3,00	(3,26)	<i>M (DE)</i>

Tabla 50.8

*Baremos del cuestionario CBCL/6-18 de las escalas empíricas de primer orden: conducta agresiva*

Puntaje	Escala de conducta agresiva; 18 ítems, rango de 0 a 36								Puntaje
	Masculino				Femenino				
	Edad 6-11; N = 336		Edad 12-18; N = 355		Edad 6-11; N = 295		Edad 12-18; N = 350		
	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	
0	7	38	4	39	8	40	5	37	0
1	17	40	14	40	20	41	13	39	1
2	24	42	24	42	29	43	20	41	2
3	31	44	32	44	40	45	26	43	3
4	38	46	41	46	49	47	34	44	4
5	46	48	49	48	57	49	42	46	5
6	56	50	57	49	64	51	48	48	6
7	63	51	64	51	71	53	55	50	7
8	68	53	70	53	76	55	61	51	8
9	74	55	76	55	79	57	67	53	9
10	79	57	80	57	83	59	74	55	10
11	83	59	83	58	86	60	79	57	11
12	86	61	86	60	88	62	82	58	12
13	89	63	88	62	90	64	85	60	13
14	91	65	91	64	91	66	88	62	14
15	94	67	93	66	93	68	90	63	15
16	95	69	94	67	95	70	91	65	16
17	96	71	95	69	96	72	93	67	17
18	97	73	95	71	97	74	94	69	18
19	98	75	96	73	97	76	95	70	19
20	98	77	97	74	97	77	96	72	20
21	98	78	97	76	97	79	97	74	21
22	99	80	98	78	98	81	98	76	22
23	99	82	98	80	99	83	99	77	23
24	99	84	99	82	99	85	99	79	24
25	99	86	99	83	99	87	99	81	25
26	99	88	99	85	99	89	99	83	26
27	99	90	99	87	99	91	99	84	27
28	99	92	99	89	99	93	99	86	28
29	99	94	99	91	99	95	99	88	29
30	99	96	99	92	99	96	99	90	30
31-36	99	≥ 98	99	≥ 94	99	≥ 98	99	≥ 91	31-36
<i>M (DE)</i>	6,25	(5,19)	6,33	(5,59)	5,51	(5,27)	7,23	(5,76)	<i>M (DE)</i>

Tabla 50.9

*Baremos del cuestionario CBCL/6-18 de las escalas empíricas de segundo orden: problemas interiorizados*

Puntaje	Escala de problemas interiorizados; 32 ítems, rango de 0 a 64								Puntaje
	Masculino				Femenino				
	Edad 6-11; N = 336		Edad 12-18; N = 355		Edad 6-11; N = 295		Edad 12-18; N = 350		
	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	
0	4	39	3	37	6	39	2	37	0
1	12	40	8	39	14	40	5	38	1
2	18	41	14	40	19	41	9	39	2
3	25	42	20	41	25	43	14	40	3
4	32	44	25	43	34	44	18	41	4
5	38	45	30	44	41	45	23	42	5
6	44	46	36	45	46	47	30	43	6
7	50	47	42	47	52	48	35	44	7
8	56	49	49	48	58	49	39	45	8
9	61	50	55	49	63	51	44	46	9
10	65	51	60	50	67	52	48	47	10
11	69	53	65	52	70	54	53	48	11
12	72	54	69	53	74	55	57	49	12
13	75	55	73	54	77	56	61	50	13
14	78	56	76	56	80	58	63	51	14
15	81	58	80	57	83	59	66	52	15
16	84	59	83	58	86	60	70	53	16
17	86	60	86	60	88	62	73	54	17
18	88	61	88	61	90	63	76	55	18
19	89	63	90	62	91	64	78	56	19
20	90	64	91	64	92	66	80	57	20
21	92	65	93	65	92	67	82	58	21
22	93	66	93	66	93	68	84	59	22
23	94	68	95	68	94	70	86	60	23
24	94	69	95	69	95	71	87	61	24
25	94	70	95	70	96	72	88	62	25
26	95	71	96	71	97	74	89	63	26
27	95	73	97	73	98	75	90	64	27
28	95	74	97	74	98	77	91	65	28
29	96	75	97	75	98	78	93	66	29
30	97	77	97	77	99	79	93	67	30
31	97	78	98	78	99	81	94	68	31
32	98	79	98	79	99	82	95	69	32
33	99	80	98	81	99	83	96	70	33
34	99	82	99	82	99	85	96	71	34

Puntaje	Escala de problemas interiorizados; 32 ítems, rango de 0 a 64								Puntaje
	Masculino				Femenino				
	Edad 6-11; N = 336		Edad 12-18; N = 355		Edad 6-11; N = 295		Edad 12-18; N = 350		
	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	
35	99	83	99	83	99	86	96	72	35
36	99	84	99	85	99	87	97	73	36
37	99	85	99	86	99	89	97	74	37
38	99	87	99	87	99	90	97	75	38
39	99	88	99	88	99	91	97	76	39
40	99	89	99	90	99	93	98	77	40
41	99	90	99	91	99	94	98	78	41
42	99	92	99	92	99	95	99	79	42
43	99	93	99	94	99	97	99	80	43
44	99	94	99	95	99	98	99	81	44
45-64	99	≥ 95	99	≥ 96	99	≥ 99	99	≥ 82	45-64
<i>M (DE)</i>	8,99	(7,93)	9,65	(7,63)	8,39	(7,40)	12,68	(9,97)	<i>M (DE)</i>

Tabla 50.10

*Baremos del cuestionario CBCL/6-18 de la escala empírica de segundo orden: problemas exteriorizados*

Puntaje	Escala problemas exteriorizados; 35 ítems, rango de 0 a 70								Puntaje
	Masculino				Femenino				
	Edad 6-11; N = 335		Edad 12-18; N = 355		Edad 6-11; N = 295		Edad 12-18; N = 350		
Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T		
0	6	38	3	39	7	40	3	38	0
1	15	40	10	40	17	41	9	39	1
2	20	41	18	41	25	42	14	40	2
3	26	42	25	43	32	44	19	41	3
4	31	44	30	44	39	45	26	43	4
5	37	45	35	45	46	47	31	44	5
6	43	47	42	46	51	48	37	45	6
7	49	48	49	47	58	50	42	46	7
8	54	49	54	49	66	51	47	47	8
9	60	51	59	50	72	53	53	49	9
10	66	52	64	51	75	54	58	50	10
11	70	54	68	52	79	56	61	51	11
12	74	55	72	53	82	57	66	52	12
13	78	56	77	55	85	58	71	53	13
14	82	58	81	56	87	60	75	54	14
15	84	59	82	57	88	61	77	56	15
16	86	61	84	58	89	63	79	57	16
17	88	62	85	59	91	64	81	58	17
18	90	64	86	61	91	66	83	59	18
19	92	65	88	62	92	67	85	60	19
20	93	66	90	63	93	69	87	62	20
21	95	68	91	64	94	70	89	63	21
22	96	69	93	65	95	71	90	64	22
23	96	71	94	67	96	73	92	65	23
24	97	72	95	68	97	74	93	66	24
25	97	73	95	69	97	76	94	68	25
26	98	75	96	70	98	77	95	69	26
27	98	76	96	71	98	79	95	70	27
28	98	78	96	73	98	80	96	71	28
29	99	79	97	74	98	82	97	72	29
30	99	80	97	75	99	83	97	74	30
31	99	82	97	76	99	85	98	75	31
32	99	83	98	77	99	86	98	76	32
33	99	85	98	79	99	87	98	77	33
34	99	86	98	80	99	89	99	78	34

Puntaje	Escala problemas exteriorizados; 35 ítems, rango de 0 a 70								Puntaje
	Masculino				Femenino				
	Edad 6-11; N = 335		Edad 12-18; N = 355		Edad 6-11; N = 295		Edad 12-18; N = 350		
	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	
35	99	88	99	81	99	90	99	79	35
36	99	89	99	82	99	92	99	81	36
37	99	90	99	83	99	93	99	82	37
38	99	92	99	85	99	95	99	83	38
39	99	93	99	86	99	96	99	84	39
40	99	95	99	87	99	98	99	85	40
41-70	99	≥ 96	99	≥ 88	99	≥ 99	99	≥ 87	41-70
<i>M (DE)</i>	8,42	(7,08)	9,21	(8,31)	7,19	(6,89)	10,25	(8,40)	<i>M (DE)</i>

Tabla 50.11  
*Baremos del cuestionario CBCL/6-18 de la escala empírica de tercer orden: total problemas*

Puntaje	Escala total problemas; 103 ítems, rango de 0 a 206								Puntaje
	Masculino				Femenino				
	Edad 6-11; N = 335		Edad 12-18; N = 355		Edad 6-11; N = 295		Edad 12-18; N = 350		
	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	
0	3	37	1	36	4	38	4	38	0
1	6	37	2	36	7	38	7	38	1
2	8	38	3	37	8	39	8	39	2
3	10	38	4	37	10	39	10	39	3
4	11	39	5	38	11	40	11	40	4
5	12	39	6	38	13	40	13	40	5
6	13	39	8	38	14	41	14	41	6
7	14	40	9	39	16	41	16	41	7
8	16	40	10	39	19	41	19	41	8
9	18	41	11	40	22	42	22	42	9
10	19	41	12	40	24	42	24	42	10
11	20	41	14	40	26	43	26	43	11
12	22	42	15	41	28	43	28	43	12
13	24	42	17	41	30	44	30	44	13
14	25	43	18	42	32	44	32	44	14
15	26	43	20	42	34	44	34	44	15
16	27	44	22	43	36	45	36	45	16
17	30	44	24	43	38	45	38	45	17
18	32	44	27	43	41	46	41	46	18
19	34	45	30	44	43	46	43	46	19
20	36	45	32	44	45	47	45	47	20
21	37	46	34	45	47	47	47	47	21
22	39	46	37	45	50	47	50	47	22
23	41	46	39	45	52	48	52	48	23
24	43	47	41	46	53	48	53	48	24
25	44	47	42	46	55	49	55	49	25
26	46	48	45	47	56	49	56	49	26
27	48	48	47	47	58	50	58	50	27
28	50	48	49	48	60	50	60	50	28
29	52	49	52	48	62	51	62	51	29
30	53	49	54	48	63	51	63	51	30
31	55	50	56	49	65	51	65	51	31
32	57	50	57	49	66	52	66	52	32
33	60	51	59	50	67	52	67	52	33
34	63	51	61	50	68	53	68	53	34



Puntaje	Escala total problemas; 103 ítems, rango de 0 a 206								Puntaje
	Masculino				Femenino				
	Edad 6-11; N = 335		Edad 12-18; N = 355		Edad 6-11; N = 295		Edad 12-18; N = 350		
	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	
35	64	51	62	51	69	53	69	53	35
36	65	52	63	51	70	54	70	54	36
37	66	52	65	51	72	54	72	54	37
38	68	53	66	52	73	54	73	54	38
39	69	53	67	52	74	55	74	55	39
40	70	53	68	53	76	55	76	55	40
41	70	54	69	53	77	56	77	56	41
42	72	54	71	53	78	56	78	56	42
43	74	55	73	54	78	57	78	57	43
44	74	55	74	54	79	57	79	57	44
45	75	56	75	55	80	57	80	57	45
46	77	56	76	55	81	58	81	58	46
47	79	56	77	56	82	58	82	58	47
48	80	57	78	56	83	59	83	59	48
49	81	57	80	56	84	59	84	59	49
50	82	58	80	57	85	60	85	60	50
51	83	58	81	57	86	60	86	60	51
52	83	58	82	58	86	61	86	61	52
53	84	59	82	58	86	61	86	61	53
54	84	59	83	59	87	61	87	61	54
55	86	60	84	59	87	62	87	62	55
56	87	60	84	59	88	62	88	62	56
57	88	61	84	60	89	63	89	63	57
58	89	61	85	60	90	63	90	63	58
59	89	61	86	61	91	64	91	64	59
60	89	62	86	61	91	64	91	64	60
61	90	62	86	61	91	64	91	64	61
62	90	63	87	62	91	65	91	65	62
63	91	63	87	62	91	65	91	65	63
64	91	63	88	63	91	66	91	66	64
65	91	64	88	63	92	66	92	66	65
66	91	64	88	64	92	67	92	67	66
67	91	65	89	64	92	67	92	67	67
68	91	65	89	64	93	67	93	67	68
69	91	66	90	65	94	68	94	68	69
70	91	66	90	65	94	68	94	68	70
71	92	66	91	66	94	69	94	69	71
72	92	67	91	66	94	69	94	69	72

Puntaje	Escala total problemas; 103 ítems, rango de 0 a 206								Puntaje
	Masculino				Femenino				
	Edad 6-11; N = 335		Edad 12-18; N = 355		Edad 6-11; N = 295		Edad 12-18; N = 350		
	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	
73	92	67	92	66	95	70	95	70	73
74	93	68	92	67	95	70	95	70	74
75	93	68	93	67	96	71	96	71	75
76	94	68	93	68	96	71	96	71	76
77	94	69	93	68	96	71	96	71	77
78	94	69	94	69	96	72	96	72	78
79	95	70	94	69	97	72	97	72	79
80	95	70	94	69	97	73	97	73	80
81	95	70	95	70	97	73	97	73	81
82	95	71	96	70	97	74	97	74	82
83	96	71	96	71	98	74	98	74	83
85	96	72	96	72	98	75	98	75	85
86	97	73	96	72	98	75	98	75	86
87	97	73	97	72	98	76	98	76	87
88	97	73	97	73	98	76	98	76	88
89	97	74	97	73	98	77	98	77	89
91	97	75	97	74	98	77	98	77	91
92	98	75	98	74	98	78	98	78	92
93	98	75	98	75	98	78	98	78	93
94	98	76	98	75	99	79	99	79	94
96	98	77	98	76	99	80	99	80	96
97	98	77	98	77	99	80	99	80	97
98	98	78	98	77	99	81	99	81	98
99	98	78	98	77	99	81	99	81	99
100	99	78	98	78	99	81	99	81	100
102	99	79	98	79	99	82	99	82	102
103	99	80	98	79	99	83	99	83	103
105	99	80	98	80	99	84	99	84	105
106	99	81	99	80	99	84	99	84	106
107	99	81	99	81	99	84	99	84	107
108	99	82	99	81	99	85	99	85	108
110	99	83	99	82	99	86	99	86	110
114-206	99	≥ 84	99	≥ 84	99	≥ 87	99	≥ 87	114-206
<i>M (DE)</i>	31,62	(24,10)	33,75	(23,82)	27,83	(23,00)	38,78	(28,37)	<i>M (DE)</i>

Tabla 50.12

Baremos del cuestionario CBCL/6-18 de la escala otros problemas

Puntaje	Escala otros problemas; 17 ítems, rango de 0 a 34								Puntaje
	Masculino				Femenino				
	Edad 6-11; N=335		Edad 12-18; N=355		Edad 6-11; N=295		Edad 12-18; N=350		
	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	
0	7	38	5	37	8	39	6	37	0
1	18	41	15	40	23	42	17	40	1
2	29	44	28	43	37	45	28	43	2
3	43	47	42	46	51	48	41	46	3
4	56	50	53	49	63	51	52	49	4
5	67	53	65	53	71	54	61	52	5
6	77	56	75	56	79	57	72	55	6
7	83	59	82	59	86	60	80	58	7
8	88	62	87	62	91	64	85	61	8
9	93	65	91	65	93	67	90	64	9
10	95	68	95	68	95	70	93	67	10
11	96	71	96	71	97	73	95	70	11
12	97	74	97	75	97	76	97	72	12
13	97	77	99	78	98	79	98	75	13
14	99	80	99	81	98	82	99	78	14
15	99	83	99	84	99	85	99	81	15
16	99	86	99	87	99	88	99	84	16
17	99	89	99	90	99	91	99	87	17
18	99	92	99	94	99	95	99	90	18
19-34	99	≥ 95	99	≥ 97	99	≥ 98	99	≥ 93	19-34
<i>M (DE)</i>	4,08	(3,31)	4,21	(3,16)	3,63	(3,23)	4,39	(3,39)	<i>M (DE)</i>

Tabla 50.13

*Baremos del cuestionario CBCL/6-18 de la escala DSM: problemas afectivos*

Puntaje	Escala problemas afectivos; 13 ítems, rango de 0 a 26								Puntaje
	Masculino				Femenino				
	Edad 6-11; N = 335		Edad 12-18; N = 355		Edad 6-11; N = 295		Edad 12-18; N = 350		
	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	
0	10	40	8	39	13	41	7	39	0
1	30	43	23	42	36	44	21	41	1
2	47	47	39	45	53	48	34	44	2
3	61	50	54	49	65	51	44	46	3
4	73	53	65	52	74	54	55	49	4
5	80	57	74	55	81	58	63	51	5
6	85	60	81	58	86	61	70	53	6
7	89	63	86	61	88	64	77	56	7
8	92	67	90	65	92	68	81	58	8
9	94	70	93	68	96	71	85	61	9
10	96	73	95	71	97	74	88	63	10
11	98	76	97	74	98	78	92	66	11
12	98	80	98	78	99	81	94	68	12
13	99	83	99	81	99	84	96	70	13
14	99	86	99	84	99	88	97	73	14
15	99	90	99	87	99	91	97	75	15
16	99	93	99	91	99	94	98	78	16
17-26	99	≥ 96	99	≥ 94	99	≥ 98	99	≥ 80	17-26
<i>M (DE)</i>	2,98	(3,03)	3,46	(3,08)	2,74	(2,99)	4,55	(4,15)	<i>M (DE)</i>

Tabla 50.14

*Baremos del cuestionario CBCL/6-18 de la escala DSM: problemas de ansiedad*

Puntaje	Escala problemas de ansiedad; 9 ítems, rango de 0 a 18								Puntaje
	Masculino				Femenino				
	Edad 6-11; N = 338		Edad 12-18; N = 355		Edad 6-11; N = 296		Edad 12-18; N = 350		
	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	
0	7	37	7	37	8	38	7	37	0
1	21	41	20	41	21	41	19	40	1
2	34	44	34	44	35	45	30	43	2
3	46	48	47	48	50	48	42	46	3
4	59	51	60	51	61	52	52	49	4
5	72	54	72	55	72	55	62	52	5
6	80	58	80	58	82	58	71	55	6
7	87	61	85	62	87	62	79	58	7
8	91	65	91	65	91	65	85	61	8
9	93	68	95	69	94	69	89	64	9
10	96	71	98	72	97	72	93	67	10
11	98	75	99	76	98	75	96	69	11
12	99	78	99	79	99	79	97	72	12
13	99	82	99	83	99	82	98	75	13
14	99	85	99	86	99	86	99	78	14
15	99	89	99	90	99	89	99	81	15
16	99	92	99	93	99	93	99	84	16
17-18	99	≥ 95	99	≥ 97	99	≥ 96	99	≥ 87	17-18
<i>M (DE)</i>	3,70	(2,93)	3,65	(2,86)	3,55	(2,93)	4,32	(3,44)	<i>M (DE)</i>

Tabla 50.15

*Baremos del cuestionario CBCL/6-18 de la escala DSM: problemas somáticos*

Puntaje	Escala de problemas somáticos; 7 ítems, rango de 0 a 14								Puntaje
	Masculino				Femenino				
	Edad 6-11; N = 339		Edad 12-18; N = 352		Edad 6-11; N = 294		Edad 12-18; N = 348		
	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	
0	23	43	21	42	23	42	13	41	0
1	56	48	51	47	54	48	38	45	1
2	71	53	69	52	70	53	58	49	2
3	81	58	81	57	81	58	72	53	3
4	89	63	89	62	89	63	81	57	4
5	93	68	94	67	94	68	87	61	5
6	96	73	96	72	97	74	91	65	6
7	98	78	98	77	98	79	94	69	7
8	99	83	98	82	99	84	96	73	8
9	99	88	99	87	99	89	97	77	9
10-14	99	≥ 93	99	≥ 92	99	≥ 94	98	≥ 81	10-14
<i>M (DE)</i>	1,45	(1,97)	1,55	(1,99)	1,47	(1,92)	2,26	(2,46)	<i>M (DE)</i>

Tabla 50.16

*Baremos del cuestionario CBCL/6-18 de la escala DSM: problemas de déficit de atención/hiperactividad*

Puntaje	Escala de problemas de déficit de atención/hiperactividad; 7 ítems, rango de 0 a 14								Puntaje
	Masculino				Femenino				
	Edad 6-11; N = 336		Edad 12-18; N = 354		Edad 6-11; N = 294		Edad 12-18; N = 348		
	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	
0	7	37	6	37	10	39	6	37	0
1	19	40	18	40	27	42	19	41	1
2	29	43	30	43	41	45	34	44	2
3	41	46	42	47	52	49	48	48	3
4	52	49	55	50	60	52	61	51	4
5	63	53	66	53	69	55	71	54	5
6	73	56	76	57	80	58	79	58	6
7	81	59	84	60	87	62	85	61	7
8	87	62	90	63	91	65	91	64	8
9	91	65	94	67	94	68	94	68	9
10	94	68	96	70	97	72	96	71	10
11	96	71	98	74	98	75	98	75	11
12	98	74	99	77	99	78	99	78	12
13	99	77	99	80	99	82	99	81	13
14	99	80	99	84	99	85	99	85	14
<i>M (DE)</i>	4,19	(3,22)	3,99	(2,98)	3,45	(3,01)	3,72	(2,97)	<i>M (DE)</i>

Tabla 50.17

Baremos del cuestionario CBCL/6-18 de la escala DSM: negativismo desafiante

Puntaje	Escala problemas de negativismo desafiante; 5 ítems, rango de 0 a 10								Puntaje
	Masculino				Femenino				
	Edad 6-11; N = 336		Edad 12-18; N = 355		Edad 6-11; N = 295		Edad 12-18; N = 350		
	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	
0	10	37	7	37	11	38	7	36	0
1	27	42	24	42	31	43	23	41	1
2	40	47	41	46	49	48	37	45	2
3	56	51	55	50	65	53	50	50	3
4	72	56	70	55	78	58	67	54	4
5	85	61	82	59	87	62	81	59	5
6	93	66	90	64	93	67	89	63	6
7	96	70	94	68	96	72	95	68	7
8	99	75	96	72	99	77	98	72	8
9	99	80	98	77	99	82	99	77	9
10	99	85	99	81	99	86	99	81	10
<i>M (DE)</i>	2,71	(2,11)	2,92	(2,28)	2,41	(2,09)	3,04	(2,25)	<i>M (DE)</i>



Tabla 50.18

*Baremos del cuestionario CBCL/6-18 de la escala DSM: problemas de conducta*

Puntaje	Escala problemas de conducta; 17 ítems, rango de 0 a 34								Puntaje
	Masculino				Femenino				
	Edad 6-11; N = 335		Edad 12-18; N = 355		Edad 6-11; N = 295		Edad 12-18; N = 350		
	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	
0	16	42	15	42	19	43	14	42	0
1	40	45	38	45	47	46	37	45	1
2	55	49	54	48	65	50	53	47	2
3	67	52	65	50	80	54	64	50	3
4	79	55	74	53	87	58	73	53	4
5	87	59	81	56	90	62	81	56	5
6	91	62	86	59	93	66	85	59	6
7	93	66	90	62	94	70	88	62	7
8	94	69	92	64	95	74	92	65	8
9	96	73	93	67	96	78	94	68	9
10	97	76	95	70	98	82	96	71	10
11	98	80	96	73	99	86	97	74	11
12	99	83	97	76	99	90	98	77	12
13	99	87	98	78	99	94	98	80	13
14-34	99	≥ 90	98	≥ 81	100	≥ 98	98	≥ 83	14-34
<i>M (DE)</i>	2,42	(2,88)	2,85	(3,58)	1,89	(2,54)	2,87	(3,41)	<i>M (DE)</i>

Tabla 50.19

*Baremos del cuestionario CBCL/6-18 de las escalas 2007: problemas obsesivo-compulsivos*

Puntaje	Escala problemas obsesivo-compulsivos; 8 ítems, rango de 0 a 16								Puntaje
	Masculino				Femenino				
	Edad 6-11; N = 337		Edad 12-18; N = 355		Edad 6-11; N = 296		Edad 12-18; N = 349		
	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	
0	17	41	13	40	18	41	10	39	0
1	44	46	36	44	46	46	31	43	1
2	62	50	53	48	64	51	47	47	2
3	75	55	68	53	77	56	60	51	3
4	85	60	79	57	85	61	73	54	4
5	91	64	85	61	92	66	82	58	5
6	94	69	91	65	96	70	88	62	6
7	96	74	95	70	98	75	92	66	7
8	98	78	97	74	98	80	94	69	8
9	99	83	98	78	99	85	96	73	9
10	99	88	99	82	99	90	98	77	10
11	99	92	99	86	99	95	99	80	11
12-16	99	≥ 97	99	≥ 91	99	≥ 99	99	≥ 84	12-16
<i>M (DE)</i>	1,90	(2,16)	2,37	(2,37)	1,78	(2,07)	2,83	(2,69)	<i>M (DE)</i>

Tabla 50.20  
 Baremos del cuestionario CBCL/6-18 de las escalas 2007: problemas de estrés  
 postraumático

Puntaje	Escala problemas de estrés postraumático; 14 ítems, rango de 0 a 28								Puntaje
	Masculino				Femenino				
	Edad 6-11; N = 335		Edad 12-18; N = 355		Edad 6-11; N = 294		Edad 12-18; N = 349		
	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	
0	6	37	3	36	6	38	3	37	0
1	15	40	10	38	17	41	9	39	1
2	25	42	17	41	29	43	18	41	2
3	35	45	26	43	40	46	27	43	3
4	44	47	37	46	52	48	36	45	4
5	54	49	49	48	61	51	44	46	5
6	64	52	60	50	69	53	52	48	6
7	71	54	67	53	74	55	59	50	7
8	77	57	73	55	80	58	65	52	8
9	81	59	80	58	86	60	70	54	9
10	85	62	85	60	89	63	75	56	10
11	90	64	87	62	92	65	80	58	11
12	93	66	90	65	94	68	85	60	12
13	94	69	94	67	96	70	88	62	13
14	96	71	96	70	97	73	89	64	14
15	98	74	97	72	97	75	92	66	15
16	99	76	98	75	98	77	95	68	16
17	99	79	98	77	99	80	96	70	17
18	99	81	99	79	99	82	97	72	18
19	99	84	99	82	99	85	98	74	19
20	99	86	99	84	99	87	98	76	20
21	99	88	99	87	99	90	99	78	21
22	99	91	99	89	99	92	99	80	22
23	99	93	99	91	99	95	99	82	23
24-28	99	≥ 96	99	≥ 94	99	≥ 97	99	≥ 84	24-28
<i>M (DE)</i>	5,23	(4,10)	5,86	(4,13)	4,77	(4,08)	6,78	(5,05)	<i>M (DE)</i>

Tabla 50.21

*Baremos del cuestionario CBCL/6-18 de las escalas 2007: tempo cognitivo lento*

Puntaje	Escala tempo cognitivo lento; 4 ítems, rango de 0 a 8								Puntaje
	Masculino				Femenino				
	Edad 6-11; N = 336		Edad 12-18; N = 356		Edad 6-11; N = 295		Edad 12-18; N = 350		
	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	Percentil	T	
0	26	43	23	42	31	44	21	41	0
1	62	49	58	49	69	51	50	47	1
2	78	56	77	56	83	59	67	53	2
3	87	62	89	64	92	67	79	58	3
4	93	68	95	71	96	74	88	64	4
5	97	74	98	78	98	82	94	69	5
6	98	81	99	86	99	89	97	75	6
7-8	99	≥ 87	100	≥ 93	99	≥ 97	99	≥ 81	7-8
<i>M (DE)</i>	1,11	(1,59)	1,11	(1,38)	0,81	(1,32)	1,54	(1,79)	<i>M (DE)</i>

Tabla 50.22

*Baremos del cuestionario YSR/11-18 de las escalas empíricas de primer orden: ansioso/deprimido*

Puntaje	Escala ansioso/deprimido; 13 ítems, rango de 0 a 26				Puntaje
	Masculino		Femenino		
	Edad 12-18; N = 380		Edad 12-18; N = 348		
	Percentil	T	Percentil	T	
0	4	37	2	35	0
1	13	39	8	37	1
2	23	42	14	40	2
3	33	44	20	42	3
4	44	47	28	44	4
5	56	49	38	46	5
6	65	52	49	48	6
7	72	54	58	50	7
8	78	57	65	52	8
9	83	59	73	55	9
10	86	61	79	57	10
11	89	64	84	59	11
12	92	66	88	61	12
13	94	69	90	63	13
14	96	71	92	65	14
15	97	74	93	67	15
16	98	76	94	70	16
17	99	79	96	72	17
18	99	81	96	74	18
19	99	83	97	76	19
20	99	86	98	78	20
21	99	88	99	80	21
22	99	91	99	82	22
23	99	93	99	85	23
24	99	96	99	87	24
25-26	99	≥ 98	99	≥ 89	25-26
<i>M (DE)</i>	5,30	(4,09)	6,88	(4,66)	<i>M (DE)</i>

Tabla 50.23

*Baremos del cuestionario YSR/11-18 de las escalas empíricas de primer orden: retraído/deprimido*

Puntaje	Escala retraído/deprimido; 8 ítems, rango de 0 a 16				Puntaje
	Masculino		Femenino		
	Edad 12-18; N = 380		Edad 12-18; N = 348		
	Percentil	T	Percentil	T	
0	7	37	4	36	0
1	19	40	12	39	1
2	31	44	24	42	2
3	44	47	37	45	3
4	58	51	49	48	4
5	70	54	61	52	5
6	78	57	71	55	6
7	85	61	79	58	7
8	90	64	86	61	8
9	94	68	90	64	9
10	96	71	93	68	10
11	97	75	96	71	11
12	99	78	98	74	12
13	99	81	99	77	13
14	99	85	99	80	14
15	99	88	99	84	15
16	99	92	99	87	16
<i>M (DE)</i>	3,81	(2,93)	4,50	(3,13)	<i>M (DE)</i>

Tabla 50.24

*Baremos del cuestionario YSR/11-18 de las escalas empíricas de primer orden: quejas somáticas*

Puntaje	Escala quejas somáticas; 10 ítems, rango de 0 a 20				Puntaje
	Masculino		Femenino		
	Edad 12-18; N = 380		Edad 12-18; N = 348		
	Percentil	T	Percentil	T	
0	8	39	6	38	0
1	24	42	18	41	1
2	42	46	31	44	2
3	57	49	43	46	3
4	67	52	55	49	4
5	76	56	66	52	5
6	82	59	74	54	6
7	88	63	80	57	7
8	92	66	84	60	8
9	95	69	88	63	9
10	96	73	91	65	10
11	98	76	92	68	11
12	99	79	94	71	12
13	99	83	96	73	13
14	99	86	98	76	14
15	99	90	99	79	15
16	99	93	99	82	16
17-20	99	≥ 96	99	≥ 84	17-20
<i>M (DE)</i>	3,28	(2,96)	4,36	(3,69)	<i>M (DE)</i>

Tabla 50.25

*Baremos del cuestionario YSR/11-18 de las escalas empíricas de primer orden:  
problemas sociales*

Puntaje	Escala problemas sociales; 11 ítems, rango de 0 a 22				Puntaje
	Masculino		Femenino		
	Edad 12-18; N = 380		Edad 12-18; N = 348		
	Percentil	T	Percentil	T	
0	4	37	6	37	0
1	14	40	16	40	1
2	29	43	28	43	2
3	43	46	42	46	3
4	53	49	54	50	4
5	65	53	64	53	5
6	76	56	73	56	6
7	83	59	82	59	7
8	89	62	89	62	8
9	93	66	93	66	9
10	95	69	96	69	10
11	97	72	97	72	11
12	98	75	98	75	12
13	99	79	99	79	13
14	99	82	99	82	14
15	99	85	99	85	15
16	99	88	99	88	16
17	99	92	99	92	17
18	99	95	99	95	18
19-22	99	≥ 98	99	≥ 98	19-22
<i>M (DE)</i>	4,16	(3,09)	4,14	(3,09)	<i>M (DE)</i>



Tabla 50.26

*Baremos del cuestionario YSR/11-18 de las escalas empíricas de primer orden: problemas de pensamiento*

Puntaje	Escala problemas de pensamiento; 12 ítems, rango de 0 a 24				Puntaje
	Masculino		Femenino		
	Edad 12-18; N = 380		Edad 12-18; N = 348		
	Percentil	T	Percentil	T	
0	7	39	7	39	0
1	21	42	21	42	1
2	36	45	35	44	2
3	49	47	47	47	3
4	59	50	58	50	4
5	70	53	68	52	5
6	78	55	76	55	6
7	82	58	80	58	7
8	85	61	85	61	8
9	88	63	89	63	9
10	91	66	92	66	10
11	94	69	94	69	11
12	95	71	96	72	12
13	97	74	97	74	13
14	98	77	98	77	14
15	98	79	99	80	15
16	99	82	99	82	16
17	99	85	99	85	17
18	99	88	99	88	18
19	99	90	99	91	19
20	99	93	99	93	20
21	99	96	99	96	21
22-24	99	≥ 98	99	≥ 99	22-24
<i>M (DE)</i>	4,03	(3,72)	4,10	(3,66)	<i>M (DE)</i>

Tabla 50.27

*Baremos del cuestionario YSR/11-18 de las escalas empíricas de primer orden:  
problemas de atención*

Puntaje	Escala problemas de atención; 9 ítems, rango de 0 a 18				Puntaje
	Masculino		Femenino		
	Edad 12-18; N = 380		Edad 12-18; N = 348		
	Percentil	T	Percentil	T	
0	5	35	4	36	0
1	13	38	13	39	1
2	21	41	24	42	2
3	32	44	36	45	3
4	45	47	47	48	4
5	56	50	57	50	5
6	65	53	66	53	6
7	74	56	74	56	7
8	82	59	81	59	8
9	88	62	86	62	9
10	93	65	90	65	10
11	95	68	94	67	11
12	97	71	96	70	12
13	98	74	98	73	13
14	99	77	99	76	14
15	99	80	99	79	15
16	99	83	99	82	16
17	99	86	99	84	17
18	99	89	99	87	18
<i>M (DE)</i>	4,90	(3,33)	4,86	(3,52)	<i>M (DE)</i>

Tabla 50.28

*Baremos del cuestionario YSR/11-18 de las escalas empíricas de primer orden:  
conducta de romper normas*

Puntaje	Escala conducta de romper normas; 15 ítems, rango de 0 a 30				Puntaje
	Masculino		Femenino		
	Edad 12-18; N = 380		Edad 12-18; N = 348		
	Percentil	T	Percentil	T	
0	6	39	7	39	0
1	18	41	21	42	1
2	31	44	36	44	2
3	42	46	49	47	3
4	54	49	59	50	4
5	64	51	68	53	5
6	71	54	77	56	6
7	77	56	83	59	7
8	82	59	88	62	8
9	87	61	91	65	9
10	91	64	94	68	10
11	94	66	96	71	11
12	95	69	97	74	12
13	96	71	97	76	13
14	97	74	98	79	14
15	98	76	99	82	15
16	99	79	99	85	16
17	99	81	99	88	17
18	99	84	99	91	18
19	99	86	99	94	19
20-30	99	≥ 89	99	≥ 97	20-30
<i>M (DE)</i>	4,55	(3,97)	3,91	(3,44)	<i>M (DE)</i>

Tabla 50.29

*Baremos del cuestionario YSR/11-18 de las escalas empíricas de primer orden:  
conducta agresiva*

Puntaje	Escala conducta agresiva; 17 ítems, rango de 0 a 34				Puntaje
	Masculino		Femenino		
	Edad 12-18; N = 380		Edad 12-18; N = 348		
	Percentil	T	Percentil	T	
0	3	37	3	35	0
1	8	38	8	37	1
2	16	40	13	39	2
3	23	42	18	41	3
4	31	44	26	43	4
5	40	46	33	45	5
6	48	48	41	47	6
7	55	49	50	49	7
8	62	51	60	51	8
9	67	53	67	53	9
10	73	55	73	55	10
11	78	57	79	57	11
12	82	58	84	59	12
13	85	60	86	61	13
14	88	62	89	63	14
15	89	64	90	65	15
16	92	66	92	67	16
17	94	68	95	69	17
18	96	69	96	71	18
19	97	71	97	72	19
20	98	73	98	74	20
21	98	75	98	76	21
22	98	77	99	78	22
23	99	79	99	80	23
24	99	80	99	82	24
25	99	82	99	84	25
26	99	84	99	86	26
27	99	86	99	88	27
28	99	88	99	90	28
29	99	90	99	92	29
30	99	91	99	94	30
31	99	93	99	96	31
32-34	99	≥ 95	99	≥ 98	32-34
<i>M (DE)</i>	7,36	(5,47)	7,57	(5,09)	<i>M (DE)</i>

Tabla 50.30

*Baremos del cuestionario YSR/11-18 de las escalas empíricas de segundo orden:  
problemas interiorizados*

Puntaje	Escala problemas interiorizados; 31 ítems, rango de 0 a 62				Puntaje
	Masculino		Femenino		
	Edad 12-18; N = 380		Edad 12-18; N = 348		
	Percentil	T	Percentil	T	
0	2	35	2	34	0
1	4	36	3	35	1
2	6	38	4	36	2
3	9	39	6	37	3
4	14	40	9	38	4
5	19	41	11	39	5
6	25	42	14	40	6
7	30	44	18	41	7
8	35	45	22	42	8
9	40	46	27	43	9
10	47	47	32	44	10
11	53	48	36	45	11
12	58	50	40	46	12
13	61	51	46	47	13
14	64	52	51	48	14
15	68	53	55	49	15
16	70	54	59	50	16
17	72	56	63	51	17
18	75	57	65	52	18
19	79	58	67	53	19
20	81	59	70	54	20
21	84	60	73	55	21
22	86	62	75	56	22
23	88	63	79	57	23
24	90	64	82	58	24
25	92	65	85	59	25
26	93	66	87	60	26
27	94	68	88	61	27
28	95	69	90	62	28
29	96	70	91	63	29
30	96	71	92	64	30
31	97	72	93	65	31
32	97	74	93	66	32
33	98	75	94	67	33
34	98	76	94	68	34

Puntaje	Escala problemas interiorizados; 31 ítems, rango de 0 a 62				Puntaje
	Masculino		Femenino		
	Edad 12-18; N = 380		Edad 12-18; N = 348		
	Percentil	T	Percentil	T	
35	99	77	94	69	35
36	99	78	95	70	36
37	99	80	95	71	37
38	99	81	95	72	38
39	99	82	96	73	39
40	99	83	96	74	40
41	99	84	97	75	41
42	99	86	98	76	42
43	99	87	98	77	43
44	99	88	99	78	44
45	99	89	99	79	45
46	99	90	99	80	46
47	99	92	99	81	47
48	99	93	99	82	48
49	99	94	99	83	49
50	99	95	99	84	50
51	99	96	99	85	51
52	99	98	99	86	52
53-62	99	≥ 99	99	≥ 87	53-62
<i>M (DE)</i>	12,38	(8,33)	15,75	(9,93)	<i>M (DE)</i>

Tabla 50.31

*Baremos del cuestionario YSR/11-18 de las escalas empíricas de segundo orden: problemas exteriorizados*

Puntaje	Escala problemas exteriorizados; 32 ítems, rango de 0 a 64				Puntaje
	Masculino		Femenino		
	Edad 12-18; N = 380		Edad 12-18; N = 348		
	Percentil	T	Percentil	T	
0	2	37	2	35	0
1	5	38	5	37	1
2	9	39	8	38	2
3	14	40	12	39	3
4	18	41	17	40	4
5	24	42	22	42	5
6	30	43	27	43	6
7	35	44	32	44	7
8	40	46	37	46	8
9	45	47	43	47	9
10	49	48	48	48	10
11	53	49	53	49	11
12	57	50	59	51	12
13	62	51	64	52	13
14	66	52	69	53	14
15	70	53	72	54	15
16	73	55	76	56	16
17	75	56	79	57	17
18	77	57	82	58	18
19	81	58	84	59	19
20	84	59	86	61	20
21	86	60	88	62	21
22	87	61	90	63	22
23	89	63	91	65	23
24	90	64	92	66	24
25	91	65	94	67	25
26	93	66	95	68	26
27	94	67	95	70	27
28	95	68	96	71	28
29	96	69	97	72	29
30	96	70	97	73	30
31	97	72	98	75	31
32	97	73	98	76	32
33	97	74	99	77	33
34	97	75	99	78	34

Puntaje	Escala problemas exteriorizados; 32 ítems, rango de 0 a 64				Puntaje
	Masculino		Femenino		
	Edad 12-18; N = 380		Edad 12-18; N = 348		
	Percentil	T	Percentil	T	
35	97	76	99	80	35
36	98	77	99	81	36
37	98	78	99	82	37
38	99	79	99	83	38
39	99	81	99	85	39
40	99	82	99	86	40
41	99	83	99	87	41
42	99	84	99	89	42
43	99	85	99	90	43
44	99	86	99	91	44
45	99	87	99	92	45
46	99	89	99	94	46
47	99	90	99	95	47
48	99	91	99	96	48
49	99	92	99	97	49
50-64	99	≥ 93	99	≥ 99	50-64
<i>M (DE)</i>	11,91	(8,85)	11,52	(7,91)	<i>M (DE)</i>



Tabla 50.32

*Baremos del cuestionario YSR/11-18 de las escalas empíricas de tercer orden: total problemas*

Puntaje	Escala total problemas; 95 ítems, rango de 0 a 190				Puntaje
	Masculino		Femenino		
	Edad 12-18; N = 380		Edad 12-18; N = 348		
	Percentil	T	Percentil	T	
0	1	28	0	28	0
1	2	29	1	28	1
2	2	29	1	29	2
3	3	29	1	29	3
4	3	30	1	29	4
5	3	30	1	30	5
6	3	30	1	30	6
7	3	31	2	31	7
8	3	31	2	31	8
9	3	32	2	31	9
10	3	32	2	32	10
11	3	32	2	32	11
12	3	33	2	32	12
13	3	33	2	33	13
14	4	33	2	33	14
15	4	34	2	33	15
16	4	34	3	34	16
17	4	34	3	34	17
18	4	35	3	34	18
19	5	35	4	35	19
20	5	36	4	35	20
21	5	36	4	35	21
22	6	36	5	36	22
23	6	37	6	36	23
24	7	37	6	37	24
25	8	37	7	37	25
26	9	38	8	37	26
27	10	38	9	38	27
28	10	38	10	38	28
29	11	39	11	38	29
30	12	39	11	39	30
31	13	40	12	39	31
32	13	40	14	39	32
33	14	40	14	40	33
34	15	41	15	40	34

Puntaje	Escala total problemas; 95 ítems, rango de 0 a 190				Puntaje
	Masculino		Femenino		
	Edad 12-18; N = 380		Edad 12-18; N = 348		
	Percentil	T	Percentil	T	
35	16	41	15	40	35
36	16	41	16	41	36
37	18	42	17	41	37
38	19	42	17	41	38
39	20	42	19	42	39
40	21	43	21	42	40
41	23	43	23	42	41
42	25	44	25	43	42
43	28	44	26	43	43
44	29	44	28	44	44
45	31	45	29	44	45
46	33	45	30	44	46
47	35	45	31	45	47
48	37	46	32	45	48
49	38	46	34	45	49
50	40	46	35	46	50
51	42	47	36	46	51
52	43	47	37	46	52
53	44	48	38	47	53
54	46	48	39	47	54
55	48	48	41	47	55
56	50	49	43	48	56
57	51	49	45	48	57
58	52	49	47	48	58
59	54	50	49	49	59
60	56	50	50	49	60
61	57	50	52	50	61
62	58	51	53	50	62
63	59	51	55	50	63
64	60	52	56	51	64
65	61	52	57	51	65
66	63	52	59	51	66
67	65	53	61	52	67
68	66	53	63	52	68
69	67	53	65	52	69
70	69	54	67	53	70
71	70	54	69	53	71
72	72	54	69	53	72

Puntaje	Escala total problemas; 95 ítems, rango de 0 a 190				Puntaje
	Masculino		Femenino		
	Edad 12-18; N = 380		Edad 12-18; N = 348		
	Percentil	T	Percentil	T	
73	73	55	70	54	73
74	74	55	70	54	74
75	75	56	71	54	75
76	76	56	72	55	76
77	76	56	73	55	77
78	77	57	74	55	78
79	78	57	75	56	79
80	79	57	76	56	80
81	80	58	77	57	81
82	80	58	78	57	82
83	81	58	78	57	83
84	82	59	79	58	84
85	82	59	80	58	85
86	83	60	81	58	86
87	83	60	82	59	87
88	84	60	83	59	88
89	85	61	84	59	89
90	86	61	84	60	90
91	86	61	85	60	91
92	86	62	86	60	92
93	87	62	87	61	93
94	87	62	88	61	94
95	88	63	89	61	95
96	88	63	89	62	96
97	89	64	90	62	97
98	89	64	91	63	98
99	90	64	91	63	99
100	91	65	92	63	100
101	92	65	93	64	101
103	92	66	93	64	103
104	93	66	93	65	104
105	93	66	93	65	105
106	94	67	93	65	106
107	94	67	94	66	107
108	94	68	94	66	108
109	95	68	94	66	109
110	95	68	94	67	110
111	96	69	94	67	111

Puntaje	Escala total problemas; 95 ítems, rango de 0 a 190				Puntaje
	Masculino		Femenino		
	Edad 12-18; N = 380		Edad 12-18; N = 348		
	Percentil	T	Percentil	T	
112	96	69	94	67	112
113	96	69	95	68	113
114	96	70	95	68	114
118	97	71	96	70	118
120	97	72	96	70	120
121	98	72	96	71	121
122	98	73	96	71	122
123	98	73	96	71	123
124	98	73	97	72	124
126	99	74	97	72	126
127	99	75	97	73	127
129	99	75	97	73	129
130	99	76	98	74	130
131	99	76	98	74	131
133	99	77	98	75	133
136-190	99	78	99	76	136-190
<i>M (DE)</i>	59,74	(27,45)	62,39	(28,46)	<i>M (DE)</i>

Tabla 50.33

*Baremos del cuestionario YSR/11-18 de la escala otros problemas*

Puntaje	Escala otros problemas; 17 ítems, rango de 0 a 34				Puntaje
	Masculino		Femenino		
	Edad 12-18; N = 380		Edad 12-18; N = 348		
	Percentil	T	Percentil	T	
0	4	34	3	35	0
1	11	38	11	38	1
2	21	41	22	42	2
3	33	45	36	45	3
4	46	48	50	49	4
5	60	52	63	52	5
6	74	56	73	55	6
7	82	59	81	59	7
8	89	63	87	62	8
9	94	66	92	66	9
10	97	70	95	69	10
11	98	74	97	73	11
12	99	77	99	76	12
13	99	81	99	80	13
14	99	85	99	83	14
15	99	88	99	86	15
16	99	92	99	90	16
17	99	95	99	93	17
18-34	99	≥ 99	99	≥ 97	18-34
<i>M (DE)</i>	4,43	(2,77)	4,40	(2,90)	<i>M (DE)</i>

Tabla 50.34

*Baremos del cuestionario YSR/11-18 de las escalas DSM: problemas afectivos*

Puntaje	Escala problemas afectivos; 13 ítems, rango de 0 a 26				Puntaje
	Masculino		Femenino		
	Edad 12-18; N = 380	Edad 12-18; N = 348	Edad 12-18; N = 348	Edad 12-18; N = 380	
	Percentil	T	Percentil	T	
0	4	37	3	36	0
1	13	40	10	38	1
2	24	42	17	41	2
3	38	45	26	43	3
4	49	48	36	45	4
5	60	51	45	47	5
6	69	54	55	50	6
7	76	56	64	52	7
8	83	59	71	54	8
9	88	62	78	56	9
10	91	65	83	58	10
11	93	67	87	61	11
12	95	70	90	63	12
13	97	73	92	65	13
14	98	76	93	67	14
15	99	79	95	70	15
16	99	81	96	72	16
17	99	84	96	74	17
18	99	87	97	76	18
19	99	90	98	78	19
20	99	93	99	81	20
21	99	95	99	83	21
22-26	99	≥ 98	99	≥ 85	22-26
<i>M (DE)</i>	4,74	(3,58)	6,19	(4,50)	<i>M (DE)</i>

Tabla 50.35

Baremos del cuestionario YSR/11-18 de las escalas DSM: problemas de ansiedad

Puntaje	Escala problemas de ansiedad; 9 ítems, rango de 0 a 18				Puntaje
	Masculino		Femenino		
	Edad 12-18; N = 380		Edad 12-18; N = 348		
	Percentil	T	Percentil	T	
0	4	35	2	33	0
1	12	39	7	36	1
2	23	42	13	39	2
3	36	45	24	42	3
4	48	48	37	46	4
5	59	51	48	49	5
6	69	54	59	52	6
7	78	58	72	55	7
8	85	61	82	58	8
9	90	64	88	61	9
10	94	67	92	64	10
11	96	70	93	67	11
12	98	74	96	71	12
13	99	77	98	74	13
14	99	80	98	77	14
15	99	83	99	80	15
16	99	86	99	83	16
17	99	90	99	86	17
18	99	93	99	89	18
<i>M (DE)</i>	4,60	(3,13)	5,41	(3,20)	<i>M (DE)</i>

Tabla 50.36

*Baremos del cuestionario YSR/11-18 de las escalas DSM: problemas somáticos*

Puntaje	Escala problemas somáticos; 7 ítems, rango de 0 a 14				Puntaje
	Masculino		Femenino		
	Edad 12-18; N = 380		Edad 12-18; N = 348		
	Percentil	T	Percentil	T	
0	16	41	11	39	0
1	41	45	30	43	1
2	60	50	47	47	2
3	74	55	63	51	3
4	84	60	75	55	4
5	91	64	82	59	5
6	95	69	87	62	6
7	97	74	92	66	7
8	97	78	94	70	8
9	99	83	96	74	9
10	99	88	98	78	10
11	99	93	99	82	11
12-14	99	≥ 97	99	≥ 85	12-14
<i>M (DE)</i>	1,97	(2,12)	2,77	(2,60)	<i>M (DE)</i>



Tabla 50.37

*Baremos del cuestionario YSR/11-18 de las escalas DSM: problemas de déficit de atención/hiperactividad*

Puntaje	Escala de problemas déficit de atención/hiperactividad; 7 ítems, rango de 0 a 14				Puntaje
	Masculino		Femenino		
	Edad 12-18; N = 380		Edad 12-18; N = 348		
	Percentil	T	Percentil	T	
0	5	35	4	36	0
1	14	39	13	39	1
2	24	42	26	42	2
3	36	46	40	46	3
4	49	49	51	49	4
5	63	52	62	52	5
6	73	56	73	56	6
7	82	59	82	59	7
8	89	63	88	63	8
9	93	66	93	66	9
10	96	70	96	69	10
11	98	73	97	73	11
12	99	76	98	76	12
13	99	80	99	79	13
14	99	83	99	83	14
<i>M (DE)</i>	4,29	(2,91)	4,27	(2,98)	<i>M (DE)</i>

Tabla 50.38

*Baremos del cuestionario YSR/11-18 de las escalas DSM: negativismo desafiante*

Puntaje	Escala problemas de negativismo desafiante; 5 ítems, rango de 0 a 10				Puntaje
	Masculino		Femenino		
	Edad 12-18; N = 380		Edad 12-18; N = 348		
	Percentil	T	Percentil	T	
0	7	36	5	35	0
1	22	41	18	40	1
2	37	46	33	45	2
3	55	51	51	50	3
4	72	55	68	54	4
5	84	60	81	59	5
6	92	65	90	64	6
7	96	70	96	69	7
8	98	74	98	74	8
9	99	79	99	79	9
10	99	84	99	83	10
<i>M (DE)</i>	2,89	(2,10)	3,10	(2,06)	<i>M (DE)</i>

Tabla 50.39

*Baremos del cuestionario YSR/11-18 de las escalas DSM: problemas de conducta*

Puntaje	Escala problemas de conducta; 15 ítems, rango de 0 a 30				Puntaje
	Masculino		Femenino		
	Edad 12-18; N = 380		Edad 12-18; N = 348		
	Percentil	T	Percentil	T	
0	6	39	7	39	0
1	18	41	22	42	1
2	32	44	38	45	2
3	45	46	52	48	3
4	54	49	62	51	4
5	63	51	70	54	5
6	72	54	77	57	6
7	80	57	83	59	7
8	85	59	88	62	8
9	88	62	91	65	9
10	92	64	93	68	10
11	94	67	96	71	11
12	96	69	98	74	12
13	97	72	99	77	13
14	97	74	99	80	14
15	97	77	99	83	15
16-30	98	79	99	86	16-30
<i>M (DE)</i>	4,42	(3,95)	3,78	(3,41)	<i>M (DE)</i>

Tabla 50.40

*Baremos del cuestionario YSR/11-18 de las escalas 2007: problemas obsesivo-compulsivo*

Puntaje	Escala problemas obsesivo-compulsivos; 8 ítems, rango de 0 a 16				Puntaje
	Masculino		Femenino		
	Edad 12-18; N = 380		Edad 12-18; N = 348		
	Percentil	T	Percentil	T	
0	5	37	5	37	0
1	17	40	17	40	1
2	32	44	29	43	2
3	46	47	43	46	3
4	57	50	55	50	4
5	68	54	66	53	5
6	78	57	75	56	6
7	84	60	82	59	7
8	89	64	87	62	8
9	94	67	91	65	9
10	96	70	94	68	10
11	97	74	96	71	11
12	98	77	97	74	12
13	99	81	98	77	13
14	99	84	99	81	14
15	99	87	99	84	15
16	99	91	99	87	16
<i>M (DE)</i>	3,89	(2,98)	4,15	(3,23)	<i>M (DE)</i>

Tabla 50.41

Baremos del cuestionario YSR/11-18 de las escalas 2007: problemas de estrés postraumático

Puntaje	Escala problemas de estrés postraumático; 14 ítems, rango de 0 a 28				Puntaje
	Masculino		Femenino		
	Edad 12-18; N = 380		Edad 12-18; N = 348		
	Percentil	T	Percentil	T	
0	1	34	2	33	0
1	5	36	4	35	1
2	10	38	7	37	2
3	17	40	13	39	3
4	27	43	19	41	4
5	36	45	27	43	5
6	43	47	35	45	6
7	50	49	43	47	7
8	58	51	51	49	8
9	66	53	60	51	9
10	73	55	68	53	10
11	78	58	74	55	11
12	83	60	79	57	12
13	87	62	83	59	13
14	89	64	86	61	14
15	93	66	89	63	15
16	95	68	92	65	16
17	96	71	94	67	17
18	97	73	95	69	18
19	98	75	96	71	19
20	99	77	97	73	20
21	99	79	98	75	21
22	99	81	99	77	22
23	99	83	99	79	23
24	99	86	99	81	24
25	99	88	99	83	25
26	99	90	99	85	26
27	99	92	99	88	27
28	99	94	99	90	28
<i>M (DE)</i>	7,48	(4,64)	8,39	(4,96)	<i>M (DE)</i>

Tabla 50.42

Baremos del cuestionario YSR/11-18 de las escalas 2007: cualidades positivas

Puntaje	Escala cualidades positivas; 14 ítems, rango de 0 a 28				Puntaje
	Masculino		Femenino		
	Edad 12-18; N = 380		Edad 12-18; N = 348		
	Percentil	T	Percentil	T	
1	3	22	1	21	1
2	3	24	2	23	2
3	4	25	2	25	3
4	4	27	2	27	4
5	5	29	3	28	5
6	5	30	4	30	6
7	6	32	5	32	7
8	7	34	7	34	8
9	8	35	9	35	9
10	9	37	11	37	10
11	10	39	13	39	11
12	12	40	16	40	12
13	16	42	21	42	13
14	21	44	25	44	14
15	26	45	29	46	15
16	33	47	36	47	16
17	40	49	43	49	17
18	46	50	49	51	18
19	54	52	57	53	19
20	62	53	64	54	20
21	68	55	70	56	21
22	74	57	75	58	22
23	80	58	82	60	23
24	84	60	88	61	24
25	88	62	92	63	25
26	93	63	95	65	26
27	97	65	98	66	27
28	99	67	99	68	28
<i>M (DE)</i>	17,90	(6,04)	17,50	(5,79)	<i>M (DE)</i>

#### 4.6 Acuerdo entre la información de padres e hijos

Los coeficientes de correlación de Pearson fueron estadísticamente significativos en todas las escalas. Las escalas en las que se observa un acuerdo aceptable de concordancia entre la información de los padres y la de los niños fueron tres (Tabla 51): conducta agresiva (.51), problemas exteriorizados (.53) y problemas de conducta (.51). Las escalas con el grado de acuerdo más bajo fueron problemas sociales (.39), problemas de pensamiento (.35), problemas de ansiedad (.36), problemas obsesivo-compulsivos (.34) y otros problemas (.34).

Tabla 51

*Acuerdo entre la información de padres e hijos utilizando los cuestionarios CBCL/6-18 y YSR/11-18*

Escala	Correlación*
<i>Escalas empíricas</i>	
Ansioso/deprimido	,44
Retraído/deprimido	,42
Quejas somáticas	,41
Problemas sociales	,39
Problemas de pensamiento	,35
Problemas de atención	,48
Conducta de romper normas	,48
Conducta agresiva	,51
Problemas interiorizados	,46
Problemas exteriorizados	,53
Total problemas	,45
<i>Escalas DSM</i>	
Problemas afectivos	,44
Problemas de ansiedad	,36
Problemas somáticos	,40
Problemas déficit de atención/hiperactividad	,47
Problemas de negativismo desafiante	,42
Problemas de conducta	,51
<i>Escalas 2007</i>	
Problemas obsesivo-compulsivos	,34
Problemas estrés postraumático	,45
Otros problemas	,34

\* Todos los valores:  $p < .001$

## 5. DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio fue estimar la prevalencia de los problemas psicológicos en niños y adolescentes de 6 a 18 años de la población de la ciudad de Quito, utilizando los cuestionarios CBCL/6-18 y YSR/11-18 de Achenbach, y estudiar su asociación con diversas variables sociodemográficas.

Primero, se analizó la consistencia interna de las puntuaciones de ambas escalas. Segundo, se obtuvieron las prevalencias de los problemas psicopatológicos según la información proporcionada por los niños y sus padres. Tercero, se estudió la asociación entre las variables sociodemográficas y los problemas emocionales y conductuales. Cuarto, se obtuvieron los baremos por género y por grupos de edad, 6 a 11 años y 12 a 18 años. Y quinto, se estudió el acuerdo entre la información proporcionada por padres e hijos.

A continuación se discutirán los resultados, siguiendo como guía cada uno de los objetivos analizados.

### 5.1 Consistencia interna de las escalas del cuestionario CBCL/6-18 y YSR/11-18

Las escalas de los dos cuestionarios tienen, en su mayoría, una consistencia interna entre aceptable y buena. Hay tres escalas que tienen una consistencia interna excelente, seis escalas del CBCL/6-18 y tres del YSR/11-18 que fueron cuestionables y una escala del CBCL/6-18 que fue mala.

Se encontró una consistencia interna excelente en las escalas interiorizada, exteriorizada y total problemas. Esto era algo esperado, debido a que estas escalas contienen el mayor número de ítems del cuestionario y, por lo tanto, mayor fiabilidad en comparación con las otras escalas. Los resultados de este estudio se asemejan a lo encontrado en varios países como México, Brasil, Estados Unidos, incluyendo al autor del cuestionario (Achenbach y Rescorla, 2007; Albores-Gallo et al., 2007; Rocha et al., 2013). Las escalas empíricas de primer orden, escalas DSM-5 y escalas 2007 tienen un menor número de ítems en cada escala, por lo que se obtuvo una menor consistencia interna. Sin embargo, Achenbach y Rescorla (2001) indican que esto no significa que estas escalas no tengan una buena fiabilidad.

En el CBCL/6-18, seis de las escalas tenían valores de consistencia interna cuestionable, y una escala era mala. Estas escalas tienen pocos ítems que las



conforman, pero se obtuvo la correlación inter-ítem para poder valorar la consistencia interna con independencia de la longitud de cada escala, y el valor alfa sin ítem para saber si existió algún ítem que pudo empeorar la fiabilidad de cada escala.

La escala de problemas sociales fue cuestionable en niños de 12 a 18 años. En el Anexo 3D, todas las correlaciones inter-ítem indican que todos los ítems están suficientemente correlacionados. En los valores alfa sin ítem se pudo ver que todos los ítems contribuyen a la consistencia. Por lo tanto, se podría afirmar que esta escala sí es fiable.

En la escala de problemas de pensamiento, los resultados fueron cuestionables en niñas de 6 a 11 años. En el Anexo 3E, en la correlación inter-ítem se puede ver que los ítems 18 (intentado suicidarse), 58 (araña partes del cuerpo), 59 (juega partes sexuales), 60 (juega demasiado con las partes sexuales) y 92 (sonambulismo) no están suficientemente correlacionados. En los valores alfa sin el ítem, los ítems 59 (juega con las partes sexuales) y 92 (sonambulismo) no contribuyen a la consistencia interna y podrían estar empeorando la fiabilidad. Además, la escala de problemas de pensamiento (64) aparece sistemáticamente con coeficientes bajos en otros estudios y en los resultados del autor del cuestionario (Achenbach y Rescorla, 2001; Albores-Gallo et al., 2007; Carter, Grigorenko, y Pauls, 1995; Frigerio et al., 2004).

La escala de conducta de romper normas fue cuestionable en niñas de 6 a 11 años y tiene 17 ítems. En el Anexo 3G, la correlación inter-ítem indica que los ítems 72 (prende fuego), 101 (ausencia escuela) y 105 (drogas) no están suficientemente correlacionados y hay dos ítems que tienen una variabilidad nula: el ítem 73 (problemas sexuales) y el ítem 99 (fuma). En el valor alfa sin el ítem los ítems 72, 101 y 105 no contribuyen a la consistencia interna. En la Tabla 24 se puede observar que el valor de la desviación estándar es bajo, lo que explicaría el motivo de por qué no contribuyen los ítems.

En la escala de problemas somáticos los resultados fueron cuestionables en niños de 12 a 18 años. En el Anexo 3O, la correlación promedio inter-ítems indica que todos los ítems están correlacionados, pero en el valor alfa sin el ítem se puede ver que el ítem 56d (problemas de ojos) podría estar afectando la consistencia interna de la escala. Esto podría deberse a que en Ecuador no es común preocuparse por los problemas en los ojos; es más, la salud pública de este país no cuenta con una cobertura para la revisión de problemas oftalmológicos, que por lo demás suele ser muy cara.

En la escala de problemas obsesivo-compulsivos, los valores de consistencia interna fueron cuestionables para niños y niñas de 6 a 11 años y niños de 12 a 18 años. En el Anexo 3S se puede ver que todos los ítems están correlacionados y que todos los ítems contribuyen a la consistencia interna de la escala. Los resultados de este estudio son similares a los obtenidos por el autor del cuestionario (Achenbach y Rescorla, 2007). Por lo tanto, esta escala sí sería fiable.

La escala de tempo cognitivo lento fue cuestionable para niñas de 6 a 11 años y mala para niños de 12 a 18 años. En el Anexo 3U, en la correlación inter-ítem se puede ver que todos los ítems están correlacionados, y que en el alfa sin ítem en niñas de 6 a 11 años todos los ítems contribuyen a la consistencia interna, por lo que esta escala sería moderadamente fiable. Sin embargo, en la escala de niños de 12 a 18 años, la correlación es baja entre los ítems, el ítem 102 (poco activo) no contribuye a la consistencia interna de la escala y es una escala que tiene sólo 4 ítems. Estos factores podrían estar afectando la consistencia interna de la escala. Es importante mencionar que el resultado de este estudio es similar a lo encontrado por el autor del cuestionario, quien señala que la escala de tempo cognitivo lento tiene una consistencia interna moderada (Achenbach y Rescorla, 2007).

En el YSR se encontraron dos escalas con valores de consistencia interna cuestionables, problemas sociales y problemas de negativismo desafiante. La escala de problemas sociales fue cuestionable en niños y niñas. En el Anexo 4D, en la correlación inter-ítem en niños se puede ver que los ítems 64 (prefiere estar con niños menores) y 79 (problemas en el habla) no están suficientemente correlacionados, al igual que el ítem 79 en niñas. En el valor alfa sin el ítem estos mismos ítems no contribuyeron a la consistencia. La escala de problemas de negativismo desafiante fue cuestionable en niños. En el Anexo 4Q, en la correlación inter-ítem se puede ver que todos los ítems están correlacionados, y que en el alfa sin ítem todos contribuyen a la consistencia interna. Sin embargo, es una escala que tiene sólo 5 ítems y esto podría afectar los resultados de la consistencia interna.

Si se comparan los resultados de consistencia interna obtenidos en los dos cuestionarios, se puede ver que el cuestionario YSR/11-18 fue más consistente. Esto indica que lo que llenaron los padres tuvo una menor consistencia que lo que llenaron los niños y adolescentes. Se cree que esto pudo haber pasado por algunas razones. Primero, los padres no están con los niños todo el tiempo, gran parte del día los niños están en el colegio. Por lo tanto, hay información que ellos pueden estar asumiendo

que les pasa a sus hijos, pero no lo saben con certeza. Por otro lado, el CBCL/6-18 fue llenado en casa por los padres, mientras que el YSR/11-18 fue llenado en la escuela con la ayuda de las psicólogas, a fin de resolver las dudas que podrían haber tenido los niños de las preguntas. Fueron muy pocos los padres que llamaron a la investigadora con dudas sobre las preguntas del cuestionario, y cabe la posibilidad de que haya preguntas que los padres tal vez no entendieron cabalmente, lo cual afectó la consistencia.

## **5.2 Prevalencias de los problemas psicopatológicos en niños y adolescentes de 6 a 18 años de Quito**

En la población general de Quito, correspondiente a niños de 6-18 años, se han encontrado, mediante medidas dimensionales, rangos de prevalencias de problemas clínicos de 0,3% a 17,7% según informan los padres, y de 0,6% a 21,1% según la información del niño. Por tipo de escalas, los trastornos más prevalentes fueron los problemas de pensamiento (escalas empíricas de primer orden), los problemas interiorizados (escala empírica de segundo orden), los problemas de ansiedad (escalas DSM-5) y los problemas obsesivo-compulsivos (escalas 2007). Los niños de 6 a 11 años mostraron prevalencias más altas que las niñas, mientras que las niñas de 12 a 18 años mostraron prevalencias más altas que los niños. Los niños de 12 a 18 años, los niños de una familia no nuclear, los niños que asisten a un colegio público y que no son de etnia mestiza mostraron prevalencias más altas de problemas psicológicos. Además, en las asociaciones entre las variables sociodemográficas y los problemas psicológicos de niños y adolescentes, se pudo ver que pertenecer a una familia no nuclear, asistir a un colegio público y tener mayor edad está asociado a un mayor puntaje en la mayoría de las escalas del CBCL/6-18 y YSR/11-18.

En los problemas subclínicos, se obtuvieron rangos de 1,1% a 11,7% según informan los padres, y 0,9% a 17,3% según informan los niños. Por tipo de escalas, los trastornos más prevalentes fueron quejas somáticas (escalas empíricas de primer orden), total problemas (escalas empíricas de segundo orden), problemas de ansiedad (escalas DSM-5) y cualidades positivas (escalas 2007). Los niños de 6 a 11 años mostraron prevalencias más altas que las niñas mientras que las niñas de 12 a 18 años mostraron prevalencias más altas que los niños. Los niños de 12 a 18 años, los niños de una familia no nuclear y que no son de mestizos mostraron prevalencias más altas

de problemas psicológicos según reportaron padres e hijos. Los niños que asistieron a colegios públicos presentaron más problemas emocionales según indicaron los padres. Los niños indicaron que la prevalencia de problemas psicológicos fue más alta para los niños que asistieron a un colegio privado. Esta información se considera muy importante conocer, a pesar de no ser uno de los principales objetivos de este estudio, las escalas subclínicas permitieron la identificación temprana de síntomas o de problemas psicológicos de niños y niñas que se encuentran en riesgo de presentar un deterioro más importante en un futuro. Con esta información se podría realizar campañas de prevención específicamente en la población de mayor riesgo de Quito.

### **5.2.1 Comparación de las prevalencias de este estudio con otras poblaciones**

La magnitud de problemas psicológicos en niños y adolescentes de Quito es similar a la que se ha hallado en diversos países. Se encontró una prevalencia global de 20,9%% a 21,1% según los padres, y de 3,7% a 11,7% según los niños. Estos resultados se asemejan a lo encontrado en varios estudios acerca de una revisión de la prevalencia epidemiológica, realizada por De La Barra (2009) y por Merikangas et al. (2009). Además, comparado con lo encontrado en el Estudio Internacional Epidemiológico de Achenbach, Rescorla e Ivanova (2012), se puede ver que Quito obtuvo una prevalencia similar a Nativos Americanos de Estados Unidos, Estados Unidos y Canadá y Puerto Rico (19,8%), Nueva Zelanda (19,6%), Houston, Texas (17,1%) y Australia (15,0%).

En este mismo estudio se pueden ver ciudades y países que tienen una prevalencia más baja como Taubaté, Brasil (12,7%), India (12,0%), Israel (11,7%), Reino Unido y Brasil (9,7%), Bangalore, Nueva Zelanda (8,8%), Italia (8,2%), Bergen, Noruega (7,0%) y Goa, India 1,8% y ciudades y países con prevalencias mucho más altas, como Estados Unidos (50,6%), Santiago de Chile (42,4%) y Hong Kong (38,4%). En 2015, en uno de los mayores metaanálisis realizados en los últimos años se encontró una prevalencia del 15% de problemas psicológicos de niños y adolescentes, que también son similares a las prevalencias encontradas en Quito (Polanczyk et al., 2015).

Por lo tanto, se puede apreciar que la prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes varía de acuerdo a la ubicación geográfica y que no existe una prevalencia que sea exactamente igual de un país u otro. Incluso se puede ver que

distintas investigaciones realizadas en un mismo país encuentran prevalencias diferentes, o estudios realizados en distintos años por distintos autores también indican una gran variabilidad en la prevalencia. Esto se debe a que, a pesar de que son algunas décadas en las que se han realizado estudios epidemiológicos de problemas psicológicos en niños y adolescentes, cada investigador utiliza una diferente metodología de recolección de información (Achenbach et al., 2012). Como se explicó en el marco teórico, hay dos categorías de clasificación (categorial y dimensional). Según el tipo de categoría que se utilice y/o tipo de cuestionarios que se apliquen en cada estudio, los resultados de las prevalencias pueden verse afectados y causar esta variabilidad. He ahí la importancia de utilizar una metodología estandarizada para la recolección de datos en el momento de realizar estudios epidemiológicos de salud mental.

En esta investigación se utilizó un cuestionario que es dimensional, pero que también obtuvo resultados basados en categorías DSM dimensionales. En Ecuador aún no se han realizado estudios de prevalencia de problemas psicológicos en niños y adolescentes, por lo que no se pueden comparar con otros estudios.

### **5.2.2 Los trastornos más prevalentes del estudio**

Los trastornos más prevalentes fueron problemas de pensamiento, problemas interiorizados, problemas de ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo.

Los problemas de pensamiento obtuvieron una de las prevalencias más altas en niños de 6 a 18 años y en niñas de 12 a 18 años en el CBCL/6-18, así como en niños y niñas en el YSR/-11-18. Esta es una escala que suele recibir poca atención en comparación con las otras escalas debido a que generalmente tiene una prevalencia baja (Abdellaoui et al., 2012). Sin embargo, es una escala ampliamente utilizada en la evaluación de problemas de salud mental. Los ítems que conforman esta escala son obsesiones, intentos de suicidio, oír sonidos, tics, arañarse partes del cuerpo, compulsiones, ver cosas, dormir menos, almacenar cosas, comportamiento raro, ideas raras y no dormir bien. Se puede ver que las características que conforman los problemas de pensamiento describen una gran cantidad de síntomas que son bastantes serios. Los profesionales de la salud mental han utilizado esta escala para evaluar alucinaciones, síntomas de trastorno obsesivo-compulsivo, ideación e intentos suicidas, trastorno bipolar, manía y sintomatología psicótica (Abdellaoui et al., 2012).

Existen cuatro ítems de la escala de problemas de pensamiento (9 obsesiones, 66 compulsiones, 84 comportamiento raro y 85 ideas raras) que también están presentes en la escala de problemas obsesivo-compulsivos y que tuvieron asimismo una prevalencia alta en niños y adolescentes de este estudio. Esto explicaría probablemente que esta escala obtuvo una prevalencia alta. Los motivos que se han encontrado por los cuales se pueden tener problemas de pensamiento en niños de 4 a 16 años son principalmente por herencia, seguido de factores ambientales. Este problema tiene una alta prevalencia en niños de Quito. Es importante lograr detectar estos problemas durante la infancia debido a que podrían complicarse en la adolescencia.

Los problemas interiorizados obtuvieron una prevalencia alta en las escalas empíricas de primer orden en los dos cuestionarios y fueron una de las prevalencias más altas en los mismos. Esto es algo que llama la atención, pues la tendencia es encontrar que los niños tienen una prevalencia más alta en problemas exteriorizados. Sin embargo, en este estudio sobresale el hecho de que tanto los niños como las niñas tienden a interiorizar sus emociones y problemas. Quizás esto se deba al estilo de crianza de la mayoría de los padres de Quito, el cual tiende a ser autoritario. Los padres buscan el control y la obediencia de sus hijos y suelen ser restrictivos y punitivos, cosa que fomenta en los niños conductas de inseguridad, miedo, ansiedad. Esto puede ocasionar que exista poca comunicación en la familia, lo que conduciría a su vez a problemas interiorizados, ya que los niños no pueden expresar adecuadamente sus malestares o preocupaciones.

Los problemas de ansiedad fueron la escala con la prevalencia más alta en las escalas DSM-5 y la más alta en comparación con las demás escalas de todo el cuestionario CBCL/6-18. En este, los niños de 6 a 11 años mostraron una prevalencia de 10,7% y las niñas de 7,1%, mientras que los niños de 12 a 18 años de 17,2% y las niñas de 17,7%. En el YSR/11-18, las niñas mostraron una prevalencia de 11,8% y los niños de 15,8%. Si se comparan los resultados con otros estudios de revisión, se puede observar que, al igual que De la Barra (2009) y Merikangas et al. (2009), así como otros estudios como Soler et al. (2010), DSM-5 (2013), Polanczyk et al. (2015) y Servera y Bernard (2017), la prevalencia de problemas de ansiedad es la más alta en comparación con los demás trastornos. Estos son resultados que se han encontrado en décadas pasadas en estudios en adultos, pero que ahora se pueden ver también en la niñez y la adolescencia. Además, los problemas de ansiedad son los más prevalentes a

nivel mundial. Si bien la ansiedad es una emoción básica en todas las personas, puede volverse un problema cuando no se la puede controlar, lo cual explicaría su alta prevalencia. La ansiedad puede desencadenarse como respuesta a diversos factores: sociales, ambientales, biológicos. La niñez y la adolescencia son una etapa de varios cambios, tanto físicos y cognitivos como psicosociales (Papalia et al. 2012), y en la medida en que los niños aprendan a afrontar, autorregular y validar sus emociones, podrán influir en que se desencadene o no un trastorno de ansiedad. Apenas recientemente se están implementando en Quito clases de regulación emocional en los colegios. Incluso hace cinco años, cuando comenzó esta investigación, los colegios contaban con una psicóloga para atender a más de 1000 niños de un colegio público. Se puede ver que apenas se está dando importancia a la salud mental en esta ciudad. Otro factor que puede influir es el estilo autoritario de los padres, ya que conduce a que los niños se inhiban de expresar su ansiedad. Esto a su vez puede volverse patológico debido a que los niños tenderán a interiorizar sus emociones.

Un resultado que llama mucho la atención es que los niños obtuvieron la prevalencia más alta en problemas de ansiedad, cuando la tendencia suele ser mayor en las niñas. Se cree que esto puede deberse a los niveles de exigencia y perfeccionismo que hoy en día exige la sociedad a los niños y adolescentes, así como la incertidumbre que experimentan sobre su futuro, en especial los adolescentes, dando como resultado que este trastorno se vuelva más prevalente en los dos géneros. Por otro lado, es posible también que los niños no identifiquen que el malestar que están sintiendo sea ansiedad, lo cual dificulta la posibilidad de buscar ayuda a tiempo y, por ende, que reciban un tratamiento adecuado.

Los problemas obsesivo-compulsivos tuvieron la prevalencia más alta en la escala 2007 en los dos cuestionarios. El trastorno obsesivo-compulsivo es el cuarto trastorno psiquiátrico más común en el mundo, con una prevalencia de 1% a 3% en la población mundial. En Quito, los niños obtuvieron una prevalencia de 1,7% a 6,6%, lo cual indica que la prevalencia es superior a dichas cifras. Es una de las enfermedades más complejas de diagnosticar. Su etiología es multifactorial y se debe principalmente a factores genéticos, seguidos de factores ambientales (Salcedo, Vásquez y Manuel, 2011). En Quito aún existe el estigma de que asistir a un psicólogo es sinónimo de estar “loco”, por lo que no es común encontrar que los padres hayan visitado a un profesional de la salud mental y sepan si tienen un trastorno psicológico. Los niños suelen ser derivados al psiquiatra o al psicólogo por

iniciativa de los colegios, no porque los padres hayan identificado algún problema en sus hijos. Esta situación dificulta la posibilidad de diagnosticar acertadamente a un niño con trastorno obsesivo-compulsivo. Además, muchos niños que presentan problemas obsesivo-compulsivos suelen ser diagnosticados primero de trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de ansiedad por separación, debido a que este trastorno es fácilmente confundido. Estos problemas pueden ser incluso ignorados, dado que los niños por lo general son derivados a los psicólogos, principalmente por presentar problemas académicos, ya que se ha visto que las personas con este trastorno pueden estar bien en la parte académica (Salcedo, Vásquez y Manuel, 2011).

### **5.2.3 Comparación de las prevalencias según informantes/cuestionarios**

Si se compara la información de las prevalencias obtenidas en los dos cuestionarios, se puede observar que a partir de las respuestas de los padres se observó una mayor prevalencia de problemas de pensamiento, mientras que en los niños se observó una mayor prevalencia de quejas somáticas en la escala empírica de primer orden. En la escala empírica de segundo orden, tanto los padres como los niños evidenciaron una prevalencia alta en problemas interiorizados, a excepción de las niñas de 6 a 11 años en el CBCL/6-18. En las escalas DSM-5, los padres y los hijos mostraron que la escala con mayor prevalencia fue problemas de ansiedad, en tanto que en las escalas 2007, la mayor prevalencia fue en problemas obsesivo-compulsivos en los padres.

A partir de la inspección visual de los porcentajes, se puede ver que las prevalencias son similares en padres e hijos para la mayoría de las escalas, menos en la escala empírica de primer orden.

En relación con la escala de problemas de pensamiento puede ser que los niños sientan vergüenza de admitir estas conductas. En la escala de quejas somáticas es probable que no existiera una similitud en estas escalas, debido a que los padres tendieron a marcar más los ítems de problemas o conductas que ellos pueden observar en sus hijos. La escala de quejas somáticas cuenta con ítems como pesadillas, mareado, cansado, dolores o molestias, dolor de cabeza, náuseas, problemas de ojos, problemas de piel, dolor de estómago y vómitos, que son síntomas que pueden manifestarse en los niños, pero que no los comentan con sus padres, o que los padres no pueden observar en sus hijos, por lo que no saben si los presentan.



#### **5.2.4 Género y los trastornos más prevalentes**

En el CBCL/6-18 se encontró que los niños de 6 a 11 años obtuvieron prevalencias más altas que las niñas, y que las niñas de 12 a 18 años obtuvieron prevalencias más altas que los niños, mientras que en el YSR/11-18 se encontró que los niños tienen prevalencias más altas en dos escalas, y las niñas en dos escalas. Estos resultados se asemejan a lo encontrado en el estudio de Merikangas et al. (2009).

En el CBCL/6-18, en los niños de 6 a 11 años, la prevalencia fue más alta en problemas de pensamiento, problemas somáticos y problemas obsesivo-compulsivos. Como se mencionó anteriormente, algunos de los ítems de la escala de problemas de pensamiento y la escala de problemas obsesivo-compulsivos se asemejan. Es probable que haya sido por esto que la escala de problemas de pensamiento obtuvo también una prevalencia alta. Algo que no es común, según varios estudios, es que niños de 6 a 11 años tengan una mayor prevalencia de problemas obsesivo-compulsivos que las niñas. Normalmente, en esta edad la prevalencia es más alta en las niñas (Salcedo et al. 2011).

En niños de 12 a 18 años, 11 escalas presentaron una prevalencia más alta en las niñas que en los niños. De estos resultados, algo que resalta en comparación a otros estudios es que las niñas presenten una prevalencia más alta en conducta agresiva, problemas exteriorizados y problemas de conducta. Esto puede ser debido a un factor cultural, ligado a estereotipos de género, los cuales en la sociedad de Quito siguen siendo patentes (aunque esto está cambiando). Por ejemplo, los niños deben ser valientes, arriesgados y no mostrar frustración ni debilidad, en tanto que las niñas deben ser sumisas, jamás agresivas ni arriesgadas, ni deben tampoco demostrar de manera conductual sus malestares (Amurrio et al., 2009). No obstante, dado que los estereotipos de género sí están viendo una transformación en esta sociedad, es posible que las niñas se sientan ahora con mayor libertad de exteriorizar sus emociones y problemas, y que los niños tiendan, por su parte, a interiorizarlos.

En los resultados del YSR/11-18 los niños y niñas mostraron prevalencias similares y tendencias esperadas para cada género. Los niños tuvieron prevalencias más altas en retraído/deprimido y problemas de conducta, mientras que en las niñas

las prevalencias más altas se vieron en problemas de ansiedad (Papalia, Feldman y Martorell, 2012).

Con respecto a las cualidades positivas, en el estudio de Rescorla et al. (2007) las niñas tenían una prevalencia más alta que los niños. En el presente estudio, el YSR arrojó lo mismo.

### **5.2.5 Edad y los trastornos más prevalentes**

Las prevalencias más altas por edad fueron en niños de 12 a 18 años. Esto era de esperarse, excepto en las escalas de trastorno de negativismo desafiante y de tempo cognitivo lento, debido a que estos trastornos inician a los seis o siete años de edad. No obstante, hay estudios que indican que la prevalencia de los trastornos disruptivos de conducta tienden a aumentar desde la niñez hasta la adolescencia, presentando una prevalencia más alta en la adolescencia. Una explicación a esto es que parte de los niños con este diagnóstico no ha sido tratada a edades tempranas, de manera que el trastorno empeora su curso y sintomatología en la adolescencia (American Psychiatric Association, 2013). También se encontró en el estudio de MECA, en niños entre 9 y 17 años, que el 72% había sido diagnosticado de trastornos disruptivos de conducta a los 17 años, cuyos síntomas habían empezado a los 9 años.

En cuanto a los problemas de ansiedad y afectivos, Merikangas et al. (2009) encontraron, en un estudio de revisión, que en la escala de problemas de ansiedad y depresión la prevalencia es más alta a partir de 11 años, al igual que en el presente estudio. Los niños tienden a aumentar los niveles de ansiedad cuando llegan a la adolescencia. Benjet et al. (2009), en un estudio realizado en México, encontraron justamente que los trastornos de ansiedad inician en edades más tempranas, como la adolescencia respecto a la adultez. Según algunos estudios, hay varios factores que pueden influir en ello, como factores genéticos, biológicos, psicosociales, personalidad del niño o sucesos de la vida. Se trata de una etapa llena de altas expectativas y de enorme presión para que los adolescentes alcancen el éxito (Andrews, 2012). Los adolescentes de hoy en día sienten la presión de una manera diferente a como la sentían las generaciones previas, como por ejemplo cuando deben elegir su carrera universitaria. Según Andrews (2012), el mundo se presenta hoy en día cargado de innumerables eventos que lo hacen ver más atemorizante y amenazador. En Quito, por ejemplo, hemos presenciado en los últimos diez años

desastres naturales, como terremotos y/o temblores. Asimismo, ha aumentado la incidencia de violencia y robo en calles, hogares y escuelas, lo cual ha producido mayor inseguridad en niños y adolescentes.

Las quejas somáticas obtuvieron una mayor prevalencia en niños de 12 a 18 años. Esto se asemeja a lo encontrado por Gini, Carli y Pozzoli (2009), López et al., (2010) y Ordóñez, Maganto y González (2015), quienes indican un aumento en la prevalencia de quejas somáticas en niños de 8 a 16 años, cuyo mayor incremento suele ser al inicio de la adolescencia. La etiología se puede encontrar en factores médicos y también psicosociales. Según Ordóñez, Maganto y González (2015), podría ser causado por el funcionamiento emocional a través de la conciencia emocional, así como de problemas de adaptación de los niños en distintos contextos. Es posible que la habilidad limitada para poder identificar y comunicar las emociones sean las principales características de las personas con este problema.

Se encontró una mayor prevalencia de problemas exteriorizados, trastorno de negativismo desafiante y conducta agresiva en niños de 12 a 18 años. Un estudio realizado en 24 países por Rescorla et al. (2007) y otro estudio por Vicente et al., (2016) en Chile encontraron resultados similares. Existen factores sociales y académicos que pueden influir, sobre todo en esta etapa que es de adaptación psicosocial (Hernández et al., 2017).

En el estudio de Salcedo et al., (2011) se indica que el trastorno obsesivo suele iniciarse en la adolescencia. En este estudio se encontró que la prevalencia de problemas obsesivo-compulsivos es más alta en niños de 12 a 18 años. También fue más alto el problemas de estrés postraumático. Entre 25% y 60% de niños han sufrido por lo menos un evento traumático. Una explicación de por qué la prevalencia no es más alta en la niñez, sea quizás porque los niños son más resilientes frente al trauma (De La Barra, 2013). En el tempo cognitivo lento la prevalencia suele ser más alta en los niños (Tirapu-Ustárroz et al., 2015). Sin embargo, en el presente estudio, la prevalencia fue más alta en la adolescencia; esto quizás a que los niños que presentan este trastorno no fueron diagnosticados ni tratados durante la infancia, ni a tiempo.

### **5.2.6 Tipo de familia y los trastornos más prevalentes**

En cuanto a las prevalencias por el tipo de familia se encontró que los niños de familia no nuclear tienen prevalencias más altas en problemas psicológicos en los dos cuestionarios. Vincent et al. (2012) concluyeron en su estudio que los niños que

conviven con un solo padre presentan tasas de trastornos psiquiátricos significativamente más altas que los niños que tienen una familia nuclear. Esto también se podría concluir en la presente investigación. En el estudio de Sourander y Hestelä (2005) y en el de Vicente et al. (2016), cualquier tipo de familia que no esté constituida por ambos padres biológicos se asocia con problemas exteriorizados en niños y niñas, lo cual es similar a lo encontrado en Quito.

Además, se considera que en la niñez y la adolescencia, la separación o el divorcio de los padres constituye un factor de riesgo debido a que se asocia a un mayor potencial de presentar problemas psicológicos (Fergusson y Horwood 2001). En el estudio de Vicente et al. (2012), los niños que conviven con un único padre tienen un alto riesgo de presentar problemas psicológicos. Esto se asemeja a lo que arroja el presente estudio. En los cuestionarios CBCL/6-18 y YSR/11-18 se encontró que los niños de familia nuclear tienen menor riesgo de presentar quejas somáticas y problemas somáticos. El YSR/11-18 tampoco lo asoció a problemas sociales. Estos resultados apoyan además lo encontrado en la investigación de Vicente et al. (2016), según la cual, la percepción de la disfunción familiar está significativamente asociada a trastornos psiquiátricos, y que la estructura familiar se relaciona con la salud mental de niños y adolescentes.

### **5.2.7 Tipo de colegio y trastornos más prevalentes**

La prevalencia de problemas psicológicos fue más alta en todas las escalas en los niños que asistían a colegios públicos en comparación con los que asistían a colegios privados. Como se indicó anteriormente, en Ecuador el tipo de colegio está asociado al SES. Los niños de colegios públicos pertenecen a un nivel socioeconómico medio a bajo, mientras que los niños que asisten a un colegio privado pertenecen a un nivel socioeconómico medio a alto. Por lo tanto, se podría decir que los niños que más problemas emocionales y conductuales presentan son aquellos de SES medio a bajo. Se ha encontrado que los niños que viven en la pobreza son más vulnerables a sufrir problemas interiorizados y exteriorizados. En el presente estudio, en el CBCL/6-18, los niños de 6 a 11 años presentaron prevalencias altas de problemas interiorizados y exteriorizados, y los niños de 12 a 18 años prevalencias altas en problemas interiorizados. En el YSR/11-18 se encontró una prevalencia alta en quejas somáticas, problemas afectivos, problemas de ansiedad y problemas obsesivo-compulsivos. Una razón puede ser que vivir en un hogar limitado de

recursos puede influir en la salud mental de los niños y adolescentes (Dearing, McCartney y Taylor, 2006).

En el CBCL/6-18 se halló que asistir a un colegio público está asociado a un mayor riesgo de presentar problemas psicológicos, lo cual se asemeja a lo que se ha encontrado en varios estudios. Sin embargo, lo que llama la atención de los resultados de Quito, fue que en el YSR/11-18 se evidenció lo contrario, es decir, que los niños que asisten a un colegio privado tienen un mayor riesgo de presentar problemas psicológicos. Ello puede indicar que los niños que tienen un nivel SES alto también presentan problemas psicológicos, pero que sus padres no lo saben o lo niegan. O también, que los padres con un SES alto dedican gran parte de su día a sus trabajos, descuidando la crianza de los adolescentes.

### **5.2.8 Grupo étnico y trastornos más prevalentes**

En cuanto a la prevalencia en función del tipo de etnia, en este estudio se encontró que en el CBCL/6-18 los niños que no son de etnia mestiza y que, por tanto, pertenecen a otra etnia (blancos, indígenas, afroecuatorianos, montubios y otros) tienen una prevalencia más alta en problemas emocionales y conductuales. En varios estudios que han intentado identificar las prevalencias por grupos étnicos, se encontró que son complejos, ya que las diferentes medidas utilizadas en varias investigaciones no permiten comparar adecuadamente los patrones emocionales conductuales y emocionales de diferentes etnias.

En conclusión, una de las hipótesis de esta investigación era encontrar un mayor riesgo de presentar problemas emocionales y conductuales en la adolescencia que en la niñez, problemas exteriorizados en niños, problemas interiorizados en niñas, en niños y adolescentes con nivel SES bajo, en familias no nucleares y en población mestiza. Se encontró todo lo anterior, excepto un mayor riesgo en niños con SES bajo, según lo informado por los niños, así como en la población mestiza. En relación a los resultados obtenidos del SES, es posible que en la actualidad los niños con un SES alto también se encuentren en riesgo de presentar problemas emocionales y conductuales, debido a que la gran demanda de tiempo que sus padres dedican a sus negocios, empresas o trabajos podrían estar reduciendo el tiempo de calidad con sus hijos, lo cual también puede afectar la salud mental de los niños y de los adolescentes.

Sobre los resultados obtenidos en la variable de grupo étnico, es posible que se deba a que el grupo de otros (no mestizo) incluya varias etnias, las cuales son más vulnerables de presentar problemas psicológicos, como por ejemplo la población indígena (Freire et al., 2015).

### **5.3 Baremos de los cuestionarios CBCL/6-18 y YSR/11-18**

Con los resultados de este estudio (Tablas 24 y 25), se logró identificar que Quito tiene la media de los puntajes en todas las escalas del CBCL/6-18 y en el YSR/11-18 más alta que otras sociedades, menos en la escala de cualidades positivas, por lo tanto, según el manual de ASEBA (Achenbach y Rescorla, 2007,p91-100) pertenece a los baremos del grupo 3. La escala de cualidades positivas obtuvo una media intermedia que pertenece a los baremos del grupo 2.

### **5.4 Acuerdo entre la información proporcionada por padres e hijos**

En el acuerdo entre la información de padres e hijos, se encontró que existió un acuerdo aceptable para tres de las escalas. Una de las hipótesis de este estudio era encontrar un mayor acuerdo padre-hijos en problemas conductuales. Sí se encontró lo esperado, ya que estas fueron: la escala de conducta agresiva (,51), problemas exteriorizados (,53) y problemas de conducta (,51). Estos resultados se asemejan a varias investigaciones que indican que el acuerdo es bajo si se estudiaron de manera global los cuestionarios (Achenbach, McConaughy y Howell, 1987; Chan, 2015; Compier et al., 2017). De Los Reyes et al. (2015) replicaron el estudio de Achenbach et al (1987) y encontraron que si se estudia el acuerdo escala por escala, el acuerdo sigue siendo bajo para la mayoría de las escalas, aunque se encontró un acuerdo moderado y más alto en escalas de problemas exteriorizados en comparación con interiorizados. Esto se asemeja a lo encontrado en este estudio. Se cree que esto se debe a que las conductas exteriorizadas son comportamientos que los padres pueden observar. Esto también se encontró en otros estudios como los de Foley et al (2005), Grills y Ollendick (2002) y Hodges et al., (1990). Se ha encontrado también que el hecho de que los padres no vean a los niños en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelven puede también afectar el acuerdo entre ellos (Eley, Lichtenstein y

Moffitt, 2003). Otros estudios han logrado señalar que los diferentes fenotipos explicarían las discrepancias del acuerdo padre-hijo, en el sentido de que los padres podrían estar valorando tendencias de comportamiento que ven en sus hijos en un periodo determinado, mientras que los niños valoran cómo sienten, así como su estado de humor actual (Rice, Harold y Thapar, 2002). Por lo tanto, es complicado que los informadores pudieran reportar con igualdad los problemas de los niños y adolescentes, si cada observador estuviera detectando aspectos diferentes de un mismo niño. Es importante aclarar que si no existe un acuerdo, esto no significa que haya un error en la recogida de información o una mala comunicación o relación entre padre-hijo. El bajo acuerdo entre padres-hijo indica que es necesario que haya más de un informador en el momento de evaluar a un niño y a un adolescente (Lacalle, 2010).

## **5.5 Limitaciones**

Una limitación de esta investigación fue la participación de la muestra seleccionada. En varios colegios privados no autorizaron realizar el estudio en los niños. Además, en algunos colegios públicos la participación fue mínima. Se esperaba que la inclusión de seis colegios fuera suficiente para obtener la muestra total, pero se tuvo que realizar el estudio en diez colegios. Hubo menos participación de niñas que de niños, y no se logró efectuar un estudio de los participantes y de no participantes, ya que la mayoría de los padres que decidían no participar devolvían a los profesores el consentimiento informado y el formulario sociodemográfico vacío. Esto pudo ocurrir debido a la limitada capacidad de contactar directamente a todos los padres. El formulario y los cuestionarios fueron entregados a los profesores, quienes se encargaron a su vez de entregárselos a los niños para que los llevaran a casa a sus padres. Cabe la posibilidad de que algunos niños no hayan entregado el formulario y los cuestionarios a sus padres, lo cual explicaría la limitada participación, sobre todo en los colegios públicos, donde la comunicación con los padres de familia no es óptima.

En los cuestionarios hubieron preguntas que solicitan al niño que describa esa conducta o problema, una limitación fue que no se tomó en cuenta lo llenado en esta sección por los niños y pudo ser información que ayudara a entender mejor la consistencia interna de las escalas.

Otra limitación fue que en la variable sociodemográfica de grupo étnico, la categoría “otros” incluía muchas etnias diferentes, y debido a que el tamaño de muestra fue bajo para cada una de ellas no se pudo separar en más grupos étnicos para estudiar el efecto de cada uno en detalle.

Por último, es importante mencionar que las prevalencias calculadas no se han basado en un diagnóstico clínico sino en una medida dimensional que no es equivalente a un diagnóstico.

## 5.6 Fortalezas

Esta investigación presenta varias fortalezas en el ámbito investigativo y para la población de Quito/Ecuador. Se han hecho muy pocos estudios en adultos, pero ninguno con niños y adolescentes con un muestra tan grande ( $N=1350$  en el CBCL/6-18 y  $N=722$  en el YSR/11-18) y representativa para esta ciudad. Este es el primer estudio de prevalencia de problemas psicológicos en niños de 6 a 18 años que se lleva a cabo en la ciudad de Quito.

Se realizó un estudio completo en una muestra aleatoria de escuelas en dos grupos de edad, utilizando dos cuestionarios de ASEBA, a fin de poder determinar la consistencia interna de las escalas, las prevalencias, las asociaciones con variables sociodemográficas y el acuerdo entre la información de padres e hijos. Asimismo, se obtuvieron los baremos para la interpretación normativa de la población. Se analizó la consistencia interna y, a partir de los resultados obtenidos, se logró evidenciar que estos son aceptables para la población de Quito. Además, el estudio ha proporcionado los baremos por género y por edad, que permitirán que los profesionales clínicos puedan interpretar los cuestionarios basándose en las normas de la población de Quito. Se empleó un cuestionario que permite aplicar los dos modelos de clasificación diagnóstica, que son el *bottom-up* y el *top-down*, lo que facilitó la comparación de este estudio con otros estudios que utilizaron un modelo u otro. Se logró encontrar, al igual que en varios países, que el trastorno de ansiedad presenta prevalencias altas en niños y en adolescentes.

Por otra parte, saber qué variables sociodemográficas se asocian a un mayor riesgo de problemas emocionales y conductuales es un gran aporte para la ciudad de Quito, porque permite evidenciar que los niños de familia no nuclear, los que asisten a un colegio público y los que son de mayor edad corren mayor riesgo de padecer



problemas psicológicos, lo cual puede ayudar a prevenir problemas de salud mental en niños y adolescentes. De acuerdo con la legislación ecuatoriana, los estudiantes de psicología tienen que realizar prácticas en la comunidad; la información que arroja el presente estudio podría ser utilizada por ellos para realizar campañas de prevención y de promoción, centradas en estos tres grupos de riesgo.

## **5.7 Implicaciones**

La posibilidad de detectar adecuadamente qué niños y adolescentes tienen mayor riesgo de presentar problemas emocionales y conductuales es uno de los desafíos y retos más grandes en el campo de la salud mental. Esto se puede lograr con la utilización de instrumentos que sean fiables en su detección (Botbol et al., 2017). Ecuador cuenta ahora con un instrumento que ha evaluado su funcionamiento y que demostró ser adecuado para la ciudad de Quito, lo cual abre el campo para la creación de estrategias de promoción y de prevención en la salud mental de niños y adolescentes de 6 a 18 años en Quito. Se ha visto, además, que los trastornos que empiezan en una etapa más temprana suelen empeorarse o a gravarse en la adultez, de manera que, si se pudiesen detectar dichos trastornos a una edad más temprana, sería más factible prevenir problemas graves de salud mental en las personas adultas.

Se espera que esta información se convierta en un aporte importante para el área de la epidemiología psiquiátrica y para el Ministerio de Salud de este país, y que se tome en cuenta la gravedad de los problemas de salud mental que subsisten en Quito en niños y adolescentes. Es fundamental que se apoye más a la investigación de aquellos trastornos que mostraron una elevada prevalencia, y que se trabaje con los grupos de mayor riesgo, todo con el fin de prevenir problemas psicológicos.

Además, los resultados obtenidos serán sin duda una enorme contribución para las personas interesadas en trabajar en la investigación de la salud mental, tanto a nivel nacional como internacional. Se espera que la información de este estudio sirva para que futuros investigadores puedan identificar y comparar la prevalencia de Quito frente a la prevalencia de otras ciudades, ya sea del país o de otros, lo cual posibilitará la valoración de grupos de riesgo de la población. Esto contribuirá a una mayor comprensión acerca de cómo surgen los problemas psicológicos en distintos países y culturas, a fin de tomar acciones informadas sobre cómo mejorar el bienestar de las personas.

## **5.8 Líneas futuras de investigación**

Las recomendaciones para futuros estudios en la población de Ecuador serían: replicar esta investigación en las zonas rurales de Quito, así como en otras zonas de las ciudades principales del país. Considerar aplicar el cuestionario TRF/6-18 (contestado por los profesores) para poder comparar las prevalencias de los trastornos psicológicos, según lo reportado por los padres, por los profesores y por el niño evaluado. Esto serviría para poder evaluar los problemas que presentan los niños en el ámbito escolar, que es donde pasan gran parte de su día.

Por último, se podría llevar a cabo más estudios entorno a problemas de pensamientos, problemas interiorizados, problemas de ansiedad y problemas obsesivo-compulsivos, debido a que fueron los de mayor prevalencia en el presente estudio.

## 6. CONCLUSIONES

Las conclusiones de este estudio son:

- Las escalas CBCL/6-18 y YSR/11-18 son consistentes para la población de Quito.
- Los problemas de pensamientos (CBCL/6-18 de 1,4% a 6,9%; YSR/11-18 de 2,8% a 4,8%), problemas interiorizados (CBCL/6-18 de 5,1% a 11,7%; YSR/11-18 de 11,2% a 12,6%), problemas de ansiedad (CBCL/6-18 de 7,1% a 17,7%; YSR/11-18 de 11,8% a 15,8%) y problemas obsesivo-compulsivos (CBCL/6-18 de 1,7% a 6,6%; YSR/11-18 de 3,6% a 5,0%) son los que obtuvieron las prevalencias más altas en los ambos cuestionarios.
- Los niños de 6 a 11 años mostraron prevalencias más altas que las niñas, y las niñas de 12 a 18 años mostraron prevalencias más altas que los niños.
- Los niños de 12 a 18 años de familia no nuclear, que asisten a un colegio público y son de un grupo étnico no mayoritario mostraron prevalencias más altas en problemas emocionales y conductuales.
- Las variables sociodemográficas asociadas a un mayor riesgo de tener problemas psicológicos según los padres fueron: pertenecer a una familia no nuclear, asistir a un colegio público y ser de mayor edad y según los niños fueron pertenecer a una familia no nuclear, asistir a un colegio privado y ser de mayor edad.
- La población de Quito cuenta ahora con los baremos para la interpretación normativa del CBCL/6-18 y del YSR/11-18 en función del género y el grupo de edad.
- Existió un acuerdo entre la información proporcionada por padres e hijos únicamente en tres de las escalas.



## 7. REFERENCIAS

- Abad, J., Forns, M., Amador, J.A., & Martorell, B. (2000). Fiabilidad y validez del Youth Self Report en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, *12*(1), 49–54. Obtenido de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=252>
- Abdellaoui, A., De Moor, M.H., Geels, L.M., Van Beek, J.H., Willemsen, G., & Boomsma, D. I. (2012). Thought problems from adolescence to adulthood: Measurement invariance and longitudinal heritability. *Behavior Genetics*, *42*(1), 19–29.  
<https://doi.org/10.1007/s10519-011-9478-x>
- Achenbach, T.M. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: A factor-analytic study. *Psychological Monographs: General and Applied*, *80*(7), 1–37.  
<https://doi.org/10.1037/h0093906>
- Achenbach, T.M. (1978). The child behavior profile: I. Boys aged 6-11. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *46*(3), 478–488.  
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.46.3.478>
- Achenbach, T.M. (1985). *Assessment and taxonomy of child and adolescent psychopathology*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Achenbach, T.M. (1991a). *Manual for the child behavior checklist/4–18 and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. (1991b). “Comorbidity” in child and adolescent psychiatry: Categorical and quantitative perspectives. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, *1*, 271–278.  
<https://doi.org/10.1089/cap.1990.1.271>
- Achenbach, T.M. (1996). Subtyping ADHD: A request for suggestions about relating empirically based assessment to DSM-IV. En R. Barkley (Ed.). *ADHD Report*, *4*, (pp. 5-9).
- Achenbach, T.M. (2001). Challenges and benefits of assessment, diagnosis, and taxonomy for clinical practice and research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *35*(1), 263–271. doi: 10.1046/j.1440-1614.2001.00899.x
- Achenbach, T.M., Dumenci, L., & Rescorla, L.A. (2003). DSM-oriented and empirically based approaches to constructing scales from the same item pools. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *32*(3), 328–340.

[https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3203\\_02](https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3203_02)

- Achenbach, T.M. & Edelbrock, C. (1983). *Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile*. Burlington: University of Vermont: Department of Psychiatry. doi: 10.1016/j.sbspro.2012.09.513
- Achenbach, T.M., Edelbrock, C., & Howell, C.T. (1987). Empirically based assessment of the behavioral/emotional problems of 2- and 3- year-old children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *15*, 629–650. doi: 10.1007/BF00917246
- Achenbach, T.M., McConaughy, S.H., & Howell, C.T. (1987). Child/Adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, *101*(2), 213–232. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.101.2.213>
- Achenbach, T.M. & Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T.M. & Rescorla, L.A. (2007). *Multicultural supplement to the manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.
- Achenbach, T.M. & Rescorla, L.A. (2004). The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) for ages 1.5 to 18 years. En M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment: Instruments for adults*, (pp. 115–152). New Jersey, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Achenbach, T.M., Rescorla, L.A., & Ivanova, M.Y. (2012). International epidemiology of child and adolescent psychopathology I: Diagnoses, dimensions, and conceptual issues. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *51*(12), 1261–1272. doi: 10.1016/j.jaac.2012.09.010
- Alarcón, D. & Bárrig, P. (2015). Conductas internalizantes y externalizantes en adolescentes. *Liberabit. Revista Peruana de Psicología*, *21*(2), 253–259. [versión PDF]. Obtenido de <http://ojs3.revistaliberabit.com/index.php/Liberabit/article/view/269>
- Albores-Gallo, L., Lara-Muñoz, C., Esperón-Vargas, C., Cárdenas, J.A., Pérez, A.M., & Villanueva, G. (2007). Validez y fiabilidad del CBCL / 6-18 . Incluye las escalas del DSM. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *35*(6), 393–399. Obtenido de [https://www.academia.edu/17371796/Validity\\_and\\_reability\\_of\\_the\\_CBCL\\_6-](https://www.academia.edu/17371796/Validity_and_reability_of_the_CBCL_6-)

18.\_Includes\_DSM\_scales

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4<sup>th</sup> ed.-Revised Text). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5<sup>th</sup> ed.-Revised Text). Washington, DC: Autor.
- Amurrio, M., Larrinaga, A., Usategui, E., & Del Valle, A. (2009). *Los estereotipos de género en los/las jóvenes y adolescentes*. XVII Congreso de Estudios Vascos. Innovación para el progreso social sostenible (17. 2009. Vitoria-Gasteiz), pp. 227–248. [versión PDF]. ISBN: 978-84-8419-232-9
- Andrade, P., Betancourt, D., & Vallejo, A. (2010). Escala para evaluar problemas emocionales y conductuales en adolescentes. *Investigación Universitaria Multidisciplinaria: Revista de Investigación de la Universidad Simón Bolívar*, 9, 4–9. [versión PDF]. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3705750>
- Andrews, D. (2012). American Academy of Pediatrics. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 33(6), 503. doi: 10.1097/DBP.0b013e3182605cba
- Angold, A., Erkanli, A., Farmer, E.M., Fairbank, J.A., Burns, B.J., Keeler, G., & Costello, E.J. (2002). Psychiatric disorder, impairment, and service use in rural african american and white youth. *Archives of General Psychiatry*, 59(10), 893–901. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.10.893>
- Begovac, I., Rudan, V., Skočić, M., Filipović, O., & Szivoczka, L. (2004). Comparison of self-reported and parent-reported emotional and behavioral problems in adolescents from Croatia. *Collegium Antropologicum*, 28(1), 393–401. Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/8095397\\_Comparison\\_of\\_self-reported\\_and\\_parent-reported\\_emotional\\_and\\_behavioral\\_problems\\_in\\_adolescents\\_from\\_Croatia](https://www.researchgate.net/publication/8095397_Comparison_of_self-reported_and_parent-reported_emotional_and_behavioral_problems_in_adolescents_from_Croatia)
- Belfer, M.L. (2008). Child and adolescent mental disorders: The magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 49(3), 226–236. doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01855.x
- Benjet, C., Borges, G., Medina, M.E., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E., & Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos

- psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 32(2), 155–163. Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252009000200008&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000200008&lng=es&tlng=es).
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S.V., Van Patten, S., Burbach, M., & Wozniak, J. (2004). A prospective follow-up study of pediatric bipolar disorder in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Affective Disorders*, 82, 17–23. doi: 10.1016/j.jad.2004.05.012.
- Botbol, M., Bertelli, M.O., Salvador-Carulla, L., Anagnostopoulos, D., Christodoulou, A., & Appleyard, J. (2017). Child and adolescent psychiatry. En Mezzich J., Botbol M., Christodoulou G., Cloninger C., Salloum I. (eds.). *Person Centered Psychiatry*. (pp. 445–458). doi: 10.1007/978-3-319-39724-5\_32
- Breslau, J., Javaras, K.N., Blacker, D., Murphy, J.M., & Normand, S.L. (2008). Differential item functioning between ethnic groups in the epidemiological assessment of depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(4), 297–306. doi: 10.1097/NMD.0b013e31816a490e
- Canino, G., Shrout, P.E., Rubio-Stipec, M., Bird, H. R., Bravo, M., Ramírez, R., & Martínez-Taboas, A. (2004). The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: Prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Archives of General Psychiatry*, 61(1), 85-93. doi: 10.1001/archpsyc.61.1.85
- Carlson, C.L., & Mann, M. (2002). Sluggish cognitive tempo predicts a different pattern of impairment in the attention deficit hyperactivity disorder, predominantly inattentive type. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(1), 123–129. doi: 10.1207/S15374424JCCP3101\_14
- Carter, A.S., Grigorenko, E.L., & Pauls, D.L. (1995). A Russian adaptation of the Child Behavior Checklist: Psychometric properties and associations with child and maternal affective symptomatology and family functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23(6), 661–684. <https://doi.org/10.1007/BF01447471>
- Chan, K.L. (2015). Are parents reliable in reporting child victimization? Comparison of parental and adolescent reports in a matched Chinese household sample. *Child Abuse and Neglect*, 32, 207–217 . doi: 10.1016/j.chiabu.2014.11.001
- Cicchetti, D. & Rogosch, F.A. (2002). A developmental psychopathology perspective



- on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 6–20.  
doi: 10.1037//0022-006x.70.1.6
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20(1), 37–46.  
<https://doi.org/10.1177/001316446002000104>
- Compier-de Block, L.H., Alink, L.R., Linting, M., Van den Berg, L.J., Elzinga, B.M., Voorthuis, A., & Bakermans-Kranenburg, M.J. (2017). Parent-child agreement on parent-to-child maltreatment. *Journal of Family Violence*, 32(2), 207–217.  
doi: 10.1007/s10896-016-9902-3
- Conners, C.K. (1997). *Conners' Rating Scales-revised Technical Manual*. North Tonawanda, New York, NY: Multi-Health Systems.
- Conners, C.K., Sitarenios, G., Parker, J.D., & Epstein, J.N. (1998). The revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): Factor structure, reliability, and criterion validity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 257–268. doi: 10.1023/a:1022602400621
- Costello, E.J., Edelbrock, C.S., & Costello, A.J. (1985). Validity of the NIMH diagnostic interview schedule for children: A comparison between psychiatric and pediatric referrals. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 579–595. doi: 10.1007/BF00923143
- Cova, F., Melipillán, R., Valdivia, M., Bravo, E., & Valenzuela, B. (2007). Sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de enseñanza media. *Revista Chilena de Pediatría*, 78(2), 151–159.  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062007000200005>
- Danielson, M.L., Bitsko, R.H., Ghandour, R.M., Holbrook, J.R., Kogan, M.D., & Blumberg, S.J. (2018). Prevalence of parent-reported ADHD diagnosis and associated treatment among U.S. children and adolescents, 2016. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 47(2), 199–212. doi: 10.1080/15374416.2017.1417860
- Davis, M.C., Matthews, K.A., & Twamley, E.W. (1999). Is life more difficult on Mars or Venus? A meta-analytic review of sex differences in major and minor life events. *Annals of Behavioral Medicine*, 21(1), 83–97. doi: 10.1007/BF02895038
- Dearing, E., McCartney, K., & Taylor, B. A. (2006). Within-child associations between family income and externalizing and internalizing problems.

- Developmental Psychology*, 42(2), 237-252.  
<https://doi.org/10.1037/0012-1649.42.2.237>
- De la Barra, F. (2009). Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de prevalencia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 47(4), 202–314.  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272009000400007>
- De la Barra, F. (2010). Epidemiología evolutiva en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 48(2), 152-159. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000300008>
- De la Barra, F. (2013). Trastorno de estrés post traumático en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 84(1), 7–9. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062013000100001>
- De la Osa, N. (2004). Inventario de conducta infantil de Achenbach. En R. Ballesteros (Ed.), *Evaluación Psicológica*. Madrid: Pirámide.
- De Los Reyes, A. (2011). Introduction to the special section: More than measurement error: Discovering meaning behind informant discrepancies in clinical assessments of children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40(1), 1-9. doi: 10.1080/15374416.2011.533405
- De Los Reyes, A. (2013). Strategic objectives for improving understanding of informant discrepancies in developmental psychopathology research. *Development and Psychopathology*, 25(3), 669-682. doi: 10.1017/S0954579413000096
- De Los Reyes, A., Augenstein, T.M., Wang, M., Thomas, S.A., Drabick, D.A., Burgers, D.E., & Rabinowitz, J. (2015). The validity of the multi-informant approach to assessing child and adolescent mental health. *Psychological Bulletin*, 141(4), 858-900. doi: 10.1037/a0038498
- De Los Reyes, A., Goodman, K.L., Kliewer, W., & Reid, K. (2010). The longitudinal consistency of mother-child reporting discrepancies of parental monitoring and their ability to predict child delinquent behaviors two years later. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(12), 1417-1430. doi: 10.1007/s10964-009-9496-7
- De Los Reyes, A.L. & Kazdin, A.E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: A critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin*, 131(4), 483-509. doi: 10.1037/0033-2909.131.4.483

- DeVellis, R.F. (2012). *Scale development : Theory and applications* (3ª Ed.). (*Applied Social Research Methods*). Vol. 26. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Eaton, W.W., Regier, D.A., Locke, B.Z., & Taube, C.A. (1981). The epidemiologic catchment area program of the national institute of mental health. *Public Health Reports*, 96(4), 319-325. [versión PDF]. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424236/>
- Echeburúa, E., Salaberría, K., & Cruz, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la psicología clínica. *Terapia Psicológica*, 32(1), 65-74. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000100007>
- Eley, T. C., Lichtenstein, P., & Moffitt, T. E. (2003). A longitudinal behavioral genetic analysis of the etiology of aggressive and nonaggressive antisocial behavior. *Development and Psychopathology*, 15(2), 383-402. doi: 10.1017/s095457940300021x
- Evans, G.W. (2004). The environment of childhood poverty. *American Psychologist*, 59(2), 77-92. doi: 10.1037/0003-066X.59.2.77
- Evans, G.W. & Kim, P. (2013). Childhood poverty, chronic stress, self-regulation, and coping. *Child Development Perspectives*, 7(1), 43-48. <https://doi.org/10.1111/cdep.12013>
- Fergusson, D.M., & Horwood, L.J. (2001). The christchurch health and development study: Review of findings on child and adolescent mental health. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(3), 287-296. doi: 10.1046/j.1440-1614.2001.00902.x
- Fergusson, D.M, Horwood, L.J. y Lynskey, M.T. (1993). Prevalence and comorbidity of DSM-III-R diagnoses in a birth cohort of 15 year olds. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(6), 1127-1134. doi: 10.1097/00004583-199311000-00004
- Fernández, M.P., & Fernández, A. (2013). Problemas de comportamiento y competencias psicosociales en niños y adolescentes institucionalizados. *Universitas Psychologica*, 12(3), 797-810. doi: 10.11144/Javeriana.UPSY12-3.pccp
- Finch, J.E. & Obradović, J. (2017). Unique effects of socioeconomic and emotional parental challenges on children's executive functions. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 56, 126-137. doi: 10.1016/j.appdev.2017.07.004
- Foley, D.L., Rutter, M., Angold, A., Pickles, A., Maes, H.M., Silberg, J.L., & Eaves,

- L.J. (2005). Making sense of informant disagreement for overanxious disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *19*(2), 193-210. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.01.006>
- Ford, T., Goodman, R., & Meltzer, H. (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *42*(10), 1203-1211. doi: 10.1097/00004583-200310000-00011
- Freire, G.N., Schwartz, S.D., Zumaeta, M., Costa, D., Lundvall, J.M., Vivero, M.C., ... Sousa, L. (2015). *Indigenous Latin America in the twentyfirst century: the first decade*. Washington, D.C.: World Bank Group.
- Frigerio, A., Cattaneo, C., Cataldo, M.G., Schiatti, A., Molteni, M., & Battaglia, M. (2004). Behavioral and emotional problems among Italian children and adolescents aged 4 to 18 years as reported by parents and teachers. *European Journal of Psychological Assessment*, *20*(2), 124-133. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.20.2.124>
- Froehlich, T.E., Lanphear, B.P., Epstein, J.N., Barbaresi, W.J., Katusic, S.K., & Kahn, R.S. (2007). Prevalence, recognition, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in a national sample of US children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, *161*(9), 857-864. doi: 10.1001/archpedi.161.9.857
- Ghandour, R.M., Sherman, L.J., Vladutiu, C.J., Ali, M.M., Lynch, S.E., Bitsko, R.H., & Blumberg, S.J. (2019). Prevalence and treatment of depression, anxiety, and conduct problems in US children. *Journal of Pediatrics*, *206*, 256-267. doi: 10.1016/j.jpeds.2018.09.021
- Gini, G., Carli, G., & Pozzoli, T. (2009). Social support, peer victimisation, and somatic complaints: A mediational analysis. *Journal of Paediatrics and Child Health*, *45*(6), 358-363. doi: 10.1111/j.1440-1754.2009.01501.x
- Goodman, R., Ford, T., Richards, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2000). The Development and Well-Being Assessment: Description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *41*(5), 645-655. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2000.tb02345.x>
- Gordis, L. (2013). *Epidemiology*. Amsterdam, Holanda: Elsevier.
- Grills, A.E. & Ollendick, T.H. (2002). Issues in parent-child agreement: The case of

- structured diagnostic interviews. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5, 57-83. doi: 10.1023/a:1014573708569
- Guadarrama, R., Hernández, J.C., Veytia, M., & Márquez, O. (2015). Significado psicológico de la calidad de vida para los adolescentes mexicanos. *Pensando Psicología*, 10(17), 53-60.  
<https://doi.org/10.16925/pe.v10i17.784>
- Guion, K., Mrug, S., & Windle, M. (2009). Predictive value of informant discrepancies in reports of parenting: Relations to early adolescents' adjustment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(1), 17-30. doi: 10.1007/s10802-008-9253-5
- Hernández, L., Del Palacio, A., Freyre, M., & Alcázar, R. (2011). La perspectiva dimensional de la psicopatología. *Revista Mexicana de Psicología*, 28(2), 111-120. [versión PDF]. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243029631001>
- Hodges, K., Gordon, Y., & Lennon, M.P. (1990). Parent-child agreement on symptoms assessed via a clinical research interview for children: The Child Assessment Schedule (CAS). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31(3), 427-436.  
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1990.tb01579.x>
- Hollingshead, A.B. (1975). *Four factor index of social status*. Unpublished manuscript. Yale University, Department of Sociology.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593
- Korelitz, K.E. & Garber, J. (2016). Congruence of parents' and children's perceptions of parenting: A meta-analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 45(10), 1973-1995.  
<https://doi.org/10.1007/s10964-016-0524-0>
- Krueger, R.F. & Piasecki, T.M. (2002). Toward a dimensional and psychometrically-informed approach to conceptualizing psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 40(5), 485-499. doi: 10.1016/s0005-7967(02)00016-5
- Lacalle, M., Ezpeleta, L., & Doménech, J.M. (2012). DSM-Oriented Scales of the Child Behavior Checklist and Youth Self-Report in Clinically Referred Spanish

- Children. *The Spanish journal of psychology*, 15(1), 377-387.  
[https://doi.org/10.5209/rev\\_SJOP.2012.v15.n1.37344](https://doi.org/10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n1.37344)
- Lacalle, M. (2010). *Escalas DSM del CBCL y YSR en niños y adolescentes que acuden a consulta en servicios de salud mental*. (Tesis doctoral). De la base de datos TDX (Tesis Doctorals en Xarxa). Universidad Autònoma de Barcelona. [versión PDF]. Obtenido de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5475/mls1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Lahey, B., Piacentini, J., McBurnett, M., Stone, P., Hartdagh, S., & Hynd, G. (1988). Psychopathology in the parents of children with conduct disorder and hyperactivity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(2), 163-170. doi: 10.1097/00004583-198803000-00005
- Laird, R.D. & De Los Reyes, A. (2013). Testing informant discrepancies as predictors of early adolescent psychopathology: Why difference scores cannot tell you what you want to know and how polynomial regression may. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(1), 1-14. doi: 10.1007/s10802-012-9659-y
- Leiva Bahamondes, L. & Rojas Andrade, R. (2018). Validación de la Escala de Problemas Emocionales y del Comportamiento Youth Self Report (YSR/11-18) en una muestra de adolescentes chilenos. *Terapia psicológica*, 36(1), 27-36. [versión PDF]. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v36n1/0718-4808-terpsicol-36-01-0027.pdf>
- Lesinskiene, S., Girdzijauskiene, S., Gintiliene, G., Butkiene, D., Puras, D., Goodman, R., & Heiervang, E. (2018). Epidemiological study of child and adolescent psychiatric disorders in Lithuania. *BMC Public Health*, 28(1), 548. doi: 10.1186/s12889-018-5436-3
- Loeber, R., Green, S.M., Lahey, B.B., Frick, P.J., & McBurnett, K. (2000). Findings on disruptive behavior disorders from the first decade of the developmental trends study. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3(1), 37-60. <https://doi.org/10.1023/A:1009567419190>
- López, C., Alcántara, M.V., Fernández, V., Castro, M., & López Pina, J.A. (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behavior Checklist). *Anales de Psicología*, 26(2), 325-334. [versión PDF]. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/167/16713079017.pdf>

- López, M.F., Compton, W.M., Grant, B.F., & Breiling, J.P. (2007). Dimensional approaches in diagnostic classification: A critical appraisal. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16(1), 6-7. <https://doi.org/10.1002/mpr.213>
- Merikangas, K.R., Avenevoli, S., Dierker, L., & Grillon, C. (1999). Vulnerability factors among children at risk for anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46(11), 1523-1535. doi: 10.1016/s0006-3223(99)00172-9
- Merikangas, K.R., Nakamura, E.F., & Kessler, R.C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(1), 7-20. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2807642/>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social España. (2017). *Encuesta Nacional de Salud (ENSE 2017)*. Resumen metodológico. Madrid: Autor. Obtenido de <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
- Moreno Méndez, J.H., Echavarría, K., Pardo, A., & Quiñones, Y. (2014). Funcionalidad familiar, conductas internalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá. *Psychologia*, 8(2), 37-46. <https://doi.org/10.21500/19002386.1220>
- Muzzolon, S. R. B., Cat, M.N.L., & Santos, L.H.C. (2013). Evaluation of the Pediatric Symptom Checklist as a screening tool for the identification of emotional and psychosocial problems. *Revista Paulista de Pediatria*, 31(3), 359-365. doi: 10.1590/S0103-05822013000300013
- Navor, J.C.H., Guadarrama, R.G., López, M.V., & Mendoza, O.M. (2017). Prevalencia de problemas emocionales y conductuales en una muestra de adolescentes mexicanos. *Psico*, 48(4), 250-255. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2017.4.25438>
- Nelson, E.C., Hanna, G.L., Hudziak, J.J., Botteron, K.N., Heath, A.C., & Todd, R.D. (2001). Obsessive-compulsive scale of the child behavior checklist: specificity, sensitivity, and predictive power. *Pediatrics*, 108(1), 1-5. doi: 10.1542/peds.108.1.e14
- NHS Digital. (noviembre 2018). *Mental health of children and young people in England, 2017*. Government Statistical Service. Autor. Obtenido de: [214](https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/mental-health-</a></p>
</div>
<div data-bbox=)

of-children-and-young-people-in-england/2017/2017

- Nunnally, J.C. & Bernstein, I.H. (1994). *Psychometric Theory*. New York, NY: McGraw-Hill.
- O'Connell, M.E., Boat, T. & Warner, K. (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities*. Washington, DC: National Academies Press. [versión PDF]. Obtenido de [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK32775/pdf/Bookshelf\\_NBK32775.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK32775/pdf/Bookshelf_NBK32775.pdf)
- Ohannessian, C.M.C., Lerner, J.V., Lerner, R. M., & Von Eye, A. (2000). Adolescent-parent discrepancies in perceptions of family functioning and early adolescent self-competence. *International Journal of Behavioral Development*, 24(3), 362-372. doi: 10.1080/01650250050118358
- Ordóñez, A., Maganto, C., & González, R. (2015). Quejas somáticas, conciencia emocional e inadaptación en población escolar. *Anales de Pediatría*, 82(5), 308-315. doi: 10.1016/j.anpedi.2014.03.020
- Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. (s.f.). *Indicadores de salud. Aspectos conceptuales y operativos*. (Sección 2). Obtenido de [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14402:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-2&Itemid=0&limitstart=2&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14402:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-2&Itemid=0&limitstart=2&lang=es)
- Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas*. Washington DC: Autor. [versión PDF]. Obtenido de [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280\\_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y)
- Papalia, D., Feldman, R.D., & Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano*. México, D.F: McGrawHill. [versión PDF]. Obtenido de <https://psicologoseducativosgeneracion20172021.files.wordpress.com/2017/08/papalia-feldman-desarrollo-humano-12a-ed2.pdf>
- Pérez-Marfil, M.N., Fernández-Alcántara, M., Fasfous, A.F., Burneo-Garcés, C., Pérez-García, M., & Cruz-Quintana, F. (2020). Influence of socio-economic status on psychopathology in Ecuadorian children. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 43. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00043>
- Peterson, D.R. (1961). Behavior problems of middle childhood. *Journal of Consulting*



- Psychology*, 25(3), 205-209.  
<https://doi.org/10.1037/h0038994>
- Petot, D., Rescorla, L., & Petot, J. M. (2011). Agreement between parent- and self-reports of Algerian adolescents' behavioral and emotional problems. *Journal of Adolescence*, 34(5), 977-986. doi: 10.1016/j.adolescence.2010.11.011
- Polanczyk, G.V., Salum, G.A., Sugaya, L.S., Caye, A., & Rohde, L.A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 56(3), 345-365. doi: 10.1111/jcpp.12381
- Quay, H.C., Routh, D.K., & Shapiro, S.K. (1987). Psychopathology of childhood: From description to validation. *Annual Review of Psychology*, 38, 491-532.  
<https://doi.org/10.1146/annurev.ps.38.020187.002423>
- Reich, W. (2000). Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(1), 59-66.  
<https://doi.org/10.1097/00004583-200001000-00017>
- Renou, S., Hergueta, T., Flament, M., Mouren-Simeoni, M.C., & Lecrubier, Y. (2004). Entretiens diagnostiques structurés en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. *Encephale*, 30(2), 122-134.  
[https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(04\)95422-X](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(04)95422-X)
- Rescorla, L.A. (2005). Assessment of young children using the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 11(3), 226-237.  
<https://doi.org/10.1002/mrdd.20071>
- Rescorla, L.A., Ginzburg, S., Achenbach, T.M., Ivanova, M., Almqvist, F., Begovac, I., ... Verhulst, F. (2013). Cross-informant agreement between parent-reported and adolescent self-reported problems in 25 societies. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42(2), 262-273. doi: 10.1080/15374416.2012.717870
- Rescorla, L.A., Achenbach, T.M., Ivanova, M., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N., .... Verhulst, F. (2007). Epidemiological comparisons of problems and positive qualities reported by adolescents in 24 countries. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 351-358. doi: 10.1037/0022-006X.75.2.351
- Reynolds, R.W. & Kamphaus, C.R. (2004). *Behavior Assessment System for Children*

- (BASC-2). (2ª Ed.). Bloomington, MN: Pearson.  
[https://doi.org/10.1007/978-0-387-79948-3\\_1524](https://doi.org/10.1007/978-0-387-79948-3_1524)
- Rice, F., Harold, G., & Thapar, A. (2002). The genetic aetiology of childhood depression: A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 43 (1), 65-79. doi: 10.1111/1469-7610.00004
- Roberts, R. E. & Chen, Y. W. (1995). Depressive symptoms and suicidal ideation among mexican-origin and anglo adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(1), 81-90.  
<https://doi.org/10.1097/00004583-199501000-00018>
- Roberts, R.E., Roberts, C.R., & Chen, Y.R. (1997). Ethnocultural differences in prevalence of adolescent depression. *American Journal of Community Psychology*, 25, 95-110. doi: 10.1023/a:1024649925737
- Roberts, R.E., Roberts, C.R., & Xing, Y. (2007). Rates of DSM-IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area. *Journal of Psychiatric Research*, 41(11), 959-967. doi: 10.1016/j.jpsychires.2006.09.006
- Rocha, M.M., Rescorla, L.A., Emerich, D.R., Silveiras, E.F.M., Borsa, J.C., Araújo, L.G.S., ... & Assis, S.G. (2013). Behavioural/emotional problems in Brazilian children: Findings from parents' reports on the child behavior checklist. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 22(4), 329-338.  
<https://doi.org/10.1017/S2045796012000637>
- Rodríguez, J., Kohn, R., & Aguilar, S. (2012). Epidemiologías de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. *Facultad Nacional de Salud Pública: El Escenario Para La Salud Pública Desde La Ciencia*, Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud.
- Ruggiero, K.J. & McLeer, S.V. (2000). PTSD scale of the Child Behavior Checklist: Concurrent and discriminant validity with non-clinic-referred sexually abused children. *Journal of Traumatic Stress*, 13(2), 287-299.  
<https://doi.org/10.1023/A:1007710828777>
- Sala, R., Granero, R., & Ezpeleta, L. (2006). Dimensional analysis of a categorical diagnostic interview: The DICA-IV. *Psicothema*, 18(1), 123-129. [versión PDF].  
 Obtenido de <http://www.psicothema.com/pdf/3186.pdf>
- Salcedo, M., Vásquez, R. & Calvo, G.M. 2011. Trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40 (1), 131-144. [versión PDF]. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/806/80619286010.pdf>

- Servera, M. & Bernad, M.M. (2017). *Psicopatología Infantil*. Ciudad de México: Editorial Síntesis.
- Silva, R.R., Alpert, M., Pouget, E., Silva, V., Trosper, S., Reyes, K., & Dummit, S. (2005). A rating scale for disruptive behavior disorders, based on the DSM-IV item pool. *Psychiatric Quarterly*, 76(4), 327-339. doi: 10.1007/s11126-005-4966-x
- Sourander, A. & Helstelä, L. (2005). Childhood predictors of externalizing and internalizing problems in adolescence: A prospective follow-up study from age 8 to 16. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14, 415-423. doi: 10.1007/s00787-005-0475-6
- Szatmari, P., Boyle, M., & Offord, D.R. (1989). ADHD and conduct disorder: Degree of diagnostic overlap and differences among correlates. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28(6), 865-872. <https://doi.org/10.1097/00004583-198911000-00010>
- Tirapu-Ustárroz, J., Ruiz-García, B.M., Luna-Lario, P., & Hernáez-Goñi, P. (2015). Tempo cognitivo lento: Una revisión actualizada. *Revista de Neurología*, 61(7), 323-331. <https://doi.org/10.33588/rn.6107.2015327>
- Torres, Y., Posada, J., Bareño, J., & Berbesí, D. (2010). Situación de salud mental del adolescente. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia. En *Ministerio de Protección Social*. [versión PDF]. Obtenido de <http://psicopediahoy.s3.amazonaws.com/saludmentaladoloscentecolombia.pdf>
- Van Der Ende, J. & Verhulst, F.C. (2005). Informant, gender and age differences in ratings of adolescent problem behaviour. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14, 117-126. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s00787-005-0438-y>
- Verhulst, F.C., Achenbach, T.M., Van Der Ende, J., Erol, N., Lambert, M.C., Leung, P.W.L., ... Zubrick, S.R. (2003). Comparisons of problems reported by youths from seven countries. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1479-1485. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1479>
- Vicente, B., De La Barra, F., Saldivia, S., Kohn, R., Rioseco, P., & Melipillan, R. (2012). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in Santiago, Chile: A community epidemiological study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(7), 1099-1109. doi: 10.1007/s00127-011-0415-3

- Vicente, B., Saldivia, S., de la Barra, F., Melipillán, R., Valdivia, M., & Kohn, R. (2012). Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Revista Médica de Chile*, *140*(4), 447-457.  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012000400005>
- Vicente, B., Saldivia, S., & Pihán, R. (2016). Prevalencias y brechas hoy: salud mental mañana. *Acta bioethica*, *22*, (1), 51-61.  
<http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2016000100006>
- Villanueva, C. & Ríos, A.M. (2018). Factores protectores y de riesgo del trastorno de conducta y del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *23*, 59-74. doi: 10.5944/rppc.vol.23.num.1.2018.19758
- Viola, L., Garrido, G., & Rescorla, L. (2011). Testing multicultural robustness of the child behavior checklist in a national epidemiological sample in Uruguay. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *39*(6), 897-908. doi: 10.1007/s10802-011-9500-z
- Widakowich, C. (2012). El enfoque dimensional vs. el enfoque categórico en psiquiatría: aspectos históricos y epistemológicos. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, *17*(4), 365-374. [versión PDF]. Obtenido de [https://www.alcmeon.com.ar/17/68/06\\_Bidacovich.pdf](https://www.alcmeon.com.ar/17/68/06_Bidacovich.pdf)
- Wolfe, V.V., Gentile, C., & Wolfe, D.A. (1989). The impact of sexual abuse on children: A PTSD formulation. *Behavior Therapy*, *20*(2), 215-228.  
[https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(89\)80070-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(89)80070-X)
- Young, E.A. & Altemus, M. (2004). Puberty, ovarian steroids, and stress. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *124*, 124-133. doi: 10.1196/annals.1308.013
- Zahn-Waxler, C., Shirtcliff, E.A., & Marceau, K. (2008). Disorders of childhood and adolescence: Gender and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, *4*, 275-303. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091358

## 8. ANEXOS

### Anexo 1 Formulario de información sociodemográfica

#### FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE LOS PARTICIPANTES

¿Va a participar en el estudio? 0. No ( ) 1. Si ( )	Fecha (Día/mes/año): / /	Código:
---	-----------------------------	---------

#### INFORMACIÓN COLEGIO

Nombre de la escuela: _____ _____	Tipo escuela: 1. Pública ( ) 2. Privada ( ) 3. Fiscomisional ( )	Curso escolar: _____ _____
---	---	----------------------------------

INFORMACIÓN NIÑO	INFORMACIÓN MADRE	INFORMACIÓN PADRE
<b>Nombres e iniciales de los apellidos del niño:</b> _____	<b>Edad de la madre:</b> _____	<b>Edad del padre:</b> _____
<b>Fecha de nacimiento del niño (día/mes/año):</b> / /	<b>Relación del niño con la madre:</b> 1. Madre biológica ( ) 3. Madrastra ( ) 5. Madre adoptiva ( ) 7. Madre de acogida ( ) 9. Abuela materna ( ) 11. Abuela paterna ( ) 13. Otra mujer ( ) 15. Compañera padre ( ) Otro: _____	<b>Relación del niño con el padre:</b> 2. Padre biológico ( ) 4. Padrastro ( ) 6. Padre adoptivo ( ) 8. Padre de acogida ( ) 10. Abuelo materno ( ) 12. Abuelo paterno ( ) 14. Otro hombre ( ) 16. Compañero de la madre ( ) Otro: _____
<b>Sexo del niño:</b> 0. Masculino ( ) 1. Femenino ( )	<b>Estudios más altos de la madre</b> 0. Se desconoce ( ) 1. Primaria ( ) 2. Secundaria ( ) 3. Secundaria incompleto ( ) 4. Universidad: graduado/licenciado ( ) 5. Universidad incompleto ( ) 6. Maestría ( ) 7. Doctorado ( )	<b>Estudios más altos del padre</b> 0. Se desconoce ( ) 1. Primaria ( ) 2. Secundaria ( ) 3. Secundaria incompleto ( ) 4. Universidad: graduado/licenciado ( ) 5. Universidad incompleto ( ) 6. Maestría ( ) 7. Doctorado ( )
<b>Raza o grupo étnico del niño:</b> 1. Blanco ( ) 2. Mestizo ( ) 3. Indígena ( ) 4. Afroecuatoriano ( ) 5. Montubio ( ) Otro: _____	<b>Trabaja actualmente la madre:</b> 0. No ( ) 1. Si ( ) Si marco que Sí, ¿en qué trabaja la madre? _____	<b>Trabaja actualmente el padre:</b> 0. No ( ) 1. Si ( ) Si marco que Sí, ¿en qué trabaja el padre? _____
<b>Tipo de convivencia de los padres del niño:</b> 1. Solteros ( ) 2. Casados ( ) 3. Unión libre ( ) 4. Divorciados ( ) 5. Separados ( ) 6. Viudo ( ) Otro ( )		
<b>El niño convive con:</b> _____		

## **Anexo 2 Carta de autorización del estudio para los Rectores**

Quito, X de marzo 2018

Estimada Unidad Educativa XXXXXX,

Mi nombre es Gabriela Romo y trabajo en el área de Psicóloga de la Universidad San Francisco de Quito. Estoy realizando una investigación para estimar la prevalencia de niños de 6 a 18 años con problemas emocionales y conductuales en la ciudad de Quito.

Esto es un estudio que no se ha realizado antes en Ecuador. Para poder empezar a realizar este estudio, lo presenté al Comité de Ética de la Universidad San Francisco de Quito para que cumpla con todos los requisitos necesarios aprobados por American Psychological Association. El procedimiento del estudio es escoger aleatoriamente escuelas públicas y privadas de la ciudad de Quito que escolaricen niños de 6 a 18 años. Se obtendrá el permiso en cada colegio para poder realizar la investigación. Se contactará con las familias a través del colegio y se les enviará por medio de los niños un sobre que contenga, el consentimiento informado y los cuestionarios de Achenbach que se utilizarán para la investigación. Las familias retornarán al Colegio el consentimiento informado firmado y los cuestionarios en un sobre cerrado. Toda la información recogida será anonimizada y en ningún caso constará el nombre del niño de manera que pueda identificarse su identidad. La información recogida será confidencial y sólo la utilizaré con propósitos de investigación con personas especializadas en Psicología. Se necesitará un paralelo de cada curso académico a partir de 2do de básica. Todos los padres de ese paralelo deberían llenar este consentimiento para la participación en el estudio, aquí marcarán si decidieron participar o no (NO ES OBLIGATORIO PARTICIPAR). Se pedirá a los padres de niños de 6 a 18 años llenar un cuestionario y a los niños de 11 a 18 años además también se les solicitará llenar otro cuestionario. En el caso de los niños de 11 a 18 años que participen en el estudio, se solicitará que el su cuestionario será llenado en el colegio para poder resolver cualquier duda que tengan. El tiempo que se demora en llenar este cuestionario es de 15 a 30 minutos.

Me podría en contacto con psicólogas y profesoras del colegio para que me ayuden en la recolección de los datos. El motivo de esta carta es solicitar su aprobación para realizar este estudio en su Escuela.

Muchas gracias por su tiempo y ayuda.

Saludos cordiales,

Gabriela Romo  
Psicóloga Clínica y de la Salud, MSc.

**Anexo 3 Correlación entre el ítem y el total corregido y alfa sin el ítem de cada escala del cuestionario CBCL/6-18**

**Anexo 3A Correlación entre el ítem y el total corregido y alfa sin el ítem de la escala empíricas de primer orden: ansioso/deprimido**

Escala ansioso/deprimido	6-11 años				12-18 años			
	Niños		Niñas		Niños		Niñas	
	(n = 342)	(α = ,788)	(n = 301)	(α = ,804)	(n = 357)	(α = ,753)	(n = 350)	(α = ,830)
	ri-Tc	α-i	ri-Tc	α-i	ri-Tc	α-i	ri-Tc	α-i
14. Llorar	,42	,775	,43	,793	,32	,744	,47	,819
29. Miedos	,36	,782	,32	,804	,36	,740	,44	,821
30. Miedo escuela	,27	,786	,29	,802	,19	,753	,33	,827
31. Miedo que paso algo malo	,45	,771	,40	,795	,37	,740	,46	,819
32. Perfeccionismo	,31	,786	,35	,800	,33	,746	,32	,831
33. No querido	,52	,764	,54	,781	,45	,729	,55	,812
35. Inferior	,53	,768	,48	,790	,42	,734	,55	,813
45. Nervioso	,49	,767	,55	,780	,47	,726	,57	,810
50. Ansioso	,48	,768	,58	,778	,48	,725	,62	,808
52. Culpable	,38	,780	,52	,789	,47	,730	,54	,814
71. Cohibido	,51	,765	,44	,791	,43	,731	,48	,818
91. Deseo de matarse	,36	,783	,41	,798	,17	,754	,34	,827
112. Se preocupa	,44	,773	,55	,781	,42	,732	,54	,813

Nota. ri-Tc = correlación entre el ítem y el total corregido; α-i = alfa sin el ítem

**Anexo 3B Correlación entre el ítem y el total corregido y alfa sin el ítem de las escalas empíricas de primer orden: retraído/deprimido**

Escala retraído/deprimido	6-11 años				12-18 años			
	Niños		Niñas		Niños		Niñas	
	(n = 342)	( $\alpha = ,777$ )	(n = 301)	( $\alpha = ,732$ )	(n = 357)	( $\alpha = ,705$ )	(n = 350)	( $\alpha = ,781$ )
	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i
5. Disfruta poco	,41	,774	,40	,720	,34	,698	,33	,787
42. Soledad	,48	,753	,47	,695	,38	,682	,51	,753
65. Rehúsa hablar	,51	,748	,52	,687	,42	,671	,56	,743
69. Reservado	,54	,742	,41	,709	,46	,661	,58	,739
75. Tímido	,55	,741	,38	,716	,43	,667	,50	,754
102. Falta energía	,48	,753	,47	,700	,42	,674	,46	,761
103. Triste	,48	,757	,47	,701	,40	,679	,47	,760
111. Aislado	,49	,754	,42	,714	,42	,676	,51	,756

Nota. ri-Tc = correlación entre el ítem y el total corregido;  $\alpha$ -i = alfa sin el ítem



**Anexo 3C Correlación entre el ítem y el total corregido y alfa sin el ítem de las escalas empíricas de primer orden: quejas somáticas**

Escala de quejas somáticas	6-11 años				12-18 años			
	Niños		Niñas		Niños		Niñas	
	(n = 342)	( $\alpha = ,739$ )	(n = 301)	( $\alpha = ,728$ )	(n = 357)	( $\alpha = ,772$ )	(n = 350)	( $\alpha = ,817$ )
	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i
47. Pesadillas	,28	,739	,39	,709	,43	,754	,44	,806
49. Estreñimiento	,20	,745	,02	,750	,30	,768	,26	,821
51. Mareado	,46	,715	,46	,706	,49	,747	,67	,784
54. Cansado	,37	,724	,41	,704	,44	,754	,51	,801
56a: Dolores o molestias	,38	,722	,33	,714	,44	,753	,59	,792
56b: Dolor de cabeza	,43	,715	,54	,680	,51	,744	,54	,796
56c: Nauseas	,54	,702	,57	,687	,52	,746	,61	,792
56d: Problemas de ojos	,34	,727	,32	,718	,30	,775	,31	,819
56e: Problemas de piel	,33	,729	,21	,731	,29	,770	,32	,816
56f: Dolor de estómago	,56	,694	,51	,687	,49	,746	,61	,789
56g: Vómitos	,48	,711	,46	,700	,55	,745	,52	,801

Nota. ri-Tc = correlación entre el ítem y el total corregido;  $\alpha$ -i = alfa sin el ítem

**Anexo 3D Correlación entre el ítem y el total corregido y alfa sin el ítem de las escalas empíricas de primer orden: problemas sociales**

	6-11 años				12-18 años			
	Niños ( <i>n</i> = 342) ( $\alpha$ = ,722)		Niñas ( <i>n</i> = 301) ( $\alpha$ = ,741)		Niños ( <i>n</i> = 357) ( $\alpha$ = ,687)		Niñas ( <i>n</i> = 350) ( $\alpha$ = ,746)	
ri-	Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i
Escala de problemas sociales								
11. Dependiente	,37	,705	,45	,715	,30	,676	,36	,734
12. Soledad	,46	,686	,49	,707	,32	,670	,48	,716
25. No se lleva bien con otros	,39	,698	,34	,730	,36	,662	,41	,726
27. Celoso	,42	,695	,46	,714	,35	,665	,50	,712
34. Siente que le quieren perjudicar	,48	,689	,44	,716	,39	,657	,46	,720
36. Propenso a accidentes	,28	,714	,30	,733	,38	,662	,45	,722
38. Se burlan de él/ella	,45	,690	,47	,713	,42	,653	,35	,736
48. No le cae bien a otros	,32	,708	,53	,706	,31	,671	,36	,733
62. Torpeza	,40	,701	,43	,725	,33	,669	,41	,728
64. Prefiere estar con niños menores	,25	,718	,27	,739	,35	,664	,32	,738
79. Problemas en el habla	,27	,715	,19	,743	,23	,681	,30	,739

Nota. ri-Tc = correlación entre el ítem y el total corregido;  $\alpha$ -i = alfa sin el ítem

**Anexo 3E Correlación entre el ítem y el total corregido y alfa sin el ítem de las escalas empíricas de primer orden: problemas de pensamiento**

Escala de problemas de pensamiento	6-11 años				12-18 años			
	Niños		Niñas		Niños		Niñas	
	(n = 342)	(n = 301)	(n = 357)	(n = 350)	(α = ,745)	(α = ,643)	(α = ,744)	(α = ,786)
	ri-Tc	α-i	ri-Tc	α-i	ri-Tc	α-i	ri-Tc	α-i
9. Obsesiones	,44	,723	,49	,576	,36	,734	,44	,775
18. Intentado suicidarse	,34	,735	,18	,637	,38	,733	,47	,770
40. Oye sonidos	,48	,718	,40	,607	,33	,732	,43	,771
46. Tics	,37	,729	,37	,610	,34	,731	,20	,787
58. Araña partes del cuerpo	,22	,744	,15	,640	,33	,732	,29	,782
59. Juega partes sexuales	,24	,743	,06	,645	,41	,730	,30	,783
60. Juega demasiado partes sexuales	,18	,744	,12	,642	,45	,726	,34	,783
66. Compulsiones	,46	,720	,34	,616	,43	,722	,49	,765
70. Ve cosas	,51	,721	,29	,625	,40	,727	,61	,756
76. Duerme menos	,28	,741	,26	,628	,43	,722	,42	,773
83. Almacena cosas	,36	,733	,36	,612	,46	,718	,35	,781
84. Comportamiento raro	,42	,730	,26	,629	,29	,736	,57	,763
85. Ideas raras	,45	,724	,25	,630	,39	,727	,51	,767
92. Sonambulismo	,28	,739	,12	,649	,18	,746	,21	,789
100. No duerme bien	,36	,731	,22	,633	,27	,741	,47	,767

Nota. ri-Tc = correlación entre el ítem y el total corregido; α-i = alfa sin el ítem

**Anexo 3F Correlación entre el ítem y el total corregido y alfa sin el ítem de las escalas empíricas de primer orden: problemas de atención**

Escala de problemas de atención	6-11 años				12-18 años			
	Niños		Niñas		Niños		Niñas	
	( <i>n</i> = 342)	( <i>α</i> = ,850)	( <i>n</i> = 301)	( <i>α</i> = ,802)	( <i>n</i> = 357)	( <i>α</i> = ,802)	( <i>n</i> = 350)	( <i>α</i> = ,822)
	ri-Tc	<i>α</i> -i	ri-Tc	<i>α</i> -i	ri-Tc	<i>α</i> -i	ri-Tc	<i>α</i> -i
1. Actúa como si fuera menor	,30	,855	,37	,796	,31	,802	,33	,823
4. Deja sin terminar lo que empieza	,56	,834	,48	,785	,41	,793	,50	,806
8. No puede concentrarse	,69	,821	,57	,774	,65	,763	,59	,797
10. Hiperactivo	,50	,842	,48	,786	,44	,790	,36	,821
13. Como si estuviera en las nubes	,64	,828	,56	,776	,52	,780	,57	,798
17. Sueña despierto	,42	,846	,28	,803	,35	,797	,53	,803
41. Impulsivo	,56	,835	,48	,784	,52	,780	,45	,811
61. Bajo rendimiento	,61	,832	,44	,789	,55	,776	,53	,803
78. Se distrae	,72	,818	,66	,762	,67	,760	,67	,787
80. Mira al vacío	,52	,839	,45	,788	,34	,799	,53	,804

Nota. ri-Tc = correlación entre el ítem y el total corregido; *α*-i = alfa sin el ítem

**Anexo 3G Correlación entre el ítem y el total corregido y alfa sin el ítem de las escalas empíricas de primer orden: romper normas**

Escala de romper normas	6-11 años				12-18 años			
	Niños		Niñas		Niños		Niñas	
	(n = 342)	(n = 301)	(n = 357)	(n = 350)	(n = 342)	(n = 301)	(n = 357)	(n = 350)
( $\alpha = ,695$ )	( $\alpha = ,683$ )	( $\alpha = ,695$ )	( $\alpha = ,683$ )	( $\alpha = ,748$ )	( $\alpha = ,748$ )	( $\alpha = ,777$ )	( $\alpha = ,777$ )	
	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i
2. Bebe alcohol	,09	,697	,24	,677	,08	,754	,23	,776
26. No culpable	,26	,700	,37	,667	,31	,747	,35	,775
28. Rompe reglas	,53	,643	,47	,637	,51	,716	,51	,753
39. Junta con niños problemas	,38	,671	,43	,650	,55	,712	,57	,746
43. Miente	,43	,663	,45	,643	,53	,715	,52	,752
63. Prefiere niños mayores	,33	,679	,39	,653	,35	,738	,33	,775
67. Fuga de casa	,29	,686	,28	,675	,40	,734	,50	,760
72. Prende fuego	,31	,683	,02	,688	,39	,734	,35	,771
73. Problemas sexuales	,24	,689	- <sup>a</sup>	- <sup>a</sup>	,17	,747	,36	,770
81. Roba en casa	,43	,677	,38	,663	,32	,738	,40	,767
82. Roba fuera de casa	,27	,688	,22	,677	,26	,743	,28	,773
90. Grosero	,32	,679	,51	,640	,51	,718	,46	,758
96. Piensa mucho en sexo	,20	,691	,31	,666	,37	,737	,49	,759
99. Fuma	,27	,691	- <sup>a</sup>	- <sup>a</sup>	,27	,743	,25	,774
101. Ausencia escuela	,35	,678	,06	,686	,17	,748	,32	,770
105. Drogas	,27	,690	,04	,686	,33	,744	,24	,777
106. Vandalismo	,36	,684	,26	,678	,35	,739	,42	,768

Nota. ri-Tc = correlación entre el ítem y el total corregido;  $\alpha$ -i = alfa sin el ítem

<sup>a</sup> Valor obtenido tenía una variabilidad nula

**Anexo 3H Correlación entre el ítem y el total corregido y alfa sin el ítem de las escalas empíricas de primer orden: conductas agresivas**

Escala de conductas agresivas	6-11 años				12-18 años			
	Niños		Niñas		Niños		Niñas	
	( <i>n</i> = 342)	( <i>n</i> = 301)	( <i>n</i> = 357)	( <i>n</i> = 350)	( <i>n</i> = 357)	( <i>n</i> = 350)	( <i>n</i> = 350)	( <i>n</i> = 350)
	( $\alpha$ = ,869)	( $\alpha$ = ,880)	( $\alpha$ = ,881)	( $\alpha$ = ,880)	( $\alpha$ = ,881)	( $\alpha$ = ,881)	( $\alpha$ = ,880)	( $\alpha$ = ,880)
	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i
3. Discute	,49	,863	,56	,873	,52	,875	,56	,872
16. Cruel	,40	,866	,48	,876	,51	,876	,34	,879
19. Exige atención	,50	,862	,62	,869	,45	,877	,53	,873
20. Destruye propias cosas	,43	,865	,32	,880	,48	,876	,42	,877
21. Destruye de otros	,34	,867	,27	,881	,44	,878	,38	,878
22. Desobedece en casa	,57	,858	,53	,873	,55	,873	,58	,871
23. Desobedece en escuela	,46	,863	,34	,879	,48	,876	,46	,875
37. Se mete en peleas	,42	,865	,45	,877	,47	,876	,48	,875
57. Ataca físicamente	,47	,864	,37	,878	,51	,876	,42	,877
68. Grita mucho	,57	,859	,64	,868	,65	,869	,59	,870
86. Irritable	,62	,856	,70	,866	,65	,869	,57	,871
87. Cambios de humos	,58	,858	,57	,872	,56	,873	,59	,870
88. Contrariado	,56	,859	,59	,871	,62	,870	,67	,867
89. Desconfiando	,41	,865	,48	,875	,32	,882	,49	,875
94. Burla de otros	,44	,864	,51	,874	,54	,873	,51	,874
95. Rabietas	,61	,857	,68	,866	,61	,870	,65	,868
97. Amenaza a otros	,41	,866	,47	,878	,37	,879	,39	,879
104. Muy ruidoso	,49	,862	,51	,874	,48	,876	,44	,876

Nota. ri-Tc = correlación entre el ítem y el total corregido;  $\alpha$ -i = alfa sin el ítem

**Anexo 3I Correlación entre el ítem y el total corregido y alfa sin el ítem de las escalas empíricas de segundo orden: Interiorizado**

Escala interiorizado	6-11 años				12-18 años			
	Niños		Niñas		Niños		Niñas	
	(n = 342)	(n = 301)	(n = 357)	(n = 350)	(n = 357)	(n = 350)	(n = 357)	(n = 350)
	( $\alpha = ,891$ )	( $\alpha = ,888$ )	( $\alpha = ,875$ )	( $\alpha = ,915$ )	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i
14. Llorar	,39	,888	,47	,884	,32	,873	,47	,913
29. Miedos	,32	,890	,36	,887	,37	,872	,43	,914
30. Miedo escuela	,33	,889	,30	,887	,26	,874	,33	,915
31. Miedo que paso algo malo	,45	,887	,43	,885	,37	,873	,49	,913
32. Perfeccionismo	,30	,890	,33	,887	,34	,874	,30	,916
33. No querido	,48	,886	,51	,883	,41	,871	,55	,912
35. Inferior	,55	,886	,45	,885	,41	,872	,53	,912
45. Nervioso	,52	,886	,54	,882	,51	,869	,58	,912
50. Ansioso	,51	,886	,60	,881	,51	,869	,63	,911
52. Culpable	,43	,888	,51	,884	,56	,869	,60	,912
71. Cohibido	,61	,883	,50	,883	,48	,870	,57	,912
91. Deseo de matarse	,37	,889	,40	,886	,15	,876	,36	,915
112. Se preocupa	,48	,886	,58	,881	,44	,871	,55	,912
5. Disfruta poco	,40	,889	,42	,885	,36	,874	,30	,916
42. Soledad	,42	,888	,48	,884	,35	,873	,47	,913
65. Rehúsa hablar	,55	,885	,48	,884	,46	,870	,53	,912
69. Reservado	,49	,886	,35	,886	,43	,871	,55	,912
75. Tímido	,55	,885	,42	,885	,47	,870	,54	,912
102. Falta energía	,52	,886	,43	,885	,38	,872	,55	,912
103. Triste	,51	,887	,54	,883	,52	,870	,55	,912
111. Aislado	,47	,887	,45	,885	,32	,873	,50	,913
47. Pesadillas	,38	,889	,37	,886	,46	,870	,50	,913
49. Estreñimiento	,24	,891	,07	,890	,29	,874	,22	,916
51. Mareado	,42	,888	,44	,885	,45	,871	,57	,912
54. Cansado	,45	,887	,57	,882	,52	,869	,63	,910
56a: Dolores o molestias	,38	,888	,34	,886	,44	,871	,54	,912
56b: Dolor de cabeza	,39	,888	,49	,883	,44	,871	,47	,913
56c: Nauseas	,46	,887	,47	,884	,43	,871	,53	,913
56d: Problemas de ojos	,32	,890	,34	,887	,29	,874	,34	,915
56e: Problemas de piel	,33	,889	,19	,889	,22	,875	,35	,915
56f: Dolor de estómago	,40	,888	,47	,884	,44	,871	,51	,913
56g: Vómitos	,40	,888	,38	,886	,46	,871	,45	,914

Nota. ri-Tc = correlación entre el ítem y el total corregido;  $\alpha$ -i = alfa sin el ítem

**Anexo 3J Correlación entre el ítem y el total corregido y alfa sin el ítem de las escalas empíricas de segundo orden: exteriorizado**

Escala exteriorizado	6-11 años				12-18 años			
	Niños		Niñas		Niños		Niñas	
	(n = 342)		(n = 301)		(n = 357)		(n = 350)	
	(α = ,888)		(α = ,891)		(α = ,909)		(α = ,906)	
	ri-Tc	α-i	ri-Tc	α-i	ri-Tc	α-i	ri-Tc	α-i
2. Bebe alcohol	,08	,889	,18	,891	,10	,910	,19	,906
26. No culpable	,36	,887	,40	,889	,38	,908	,42	,904
28. Rompe reglas	,59	,881	,55	,885	,61	,904	,59	,901
39. Junta con niños problemas	,36	,886	,40	,889	,56	,905	,55	,902
43. Miente	,51	,883	,50	,886	,59	,904	,59	,901
63. Prefiere niños mayores	,39	,886	,42	,888	,44	,907	,35	,905
67. Fuga de casa	,29	,887	,24	,891	,37	,908	,38	,904
72. Prende fuego	,28	,887	,06	,892	,39	,907	,30	,905
73. Problemas sexuales	,16	,888	- <sup>a</sup>	- <sup>a</sup>	,12	,910	,24	,906
81. Roba en casa	,34	,887	,32	,890	,32	,908	,33	,905
82. Roba fuera de casa	,16	,888	,17	,891	,26	,909	,18	,906
90. Grosero	,44	,885	,53	,887	,57	,905	,56	,902
96. Piensa mucho en sexo	,20	,888	,25	,891	,37	,908	,43	,904
99. Fuma	,15	,888	- <sup>a</sup>	- <sup>a</sup>	,23	,909	,17	,906
101. Ausencia escuela	,29	,887	,01	,892	,20	,909	,33	,905
105. Drogas	,21	,888	,04	,892	,34	,909	,20	,906
106. Vandalismo	,27	,888	,23	,891	,39	,908	,35	,905
3. Discute	,50	,884	,52	,886	,52	,906	,54	,902
16. Cruel	,41	,886	,51	,887	,51	,906	,35	,905
19. Exige atención	,50	,884	,58	,884	,47	,906	,52	,902
20. Destruye propias cosas	,46	,884	,35	,889	,51	,906	,42	,904
21. Destruye de otros	,38	,886	,29	,890	,47	,907	,36	,904
22. Desobedece en casa	,60	,881	,54	,886	,57	,904	,62	,900
23. Desobedece en escuela	,49	,883	,41	,888	,55	,905	,56	,901
37. Se mete en peleas	,46	,885	,47	,887	,54	,905	,54	,902
57. Ataca físicamente	,45	,885	,39	,889	,55	,906	,46	,903
68. Grita mucho	,56	,882	,65	,882	,64	,903	,57	,901
86. Irritable	,59	,881	,64	,883	,61	,904	,52	,902
87. Cambios de humos	,54	,882	,51	,886	,53	,905	,57	,901
88. Contrariado	,55	,882	,55	,885	,61	,904	,62	,900
89. Desconfiando	,39	,886	,46	,888	,28	,909	,47	,903
94. Burla de otros	,45	,884	,58	,885	,57	,905	,54	,902
95. Rabietas	,58	,881	,65	,883	,57	,905	,60	,901
97. Amenaza a otros	,41	,886	,43	,889	,40	,907	,38	,905
104. Muy ruidoso	,48	,884	,51	,886	,48	,906	,47	,903

Nota. ri-Tc = correlación entre el ítem y el total corregido; α-i = alfa sin el ítem

<sup>a</sup> Valor obtenido tenía una variabilidad nula



**Anexo 3K Correlación entre el ítem y el total corregido y alfa sin el ítem de las escalas empíricas de tercer orden: total problemas**

	6-11 años				12-18 años			
	Niños		Niñas		Niños		Niñas	
	( <i>n</i> = 342)	( $\alpha$ = ,960)	( <i>n</i> = 301)	( $\alpha$ = ,956)	( <i>n</i> = 357)	( $\alpha$ = ,956)	( <i>n</i> = 350)	( $\alpha$ = ,966)
Total problemas	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i
1. Actúa como si fuera menor	,35	,960	,44	,955	,25	,956	,41	,966
10. Hiperactivo	,44	,960	,48	,955	,42	,956	,32	,966
100. No duerme bien	,37	,960	,19	,956	,28	,956	,49	,966
101. Ausencia escuela	,35	,960	-,02	,956	,21	,956	,30	,966
102. Falta energía	,47	,960	,44	,956	,35	,956	,54	,966
103. Triste	,49	,960	,47	,955	,50	,955	,54	,966
104. Muy ruidoso	,44	,960	,57	,955	,45	,956	,50	,966
105. Drogas	,21	,960	,06	,956	,25	,956	,20	,966
106. Vandalismo	,29	,960	,24	,956	,23	,956	,34	,966
107. Orina en ropa	,38	,960	,07	,956	- <sup>a</sup>	- <sup>a</sup>	,08	,966
108. Orina en cama	,23	,960	,06	,956	,10	,956	,22	,966
109. Queja mucho	,53	,959	,54	,955	,49	,955	,61	,966
11. Dependiente	,39	,960	,44	,956	,30	,956	,36	,966
110. Desea ser sexo opuesto	,24	,960	,39	,956	,01	,956	,31	,966
111. Aislado	,35	,960	,36	,956	,19	,956	,50	,966
112. Se preocupa	,44	,960	,52	,955	,44	,956	,50	,966
113. Otro	,21	,960	,12	,956	,22	,956	,30	,966
12. Soledad	,50	,960	,53	,955	,37	,956	,59	,966
13. Como si estuviera en las nubes	,57	,959	,52	,955	,55	,955	,66	,966
14. Llorar	,48	,960	,50	,955	,37	,956	,54	,966
15. Cruel con animales	,29	,960	,03	,956	,21	,956	,21	,966
16. Cruel	,32	,960	,41	,956	,38	,956	,28	,966
17. Sueña despierto	,47	,960	,31	,956	,36	,956	,56	,966
18. Intentado suicidarse	,27	,960	,16	,956	,41	,956	,51	,966
19. Exige atención	,58	,959	,60	,955	,50	,955	,55	,966
2. Bebe alcohol	,13	,960	,17	,96	,15	,956	,09	,966
20. Destruye propias cosas	,49	,960	,37	,956	,51	,955	,41	,966
21. Destruye de otros	,36	,960	,23	,956	,38	,956	,31	,966
22. Desobedece en casa	,56	,959	,55	,955	,50	,955	,50	,966
23. Desobedece en escuela	,50	,960	,46	,955	,53	,955	,49	,966
24. No come bien	,37	,960	,32	,956	,34	,956	,49	,966
25. No se lleva bien con otros	,45	,960	,31	,956	,31	,956	,35	,966
26. No culpable	,39	,960	,38	,956	,39	,956	,39	,966
27. Celoso	,50	,960	,55	,955	,45	,956	,58	,966
28. Rompe reglas	,55	,959	,54	,955	,52	,955	,47	,966
29. Miedos	,36	,960	,29	,956	,40	,956	,33	,966
3. Discute	,50	,960	,46	,955	,49	,955	,48	,966

	6-11 años				12-18 años			
	Niños		Niñas		Niños		Niñas	
	<i>(n = 342)</i>		<i>(n = 301)</i>		<i>(n = 357)</i>		<i>(n = 350)</i>	
	<i>(α = ,960)</i>		<i>(α = ,956)</i>		<i>(α = ,956)</i>		<i>(α = ,966)</i>	
Total problemas	ri-Tc	α-i	ri-Tc	α-i	ri-Tc	α-i	ri-Tc	α-i
30. Miedo escuela	,37	,960	,31	,956	,27	,956	,40	,966
31. Miedo que paso algo malo	,49	,960	,44	,955	,42	,956	,51	,966
32. Perfeccionismo	,32	,960	,31	,956	,29	,956	,33	,966
33. No querido	,57	,959	,54	,955	,49	,955	,62	,966
34. Siente que le quieren perjudicar	,57	,959	,45	,955	,40	,956	,60	,966
35. Inferior	,55	,960	,40	,956	,40	,956	,56	,966
36. Propenso a accidentes	,35	,960	,38	,956	,43	,956	,52	,966
37. Se mete en peleas	,40	,960	,47	,956	,45	,956	,49	,966
38. Se burlan de él/ella	,48	,960	,38	,956	,43	,956	,42	,966
39. Junta con niños problemas	,33	,960	,42	,956	,52	,955	,52	,966
4. Deja sin terminar lo que empieza	,48	,960	,50	,955	,36	,956	,48	,966
40. Oye sonidos	,48	,960	,31	,956	,30	,956	,43	,966
41. Impulsivo	,57	,959	,54	,955	,53	,955	,52	,966
42. Soledad	,39	,960	,47	,955	,31	,956	,46	,966
43. Miente	,47	,960	,53	,955	,54	,955	,52	,966
44. Come uñas	,32	,960	,33	,956	,24	,956	,37	,966
45. Nervioso	,50	,960	,55	,955	,43	,956	,53	,966
46. Tics	,41	,960	,32	,956	,40	,956	,29	,966
47. Pesadillas	,42	,960	,28	,956	,43	,956	,49	,966
48. No le cae bien a otros	,36	,960	,45	,955	,34	,956	,45	,966
49. Estreñimiento	,23	,960	,12	,956	,28	,956	,14	,966
5. Disfruta poco	,41	,960	,46	,955	,30	,956	,31	,966
50. Ansioso	,50	,960	,55	,955	,45	,956	,59	,966
51. Mareado	,38	,960	,33	,956	,45	,956	,49	,966
52. Culpable	,36	,960	,47	,956	,49	,955	,56	,966
53. Come demasiado	,25	,960	,48	,955	,44	,956	,37	,966
54. Cansado	,47	,960	,54	,955	,53	,955	,66	,966
55. Sobrepeso	,20	,960	,21	,956	,32	,956	,22	,966
56a: Dolores o molestias	,37	,960	,29	,956	,45	,956	,52	,966
56b: Dolor de cabeza	,36	,960	,40	,956	,40	,956	,39	,966
56c: Nauseas	,41	,960	,35	,956	,34	,956	,46	,966
56d: Problemas de ojos	,29	,960	,23	,956	,24	,956	,28	,966
56e: Problemas de piel	,36	,960	,22	,956	,18	,956	,29	,966
56f: Dolor de estómago	,39	,960	,43	,956	,40	,956	,43	,966
56g: Vómitos	,38	,960	,30	,956	,40	,956	,39	,966
56h. Otros	,20	,960	,14	,956	,31	,956	,19	,966
57. Ataca físicamente	,41	,960	,34	,956	,49	,956	,45	,966
58. Araña partes del cuerpo	,26	,960	,23	,956	,37	,956	,27	,966
59. Juega partes sexuales	,29	,960	,08	,956	,28	,956	,22	,966

	6-11 años				12-18 años			
	Niños (n = 342) (α = ,960)		Niñas (n = 301) (α = ,956)		Niños (n = 357) (α = ,956)		Niñas (n = 350) (α = ,966)	
Total problemas	ri-Tc	α-i	ri-Tc	α-i	ri-Tc	α-i	ri-Tc	α-i
6. Necesidades en ropa	,37	,960	,09	,956	,12	,956	,14	,966
60. Juega demasiado partes sexuales	,31	,960	,10	,956	,36	,956	,25	,966
61. Bajo rendimiento	,58	,959	,37	,956	,56	,955	,44	,966
62. Torpeza	,49	,960	,40	,956	,42	,956	,54	,966
63. Prefiere niños mayores	,39	,960	,42	,956	,39	,956	,40	,966
64. Prefiere estar con niños menores	,36	,960	,34	,956	,43	,956	,32	,966
65. Rehúsa hablar	,58	,959	,51	,955	,48	,955	,58	,966
66. Compulsiones	,48	,960	,25	,956	,49	,955	,48	,966
67. Fuga de casa	,21	,960	,22	,956	,36	,956	,35	,966
68. Grita mucho	,54	,959	,59	,955	,63	,955	,54	,966
69. Reservado	,46	,960	,45	,955	,35	,956	,55	,966
7. Engreído	,29	,960	,50	,955	,33	,956	,39	,966
70. Ve cosas	,50	,960	,11	,956	,30	,956	,48	,966
71. Cohibido	,56	,959	,53	,955	,41	,956	,50	,966
72. Prende fuego	,24	,960	,02	,956	,38	,956	,29	,966
73. Problemas sexuales	,17	,960	<sup>a</sup>	<sup>a</sup>	,21	,956	,23	,966
74. Le gusta llamar atención	,47	,960	,58	,955	,50	,955	,47	,966
75. Tímido	,45	,960	,35	,956	,34	,956	,46	,966
76. Duerme menos	,30	,960	,25	,956	,35	,956	,37	,966
77. Duerme más	,26	,960	,46	,955	,41	,956	,37	,966
78. Se distrae	,63	,959	,54	,955	,56	,955	,59	,966
79. Problemas en el habla	,28	,960	,20	,956	,27	,956	,36	,966
8. No puede concentrarse	,55	,959	,48	,955	,54	,955	,54	,966
80. Mira al vacío	,59	,959	,46	,955	,45	,955	,61	,966
81. Roba en casa	,33	,960	,25	,956	,41	,956	,31	,966
82. Roba fuera de casa	,17	,960	,08	,956	,29	,956	,13	,966
83. Almacena cosas	,41	,960	,45	,955	,49	,955	,37	,966
84. Comportamiento raro	,38	,960	,41	,956	,40	,956	,57	,966
85. Ideas raras	,39	,960	,22	,956	,36	,956	,50	,966
86. Irritable	,58	,959	,62	,955	,56	,955	,54	,966
87. Cambios de humos	,57	,959	,53	,955	,59	,955	,62	,966
88. Contrariado	,54	,959	,58	,955	,59	,955	,65	,966
89. Desconfiando	,51	,960	,51	,955	,38	,956	,61	,966
9. Obsesiones	,47	,960	,57	,955	,44	,956	,53	,966
90. Grosero	,38	,960	,45	,956	,53	,955	,57	,966
91. Deseo de matarse	,40	,960	,29	,956	,33	,956	,41	,966
92. Sonambulismo	,25	,960	,28	,956	,21	,956	,26	,966
93. Habla demasiado	,42	,960	,59	,955	,43	,956	,45	,966
94. Burla de otros	,41	,960	,51	,955	,50	,955	,51	,966

	6-11 años				12-18 años			
	Niños		Niñas		Niños		Niñas	
	(n = 342)	(α = ,960)	(n = 301)	(α = ,956)	(n = 357)	(α = ,956)	(n = 350)	(α = ,966)
Total problemas	ri-Tc	α-i	ri-Tc	α-i	ri-Tc	α-i	ri-Tc	α-i
95. Rabietas	,49	,960	,61	,955	,51	,955	,60	,966
96. Piensa mucho en sexo	,24	,960	,21	,956	,34	,956	,46	,966
97. Amenaza a otros	,33	,960	,38	,956	,28	,956	,36	,966
98. Chupa el dedo	,12	,960	,25	,956	,08	,956	,26	,966
99. Fuma	,16	,960	- <sup>a</sup>	- <sup>a</sup>	,20	,956	,12	,966

Nota. ri-Tc = correlación entre el ítem y el total corregido; α-i = alfa sin el ítem

<sup>a</sup> Valor obtenido tenía una variabilidad nula

**Anexo 3L Correlación entre el ítem y el total corregido y alfa sin el ítem de la escala otros problemas**

Escala de otros problemas	6-11 años				12-18 años			
	Niños		Niñas		Niños		Niñas	
	(n = 342)	(n = 301)	(n = 357)	(n = 350)	(n = 357)	(n = 350)	(n = 357)	(n = 350)
( $\alpha = ,677$ )	( $\alpha = ,689$ )	( $\alpha = ,646$ )	( $\alpha = ,677$ )	( $\alpha = ,646$ )	( $\alpha = ,677$ )	( $\alpha = ,646$ )	( $\alpha = ,677$ )	( $\alpha = ,677$ )
	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i
6. Necesidades en ropa	,36	,654	,14	,687	,10	,646	,15	,675
7. Engreído	,24	,667	,43	,655	,31	,622	,31	,659
15. Cruel con animales	,20	,670	-,02	,696	,13	,644	,10	,678
24. No come bien	,31	,659	,25	,683	,21	,639	,36	,652
44. Come uñas	,19	,677	,25	,682	,20	,643	,30	,661
53. Come demasiado	,25	,669	,39	,661	,39	,607	,30	,662
55. Sobrepeso	,22	,669	,19	,684	,20	,638	,22	,670
56h. Otros	,14	,675	,09	,692	,24	,634	,14	,676
74. Le gusta llamar atención	,41	,643	,52	,638	,42	,600	,34	,654
77. Duerme más	,26	,664	,40	,660	,44	,598	,30	,663
93. Habla demasiado	,45	,634	,51	,639	,44	,597	,45	,635
98. Chupa el dedo	,19	,672	,27	,678	,06	,648	,29	,668
107. Orina en ropa	,42	,657	,10	,689	- <sup>a</sup>	- <sup>a</sup>	,07	,679
108. Orina en cama	,25	,665	,10	,690	,06	,648	,20	,675
109. Queja mucho	,39	,648	,45	,654	,38	,614	,47	,637
110. Desea ser sexo opuesto	,23	,671	,32	,681	,02	,649	,28	,664
113. Otro	,20	,670	,13	,689	,16	,642	,26	,666

Nota: ri-Tc = correlación entre el ítem y el total corregido;  $\alpha$ -i = alfa sin el ítem

<sup>a</sup> Valor obtenido tenía una variabilidad nula

**Anexo 3M Correlación entre el ítem y el total corregido y alfa sin el ítem de la escala DSM: problemas afectivos**

Escala de problemas afectivos	6-11 años				12-18 años			
	Niños		Niñas		Niños		Niñas	
	(n = 342)	(n = 301)	(n = 357)	(n = 350)	(n = 357)	(n = 350)	(n = 350)	(n = 350)
( $\alpha = ,726$ )	( $\alpha = ,757$ )	( $\alpha = ,702$ )	( $\alpha = ,804$ )	( $\alpha = ,726$ )	( $\alpha = ,757$ )	( $\alpha = ,702$ )	( $\alpha = ,804$ )	( $\alpha = ,804$ )
	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i
5. No disfruta	,36	,712	,37	,748	,33	,689	,24	,812
14. Lloro	,39	,706	,43	,738	,26	,693	,50	,785
18. Autolisis	,27	,720	,27	,752	,29	,694	,43	,793
24. No come bien	,28	,723	,31	,755	,33	,684	,46	,789
35. Complejo inferioridad	,50	,694	,48	,734	,31	,687	,54	,783
52. Se siente culpable	,35	,712	,50	,734	,44	,673	,53	,784
54. Se cansa	,41	,702	,53	,725	,45	,665	,60	,774
76. Duerme menos que otros niños	,35	,710	,27	,753	,33	,684	,36	,798
77. Duerme más que otros niños	,20	,728	,42	,738	,25	,701	,21	,813
91. Se quiere matar	,28	,720	,40	,746	,19	,699	,39	,796
100. No duerme bien	,32	,714	,26	,753	,35	,682	,46	,789
102. Poco activo	,49	,691	,43	,738	,37	,679	,56	,781
103. Triste	,51	,697	,53	,729	,50	,668	,57	,781

*Nota:* ri-Tc = correlación entre el ítem y el total corregido;  $\alpha$ -i = alfa sin el ítem

**Anexo 3N Correlación entre el ítem y el total corregido y alfa sin el ítem de la escala DSM: problemas de ansiedad**

Escala de problemas de ansiedad	6-11 años				12-18 años			
	Niños		Niñas		Niños		Niñas	
	(n = 342)	( $\alpha = ,728$ )	(n = 301)	( $\alpha = ,737$ )	(n = 357)	( $\alpha = ,696$ )	(n = 350)	( $\alpha = ,777$ )
	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i
11. Dependiente	,31	,724	,38	,721	,26	,696	,29	,783
29. Miedos	,40	,704	,33	,730	,36	,673	,44	,760
30. Miedo a la escuela	,21	,729	,27	,736	,14	,701	,25	,780
31. Miedo hacer mal	,36	,710	,38	,720	,33	,679	,44	,759
45. Ansioso	,52	,682	,53	,692	,50	,642	,62	,732
47. Pesadillas	,42	,702	,38	,720	,42	,662	,49	,752
50. Ansioso/miedoso	,55	,677	,55	,690	,48	,649	,63	,735
71. Cohibido	,52	,680	,42	,712	,40	,663	,53	,745
112. Se preocupa	,33	,716	,51	,695	,43	,657	,49	,752

*Nota:* ri-Tc = correlación entre el ítem y el total corregido;  $\alpha$ -i = alfa sin el ítem

**Anexo 30 Correlación entre el ítem y el total corregido y alfa sin el ítem de la escala DSM: problemas somáticos**

	6-11 años				12-18 años			
	Niños ( <i>n</i> = 342) ( $\alpha$ = ,715)		Niñas ( <i>n</i> = 301) ( $\alpha$ = ,703)		Niños ( <i>n</i> = 357) ( $\alpha$ = ,688)		Niñas ( <i>n</i> = 350) ( $\alpha$ = ,749)	
Escala de problemas somáticos	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i
56a: Dolores o molestias	,38	,694	,36	,682	,38	,660	,56	,699
56b: Dolor de cabeza	,45	,677	,55	,629	,44	,641	,50	,712
56c: Nauseas	,49	,670	,58	,635	,51	,629	,59	,694
56d: Problemas de ojos	,35	,704	,24	,720	,26	,705	,28	,763
56e: Problemas de piel	,33	,710	,17	,725	,26	,687	,32	,749
56f: Dolor de estómago	,55	,647	,54	,633	,48	,631	,54	,701
56g: Vómitos	,48	,674	,55	,641	,57	,621	,55	,708

*Nota:* ri-Tc = correlación entre el ítem y el total corregido;  $\alpha$ -i = alfa sin el ítem



**Anexo 3P Correlación entre el ítem y el total corregido y alfa sin el ítem de la escala DSM: déficit de atención/hiperactividad**

Escala de déficit de atención/hiperactividad	6-11 años				12-18 años			
	Niños		Niñas		Niños		Niñas	
	(n = 342)	(n = 301)	(n = 357)	(n = 350)	(α = ,816)	(α = ,807)	(α = ,771)	(α = ,769)
	ri-Tc	α-i	ri-Tc	α-i	ri-Tc	α-i	ri-Tc	α-i
4. No termina	,53	,796	,47	,793	,37	,766	,46	,747
8. No se concentra	,62	,779	,57	,776	,57	,725	,52	,735
10. Hiperactivo	,59	,787	,54	,783	,51	,738	,42	,756
41. Impulsivo	,54	,796	,47	,794	,49	,744	,50	,739
78. Desatento	,70	,764	,66	,762	,60	,719	,63	,710
93. Habla demasiado	,45	,810	,59	,772	,43	,756	,40	,761
104. Muy ruidoso	,47	,805	,51	,788	,48	,747	,54	,734

*Nota:* ri-Tc = correlación entre el ítem y el total corregido; α-i = alfa sin el ítem

**Anexo 3Q Correlación entre el ítem y el total corregido y alfa sin el ítem de la escala DSM: problemas negativismo desafiante**

Escala de problemas negativismo desafiante	6-11 años				12-18 años			
	Niños		Niñas		Niños		Niñas	
	(n = 342)	(n = 301)	(n = 357)	(n = 350)	(α = ,754)	(α = ,742)	(α = ,767)	(α = ,758)
	ri-Tc	α-i	ri-Tc	α-i	ri-Tc	α-i	ri-Tc	α-i
3. Discute	,53	,706	,52	,692	,54	,726	,54	,709
22. Desobedece en casa	,57	,694	,51	,694	,57	,715	,57	,697
23. Desobedece en la escuela	,46	,731	,28	,764	,46	,749	,38	,761
86. Tozudo	,53	,706	,61	,658	,59	,706	,52	,716
95. Rabietas	,52	,712	,61	,654	,53	,726	,62	,678

*Nota:* ri-Tc = correlación entre el ítem y el total corregido; α-i = alfa sin el ítem

**Anexo 3R Correlación entre el ítem y el total corregido y alfa sin el ítem de la escala DSM: problemas de conducta**

Escala de problemas de conducta	6-11 años				12-18 años			
	Niños (n = 342) ( $\alpha = ,768$ )		Niñas (n = 301) ( $\alpha = ,753$ )		Niños (n = 357) ( $\alpha = ,823$ )		Niñas (n = 350) ( $\alpha = ,809$ )	
	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i
15. Cruel con los animales	,25	,765	,11	,757	,25	,822	,15	,811
16. Agresivo	,46	,751	,50	,728	,50	,811	,36	,801
21. Rompe cosas de otros	,41	,752	,33	,743	,49	,811	,35	,802
26. No culpable	,27	,777	,39	,748	,31	,829	,38	,807
28. Se salta normas	,58	,734	,52	,722	,50	,809	,54	,789
37. Peleas	,48	,748	,51	,726	,59	,803	,64	,783
39. Amigos conflictivos	,43	,750	,36	,741	,55	,805	,51	,791
43. Mentiroso	,46	,749	,47	,732	,54	,806	,56	,788
57. Agresión física	,44	,751	,42	,735	,59	,806	,47	,795
67. Fugas de casa	,32	,762	,24	,751	,46	,813	,50	,795
72. Prende fuegos	,32	,761	,12	,755	,43	,814	,40	,803
81. Roba en casa	,39	,760	,33	,745	,34	,818	,41	,801
82. Roba fuera de casa	,19	,767	,22	,751	,29	,820	,29	,806
90. Grosero	,33	,759	,53	,727	,52	,807	,46	,795
97. Amenaza a otros	,32	,760	,50	,735	,42	,815	,38	,802
101. Hace novillos	,35	,758	,07	,757	,22	,823	,28	,806
106. Vandalismo	,33	,763	,25	,751	,45	,816	,35	,804

*Nota:* ri-Tc = correlación entre el ítem y el total corregido;  $\alpha$ -i = alfa sin el ítem

**Anexo 3S Correlación entre el ítem y el total corregido y alfa sin el ítem de la escala 2007: problemas obsesivo-compulsivos**

Escala de problemas obsesivo-compulsivos	6-11 años				12-18 años			
	Niños		Niñas		Niños		Niñas	
	(n = 342)	( $\alpha$ = ,680)	(n = 301)	( $\alpha$ = ,669)	(n = 357)	( $\alpha$ = ,669)	(n = 350)	( $\alpha$ = ,708)
	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i
9. Obsesiones	,42	,639	,50	,598	,43	,620	,43	,673
31. Miedo que paso algo malo	,37	,653	,39	,632	,40	,629	,41	,677
32. Perfeccionismo	,29	,677	,32	,656	,34	,648	,33	,699
52. Culpable	,41	,648	,47	,622	,40	,634	,46	,669
66. Compulsiones	,37	,650	,26	,660	,39	,634	,40	,680
84. Comportamiento raro	,41	,655	,29	,659	,25	,661	,47	,677
85. Ideas raras	,38	,654	,27	,661	,30	,654	,41	,684
112. Se preocupa	,47	,624	,49	,601	,42	,623	,42	,676

*Nota:* ri-Tc = correlación entre el ítem y el total corregido;  $\alpha$ -i = alfa sin el ítem

**Anexo 3T Correlación entre el ítem y el total corregido y alfa sin el ítem de la escala 2007: problemas de estrés postraumático**

Escala de problemas estrés postraumático	6-11 años				12-18 años			
	Niños		Niñas		Niños		Niñas	
	(n = 342)	(n = 301)	(n = 357)	(n = 350)	(n = 357)	(n = 350)	(n = 350)	(n = 350)
	( $\alpha = ,802$ )	( $\alpha = ,810$ )	( $\alpha = ,802$ )	( $\alpha = ,810$ )	( $\alpha = ,778$ )	( $\alpha = ,778$ )	( $\alpha = ,846$ )	( $\alpha = ,846$ )
	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i
3. Discute	,39	,793	,38	,805	,33	,771	,38	,843
8. No puede concentrarse	,47	,787	,38	,803	,43	,761	,50	,836
9. Obsesiones	,42	,790	,55	,789	,42	,762	,46	,839
11. Dependiente	,34	,800	,43	,800	,26	,779	,30	,849
31. Miedo que paso algo malo	,41	,791	,44	,798	,45	,759	,48	,837
34. Siente que le quieren perjudicar	,52	,784	,47	,797	,39	,765	,52	,835
45. Nervioso	,48	,785	,53	,791	,45	,759	,55	,833
47. Pesadillas	,39	,792	,31	,808	,44	,761	,50	,836
50. Ansioso	,50	,783	,52	,792	,46	,759	,60	,831
52. Culpable	,36	,796	,46	,800	,49	,760	,52	,835
69. Reservado	,40	,791	,34	,805	,33	,771	,56	,832
87. Cambios de humor	,49	,785	,51	,793	,47	,758	,59	,830
103. Triste	,49	,789	,50	,797	,44	,764	,50	,837
111. Aislado	,38	,794	,43	,803	,25	,775	,47	,838

*Nota:* ri-Tc = correlación entre el ítem y el total corregido;  $\alpha$ -i = alfa sin el ítem

**Anexo 3U Correlación entre el ítem y el total corregido y alfa sin el ítem de la escala 2007: tempo cognitivo lento**

	6-11 años				12-18 años			
	Niños		Niñas		Niños		Niñas	
	(n = 342)	(n = 301)	(n = 357)	(n = 350)	(α = ,725)	(α = ,685)	(α = ,554)	(α = ,726)
Escala de tempo cognitivo lento	ri-Tc	α-i	ri-Tc	α-i	ri-Tc	α-i	ri-Tc	α-i
13. Como si estuviera en las nubes	,56	,636	,49	,609	,46	,365	,62	,599
17. Sueña despierto	,49	,677	,37	,681	,33	,488	,51	,668
80. Mira al vacío	,61	,608	,59	,533	,33	,485	,51	,667
102. Poco activo	,41	,724	,44	,639	,23	,559	,43	,713

*Nota:* ri-Tc = correlación entre el ítem y el total corregido; α-i = alfa sin el ítem

**Anexo 4 Correlación entre el ítem y el total corregido y alfa sin el ítem de cada escala del cuestionario YSR/11-18**

**Anexo 4A Correlación entre el ítem y el total corregido y alfa sin el ítem de las escalas empíricas de primer orden: ansioso/deprimido**

Escala ansioso/deprimido	12-18 años			
	Niños ( <i>n</i> = 378) ( $\alpha$ = ,801)		Niñas ( <i>n</i> = 344) ( $\alpha$ = ,812)	
	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i
14. Llorar	,39	,791	,45	,799
29. Miedos	,34	,797	,34	,809
30. Miedo escuela	,35	,796	,30	,809
31. Miedo que paso algo malo	,52	,779	,43	,801
32. Perfeccionismo	,40	,792	,40	,803
33. No querido	,57	,777	,58	,788
35. Inferior	,45	,788	,59	,788
45. Nervioso	,45	,786	,47	,797
50. Ansioso	,56	,776	,53	,792
52. Culpable	,49	,783	,49	,796
71. Cohibido	,44	,787	,37	,805
91. Deseo de matarse	,24	,802	,43	,801
112. Se preocupa	,47	,785	,46	,798

*Nota:* ri-Tc = correlación entre el ítem y el total corregido;  $\alpha$ -i = alfa sin el ítem

**Anexo 4B Correlación entre el ítem y el total corregido y alfa sin el ítem de las escalas empíricas de primer orden: retraído/deprimido**

Escala retraído/deprimido	12-18 años			
	Niños ( <i>n</i> = 378) ( $\alpha$ = ,720)		Niñas ( <i>n</i> = 344) ( $\alpha$ = ,738)	
	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i
5. Disfruta poco	,38	,701	,36	,728
42. Soledad	,45	,684	,52	,693
65. Rehúsa hablar	,39	,696	,54	,692
69. Reservado	,46	,681	,47	,704
75. Tímido	,44	,685	,38	,722
102. Falta energía	,31	,711	,44	,711
103. Triste	,43	,689	,47	,703
111. Aislado	,43	,689	,31	,733

*Nota:* ri-Tc = correlación entre el ítem y el total corregido;  $\alpha$ -i = alfa sin el ítem



**Anexo 4C Correlación entre el ítem y el total corregido y alfa sin el ítem de las escalas empíricas de primer orden: quejas somáticas**

Escala quejas somáticas	12-18 años			
	Niños ( <i>n</i> = 378) ( $\alpha$ = ,755)		Niñas ( <i>n</i> = 344) ( $\alpha$ = ,818)	
	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i
47. Pesadillas	,37	,744	,45	,807
51. Mareado	,50	,725	,56	,795
54. Cansado	,35	,747	,54	,798
56a: Dolores o molestias	,45	,731	,50	,801
56b: Dolor de cabeza	,48	,726	,58	,792
56c: Nauseas	,56	,717	,70	,780
56d: Problemas de ojos	,34	,747	,35	,817
56e: Problemas de piel	,34	,745	,33	,818
56f: Dolor de estómago	,43	,733	,55	,796
56g: Vómitos	,45	,734	,45	,807

*Nota:* ri-Tc = correlación entre el ítem y el total corregido;  $\alpha$ -i = alfa sin el ítem

**Anexo 4D Correlación entre el ítem y el total corregido y alfa sin el ítem de las escalas empíricas de primer orden: problemas sociales**

Escala de problemas sociales	12-18 años			
	Niños ( <i>n</i> = 378) ( $\alpha$ = ,684)		Niñas ( <i>n</i> = 344) ( $\alpha$ = ,693)	
	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i
11. Dependiente	,22	,681	,25	,687
12. Soledad	,36	,658	,41	,660
25. No se lleva bien con otros	,35	,660	,35	,671
27. Celoso	,32	,665	,37	,667
34. Siente que le quieren perjudicar	,50	,633	,45	,655
36. Propenso a accidentes	,37	,657	,28	,681
38. Se burlan de él/ella	,45	,644	,40	,667
48. No le cae bien a otros	,41	,648	,40	,662
62. Torpeza	,34	,662	,38	,666
64. Prefiere estar con niños menores	,16	,691	,28	,683
79. Problemas en el habla	,17	,686	,19	,693

*Nota:* ri-Tc = correlación entre el ítem y el total corregido;  $\alpha$ -i = alfa sin el ítem

**Anexo 4E Correlación entre el ítem y el total corregido y alfa sin el ítem de las escalas empíricas de primer orden: problemas de pensamiento**

Escala de problemas de pensamiento	12-18 años			
	Niños (n = 378) ( $\alpha = ,788$ )		Niñas (n = 344) ( $\alpha = ,768$ )	
	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i
9. Obsesiones	,35	,785	,37	,759
18. Intentado suicidarse	,39	,778	,43	,750
40. Oye sonidos	,51	,766	,39	,754
46. Tics	,40	,776	,23	,767
58. Araña partes del cuerpo	,45	,774	,43	,750
66. Compulsiones	,48	,768	,38	,755
70. Ve cosas	,44	,772	,36	,757
76. Duerme menos	,37	,780	,36	,759
83. Almacena cosas	,39	,778	,36	,757
84. Comportamiento raro	,49	,767	,56	,734
85. Ideas raras	,56	,759	,56	,733
100. No duerme bien	,43	,774	,46	,746

*Nota:* ri-Tc = correlación entre el ítem y el total corregido;  $\alpha$ -i = alfa sin el ítem

**Anexo 4F Correlación entre el ítem y el total corregido y alfa sin el ítem de las escalas empíricas de primer orden: problemas de atención**

Escala de problemas de atención	12-18 años			
	Niños ( <i>n</i> = 378) ( $\alpha$ = ,764)		Niñas ( <i>n</i> = 344) ( $\alpha$ = ,784)	
	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i
1. Actúa como si fuera menor	,29	,764	,30	,785
4. Deja sin terminar lo que empieza	,35	,755	,47	,763
8. No puede concentrarse	,56	,723	,60	,744
10. Hiperactivo	,49	,734	,45	,767
13. Como si estuviera en las nubes	,51	,733	,51	,758
17. Sueña despierto	,35	,757	,41	,772
41. Impulsivo	,56	,725	,48	,763
61. Bajo rendimiento	,39	,750	,46	,765
78. Se distrae	,52	,729	,56	,751

Nota. ri-Tc = correlación entre el ítem y el total corregido;  $\alpha$ -i = alfa sin el ítem

**Anexo 4G Correlación entre el ítem y el total corregido y alfa sin el ítem de las escalas empíricas de primer orden: romper normas**

Escala romper normas	12-18 años			
	Niños ( <i>n</i> = 378) ( $\alpha$ = ,788)		Niñas ( <i>n</i> = 344) ( $\alpha$ = ,749)	
	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i
2. Bebe alcohol	,49	,768	,51	,717
26. No culpable	,13	,809	,19	,760
28. Rompe reglas	,54	,764	,50	,719
39. Junta con niños problemas	,47	,769	,54	,713
43. Miente	,44	,773	,43	,727
63. Prefiere niños mayores	,47	,769	,35	,740
67. Fuga de casa	,46	,773	,36	,737
72. Prende fuego	,46	,772	,17	,749
81. Roba en casa	,28	,785	,15	,750
82. Roba fuera de casa	,37	,780	,28	,742
90. Grosero	,46	,770	,42	,728
96. Piensa mucho en sexo	,58	,761	,40	,734
99. Fuma	,50	,769	,44	,730
101. Ausencia escuela	,16	,792	,35	,736
105. Drogas	,30	,784	,28	,744

*Nota:* ri-Tc = correlación entre el ítem y el total corregido;  $\alpha$ -i = alfa sin el ítem

**Anexo 4H Correlación entre el ítem y el total corregido y alfa sin el ítem de las escalas empíricas de primer orden: conducta agresiva**

Escala de conducta agresiva	12-18 años			
	Niños ( <i>n</i> = 378) ( $\alpha$ = ,859)		Niñas ( <i>n</i> = 344) ( $\alpha$ = ,823)	
	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i
3. Discute	,51	,850	,48	,810
16. Cruel	,54	,849	,34	,818
19. Exige atención	,40	,855	,37	,817
20. Destruye propias cosas	,44	,853	,38	,816
21. Destruye de otros	,42	,854	,34	,819
22. Desobedece en casa	,53	,849	,46	,811
23. Desobedece en escuela	,54	,849	,47	,811
37. Se mete en peleas	,55	,848	,54	,806
57. Ataca físicamente	,52	,850	,39	,816
68. Grita mucho	,52	,849	,55	,805
86. Irritable	,48	,851	,43	,813
87. Cambios de humos	,41	,856	,46	,812
89. Desconfiando	,32	,859	,29	,824
94. Burla de otros	,52	,849	,44	,813
95. Rabietas	,52	,850	,49	,809
97. Amenaza a otros	,41	,854	,30	,820
104. Muy ruidoso	,53	,849	,45	,812

*Nota:* ri-Tc = correlación entre el ítem y el total corregido;  $\alpha$ -i = alfa sin el ítem

**Anexo 4I Correlación entre el ítem y el total corregido y alfa sin el ítem de las escalas empíricas de segundo orden: interiorizado**

Escala Interiorizado	12-18 años			
	Niños (n = 378) ( $\alpha = ,881$ )		Niñas (n = 344) ( $\alpha = ,902$ )	
	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i
14. Llorar	,38	,878	,42	,899
29. Miedos	,31	,880	,30	,902
30. Miedo escuela	,37	,879	,34	,901
31. Miedo que paso algo malo	,51	,875	,42	,900
32. Perfeccionismo	,35	,879	,41	,900
33. No querido	,57	,874	,58	,897
35. Inferior	,45	,877	,62	,896
45. Nervioso	,50	,875	,53	,897
50. Ansioso	,56	,874	,51	,898
52. Culpable	,53	,875	,52	,898
71. Cohibido	,48	,876	,44	,899
91. Deseo de matarse	,26	,880	,45	,899
112. Se preocupa	,49	,876	,45	,899
5. Disfruta poco	,33	,880	,40	,900
42. Soledad	,42	,878	,52	,898
65. Rehúsa hablar	,37	,878	,49	,898
69. Reservado	,42	,877	,44	,899
75. Tímido	,43	,877	,37	,900
102. Falta energía	,37	,878	,50	,898
103. Triste	,50	,876	,57	,897
111. Aislado	,43	,877	,29	,901
47. Pesadillas	,41	,878	,50	,898
51. Mareado	,44	,877	,51	,898
54. Cansado	,46	,876	,55	,897
56a: Dolores o molestias	,41	,878	,49	,898
56b: Dolor de cabeza	,40	,878	,46	,899
56c: Nauseas	,41	,878	,53	,898
56d: Problemas de ojos	,33	,879	,33	,901
56e: Problemas de piel	,34	,879	,35	,900
56f: Dolor de estómago	,31	,880	,46	,899
56g: Vómitos	,32	,879	,37	,900

Nota: ri-Tc = correlación entre el ítem y el total corregido;  $\alpha$ -i = alfa sin el ítem

**Anexo 4J Correlación entre el ítem y el total corregido y alfa sin el ítem de las escalas empíricas de segundo orden: exteriorizado**

Escala exteriorizado	12-18 años			
	Niños ( <i>n</i> = 378) ( $\alpha$ = ,901)		Niñas ( <i>n</i> = 344) ( $\alpha$ = ,872)	
	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i
2. Bebe alcohol	,45	,898	,44	,867
26. No culpable	,16	,905	,21	,874
28. Rompe reglas	,60	,895	,57	,864
39. Junta con niños problemas	,51	,897	,56	,864
43. Miente	,52	,897	,50	,866
63. Prefiere niños mayores	,48	,897	,37	,869
67. Fuga de casa	,45	,898	,32	,870
72. Prende fuego	,45	,898	,16	,872
81. Roba en casa	,27	,900	,14	,873
82. Roba fuera de casa	,36	,899	,22	,871
90. Grosero	,52	,897	,48	,866
96. Piensa mucho en sexo	,57	,896	,33	,870
99. Fuma	,46	,898	,32	,870
101. Ausencia escuela	,19	,901	,32	,870
105. Drogas	,30	,900	,22	,872
3. Discute	,48	,897	,46	,867
16. Cruel	,52	,897	,32	,870
19. Exige atención	,41	,899	,36	,869
20. Destruye propias cosas	,45	,898	,35	,869
21. Destruye de otros	,48	,898	,30	,870
22. Desobedece en casa	,58	,896	,50	,866
23. Desobedece en escuela	,57	,896	,54	,865
37. Se mete en peleas	,54	,896	,53	,865
57. Ataca físicamente	,50	,897	,41	,868
68. Grita mucho	,53	,896	,52	,865
86. Irritable	,48	,897	,45	,867
87. Cambios de humos	,39	,899	,44	,867
89. Desconfiando	,30	,901	,27	,872
94. Burla de otros	,53	,896	,49	,866
95. Rabietas	,48	,898	,49	,866
97. Amenaza a otros	,44	,898	,36	,869
104. Muy ruidoso	,52	,897	,47	,866

*Nota:* ri-Tc = correlación entre el ítem y el total corregido;  $\alpha$ -i = alfa sin el ítem



**Anexo 4K Correlación entre el ítem y el total corregido y alfa sin el ítem de las escalas empíricas de tercer orden: total problemas**

Escala total problemas	12-18 años			
	Niños		Niñas	
	(n = 378)		(n = 344)	
	(α = ,951)		(α = ,952)	
	ri-Tc	α-i	ri-Tc	α-i
1. Actúa como si fuera menor	,34	,951	,33	,951
10. Hiperactivo	,42	,951	,36	,951
100. No duerme bien	,38	,951	,34	,951
101. Ausencia escuela	,17	,951	,23	,951
102. Falta energía	,34	,951	,50	,951
103. Triste	,39	,951	,50	,951
104. Muy ruidoso	,47	,951	,54	,951
105. Drogas	,20	,951	,20	,951
11. Dependiente	,32	,951	,24	,951
110. Desea ser sexo opuesto	,24	,951	,40	,951
111. Aislado	,34	,951	,23	,951
112. Se preocupa	,51	,951	,44	,951
12. Soledad	,38	,951	,53	,951
13. Como si estuviera en las nubes	,51	,951	,54	,951
14. Llorar	,33	,951	,46	,951
16. Cruel	,44	,951	,22	,951
17. Sueña despierto	,50	,951	,42	,951
18. Intentado suicidarse	,35	,951	,48	,951
19. Exige atención	,40	,951	,37	,951
2. Bebe alcohol	,34	,951	,28	,951
20. Destruye propias cosas	,40	,951	,32	,951
21. Destruye de otros	,40	,951	,20	,951
22. Desobedece en casa	,42	,951	,40	,951
23. Desobedece en escuela	,42	,951	,42	,951
24. No come bien	,40	,951	,37	,951
25. No se lleva bien con otros	,33	,951	,28	,951
26. No culpable	,18	,951	,23	,951
27. Celoso	,45	,951	,36	,951
28. Rompe reglas	,46	,951	,47	,951
29. Miedos	,33	,951	,34	,951
3. Discute	,45	,951	,47	,951
30. Miedo escuela	,34	,951	,27	,951
31. Miedo que paso algo malo	,49	,951	,42	,951
32. Perfeccionismo	,40	,951	,46	,951
33. No querido	,43	,951	,55	,951
34. Siente que le quieren perjudicar	,49	,951	,45	,951
35. Inferior	,36	,951	,57	,951
36. Propenso a accidentes	,46	,951	,39	,951
37. Se mete en peleas	,47	,951	,47	,951
38. Se burlan de él/ella	,34	,951	,37	,951
39. Junta con niños problemas	,41	,951	,50	,951
4. Deja sin terminar lo que empieza	,33	,951	,50	,951

Escala total problemas	12-18 años			
	Niños		Niñas	
	(n = 378)		(n = 344)	
	(α = ,951)		(α = ,952)	
	ri-Tc	α-i	ri-Tc	α-i
40. Oye sonidos	,38	,951	,32	,951
41. Impulsivo	,56	,951	,57	,951
42. Soledad	,36	,951	,46	,951
43. Miente	,45	,951	,48	,951
44. Come uñas	,32	,951	,23	,951
45. Nervioso	,43	,951	,46	,951
46. Tics	,34	,951	,22	,951
47. Pesadillas	,40	,951	,50	,951
48. No le cae bien a otros	,39	,951	,37	,951
5. Disfruta poco	,29	,951	,37	,951
50. Ansioso	,55	,951	,49	,951
51. Mareado	,33	,951	,48	,951
52. Culpable	,49	,951	,54	,951
53. Come demasiado	,36	,951	,33	,951
54. Cansado	,42	,951	,61	,951
55. Sobrepeso	,27	,951	,38	,951
56a: Dolores o molestias	,40	,951	,43	,951
56b: Dolor de cabeza	,30	,951	,44	,951
56c: Náuseas	,34	,951	,47	,951
56d: Problemas de ojos	,31	,951	,34	,951
56e: Problemas de piel	,32	,951	,33	,951
56f: Dolor de estómago	,30	,951	,39	,951
56g: Vómitos	,22	,951	,33	,951
56h. Otros	,26	,951	,20	,951
57. Ataca físicamente	,43	,951	,34	,951
58. Araña partes del cuerpo	,39	,951	,41	,951
61. Bajo rendimiento	,30	,951	,46	,951
62. Torpeza	,32	,951	,46	,951
63. Prefiere niños mayores	,45	,951	,40	,951
64. Prefiere estar con niños menores	,23	,951	,34	,951
65. Rehúsa hablar	,37	,951	,37	,951
66. Compulsiones	,49	,951	,31	,951
67. Fuga de casa	,39	,951	,29	,951
68. Grita mucho	,46	,951	,49	,951
69. Reservado	,39	,951	,43	,951
7. Engraido	,34	,951	,26	,951
70. Ve cosas	,38	,951	,31	,951
71. Cohibido	,39	,951	,38	,951
72. Prende fuego	,40	,951	,09	,951
74. Le gusta llamar atención	,41	,951	,41	,951
75. Tímido	,24	,951	,21	,951
76. Duerme menos	,39	,951	,33	,951
77. Duerme más	,24	,951	,36	,951
78. Se distrae	,51	,951	,56	,951

Escala total problemas	12-18 años			
	Niños		Niñas	
	<i>(n = 378)</i>		<i>(n = 344)</i>	
	<i>(α = ,951)</i>		<i>(α = ,952)</i>	
	ri-Tc	α-i	ri-Tc	α-i
79. Problemas en el habla	,26	,951	,28	,951
8. No puede concentrarse	,42	,951	,48	,951
81. Roba en casa	,23	,951	,08	,951
82. Roba fuera de casa	,28	,951	,14	,951
83. Almacena cosas	,42	,951	,36	,951
84. Comportamiento raro	,42	,951	,44	,951
85. Ideas raras	,49	,951	,49	,951
86. Irritable	,46	,951	,49	,951
87. Cambios de humor	,51	,951	,59	,951
89. Desconfiando	,32	,951	,33	,951
9. Obsesiones	,41	,951	,51	,951
90. Grosero	,45	,951	,48	,951
91. Deseo de matarse	,23	,951	,44	,951
93. Habla demasiado	,49	,951	,42	,951
94. Burla de otros	,52	,951	,41	,951
95. Rabieta	,50	,951	,50	,951
96. Piensa mucho en sexo	,47	,951	,34	,951
97. Amenaza a otros	,40	,951	,27	,951
99. Fuma	,32	,951	,25	,951
6. Le gusta los animales	,20	,951	,13	,951
15. Honesto	,18	,951	,02	,951
49. Puedo ser mejor	,43	,951	,35	,951
59. Amigable	,34	,951	,28	,951
60. Probar cosas nuevas	,30	,951	,22	,951
73. Hábil con sus manos	,29	,951	,23	,951
80. Defiende sus derechos	,26	,951	,19	,951
88. Disfruta con otros	,31	,951	,34	,951
92. Hace reír a otros	,30	,951	,29	,951
98. Le gusta ayudar	,30	,951	,22	,951
106. Trata de ser justo	,23	,951	,23	,951
107. Disfruta de un chiste	,28	,951	,31	,951
108. Lleva las cosas con calma	,27	,951	,30	,951
109. Trata de ayudar a otros	,32	,951	,22	,951

*Nota:* ri-Tc = correlación entre el ítem y el total corregido; α-i = alfa sin el ítem

**Anexo 4L Correlación entre el ítem y el total corregido y alfa sin el ítem de las escalas empíricas de primer orden: otros problemas**

Escala de otros problemas	12-18 años			
	Niños ( <i>n</i> = 378) ( $\alpha$ = ,593)		Niñas ( <i>n</i> = 344) ( $\alpha$ = ,603)	
	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i
7. Engreído	,27	,568	,23	,589
24. No come bien	,18	,589	,14	,610
44. Come uñas	,31	,558	,22	,594
53. Come demasiado	,33	,551	,33	,565
55. Sobrepeso	,23	,577	,35	,561
56h. Otros	,15	,591	,18	,597
74. Le gusta llamar atención	,37	,538	,33	,563
77. Duerme más	,23	,579	,31	,568
93. Habla demasiado	,42	,525	,38	,547
110. Desea ser sexo opuesto	,17	,588	,32	,572

*Nota:* ri-Tc = correlación entre el ítem y el total corregido;  $\alpha$ -i = alfa sin el ítem

**Anexo 4M Correlación entre el ítem y el total corregido y alfa sin el ítem de la escala DSM: problemas afectivos**

Escala de problemas afectivos	12-18 años			
	Niños (n = 378) ( $\alpha = ,715$ )		Niñas (n = 344) ( $\alpha = ,787$ )	
	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i
5. No disfruta	,30	,705	,39	,776
14. Lloro	,34	,699	,41	,773
18. Autolisis	,41	,695	,47	,770
24. No come bien	,31	,703	,35	,778
35. Complejo inferioridad	,35	,699	,57	,759
52. Se siente culpable	,43	,688	,48	,767
54. Se cansa	,41	,688	,51	,763
76. Duerme menos que otros niños	,35	,697	,29	,785
77. Duerme más que otros niños	,11	,732	,14	,802
91. Se quiere matar	,28	,706	,45	,771
100. No duerme bien	,33	,700	,37	,777
102. Poco activo	,37	,695	,50	,766
103. Triste	,52	,675	,58	,757

*Nota:* ri-Tc = correlación entre el ítem y el total corregido;  $\alpha$ -i = alfa sin el ítem

**Anexo 4N Correlación entre el ítem y el total corregido y alfa sin el ítem de la escala DSM: problemas de ansiedad**

Escala de problemas ansiedad	12-18 años			
	Niños (n = 378) ( $\alpha = ,732$ )		Niñas (n = 344) ( $\alpha = ,705$ )	
	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i
11. Dependiente	,28	,729	,26	,701
29. Miedos	,36	,718	,31	,694
30. Miedo a la escuela	,33	,725	,22	,705
31. Miedo hacer mal	,49	,693	,39	,678
45. Ansioso	,45	,701	,53	,649
47. Pesadillas	,39	,712	,34	,688
50. Ansioso/miedoso	,57	,679	,52	,651
71. Cohibido	,39	,711	,39	,677
112. Se preocupa	,43	,705	,44	,667

*Nota:* ri-Tc = correlación entre el ítem y el total corregido;  $\alpha$ -i = alfa sin el ítem

**Anexo 40 Correlación entre el ítem y el total corregido y alfa sin el ítem de la escala DSM: problemas somáticos**

Escala de problemas somáticos	12-18 años			
	Niños ( <i>n</i> = 378) ( $\alpha$ = ,698)		Niñas ( <i>n</i> = 344) ( $\alpha$ = ,753)	
	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i
56a: Dolores o molestias	,43	,658	,51	,715
56b: Dolor de cabeza	,42	,660	,53	,710
56c: Nauseas	,54	,631	,66	,679
56d: Problemas de ojos	,34	,688	,33	,753
56e: Problemas de piel	,29	,692	,29	,759
56f: Dolor de estómago	,39	,668	,54	,706
56g: Vómitos	,49	,650	,45	,729

*Nota:* ri-Tc = correlación entre el ítem y el total corregido;  $\alpha$ -i = alfa sin el ítem

**Anexo 4P Correlación entre el ítem y el total corregido y alfa sin el ítem de la escala DSM: problemas de déficit de atención/hiperactividad**

Escala de problemas de déficit de atención/hiperactividad	12-18 años			
	Niños ( <i>n</i> = 378) ( $\alpha$ = ,768)		Niñas ( <i>n</i> = 344) ( $\alpha$ = ,764)	
	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i
4. No termina	,34	,767	,37	,757
8. No se concentra	,52	,733	,57	,715
10. Hiperactivo	,52	,732	,49	,733
41. Impulsivo	,53	,732	,47	,738
78. Desatento	,54	,729	,57	,716
93. Habla demasiado	,47	,745	,40	,754
104. Muy ruidoso	,51	,734	,53	,727

*Nota:* ri-Tc = correlación entre el ítem y el total corregido;  $\alpha$ -i = alfa sin el ítem



**Anexo 4Q Correlación entre el ítem y el total corregido y alfa sin el ítem de la escala DSM: negativismo desafiante**

Escala de problemas negativismo desafiante	12-18 años			
	Niños (n = 378) ( $\alpha = ,707$ )		Niñas (n = 344) ( $\alpha = ,675$ )	
	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i
3. Discute	,46	,661	,40	,636
22. Desobedece en casa	,50	,648	,43	,622
23. Desobedece en la escuela	,50	,646	,47	,611
86. Tozudo	,44	,672	,43	,624
95. Rabietas	,45	,670	,43	,629

*Nota:* ri-Tc = correlación entre el ítem y el total corregido;  $\alpha$ -i = alfa sin el ítem

**Anexo 4R Correlación entre el ítem y el total corregido y alfa sin el ítem de la escala DSM: problemas de conducta**

Escala de problemas de conducta	12-18 años			
	Niños ( <i>n</i> = 378) ( $\alpha$ = ,787)		Niñas ( <i>n</i> = 344) ( $\alpha$ = ,749)	
	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i
16. Agresivo	,49	,768	,31	,740
21. Rompe cosas de otros	,51	,769	,29	,741
26. No culpable	,12	,809	,22	,756
28. Se salta normas	,55	,763	,50	,719
37. Peleas	,49	,767	,47	,722
39. Amigos conflictivos	,45	,771	,52	,716
43. Mentiroso	,46	,769	,45	,725
57. Agresión física	,47	,770	,47	,725
67. Fugas de casa	,44	,773	,31	,740
72. Prende fuegos	,47	,770	,19	,748
81. Roba en casa	,34	,781	,21	,746
82. Roba fuera de casa	,38	,779	,30	,741
90. Grosero	,37	,779	,36	,736
97. Amenaza a otros	,43	,772	,38	,734
101. Hace novillos	,21	,789	,32	,739

*Nota:* ri-Tc = correlación entre el ítem y el total corregido;  $\alpha$ -i = alfa sin el ítem

**Anexo 4S Correlación entre el ítem y el total corregido y alfa sin el ítem de la escala 2007: obsesivo-compulsivos**

	12-18 años			
	Niños ( <i>n</i> = 378) ( $\alpha$ = ,714)		Niñas ( <i>n</i> = 344) ( $\alpha$ = ,746)	
Escala de problemas obsesivo-compulsivo	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i
9. Obsesiones	,34	,703	,48	,714
31. Miedo que pasó algo malo	,43	,681	,42	,723
32. Perfeccionismo	,35	,698	,42	,724
52. Culpable	,44	,682	,45	,719
66. Compulsiones	,45	,677	,34	,738
84. Comportamiento raro	,42	,685	,48	,714
85. Ideas raras	,45	,676	,53	,705
112. Se preocupa	,40	,688	,43	,723

*Nota:* ri-Tc = correlación entre el ítem y el total corregido;  $\alpha$ -i = alfa sin el ítem

**Anexo 4T Correlación entre el ítem y el total corregido y alfa sin el ítem de la escala 2007: estrés postraumático**

Escala de problemas de estrés postraumático	12-18 años			
	Niños (n = 378) ( $\alpha = ,802$ )		Niñas (n = 344) ( $\alpha = ,812$ )	
	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i
3. Discute	,34	,796	,44	,801
8. No puede concentrarse	,36	,794	,41	,803
9. Obsesiones	,37	,795	,51	,795
11. Dependiente	,30	,799	,29	,810
31. Miedo que pasó algo malo	,51	,782	,44	,800
34. Siente que le quieren perjudicar	,48	,786	,44	,801
45. Nervioso	,45	,788	,47	,798
47. Pesadillas	,35	,795	,45	,800
50. Ansioso	,57	,778	,51	,795
52. Culpable	,48	,786	,52	,795
69. Reservado	,38	,793	,41	,803
87. Cambios de humor	,47	,786	,51	,795
103. Triste	,45	,788	,46	,799
111. Aislado	,42	,790	,22	,815

*Nota:* ri-Tc = correlación entre el ítem y el total corregido;  $\alpha$ -i = alfa sin el ítem

**Anexo 4U Correlación entre el ítem y el total corregido y alfa sin el ítem de la escala 2007: cualidades positivas**

Cualidades positivas	12-18 años			
	Niños (n = 378) ( $\alpha = ,876$ )		Niñas (n = 344) ( $\alpha = ,861$ )	
	ri-Tc	$\alpha$ -i	ri-Tc	$\alpha$ -i
6. Le gusta los animales	,40	,875	,28	,864
15. Honesto	,47	,871	,33	,861
49. Puedo ser mejor	,43	,874	,37	,859
59. Amigable	,57	,867	,58	,848
60. Probar cosas nuevas	,50	,870	,52	,851
73. hábil con sus manos	,50	,870	,46	,855
80. Defiende sus derechos	,53	,869	,48	,853
88. Disfruta con otros	,53	,868	,53	,851
92. Hace reír a otros	,55	,868	,49	,853
98. Le gusta ayudar	,61	,865	,64	,845
106. Trata de ser justo	,61	,864	,61	,846
107. Disfruta de un chiste	,61	,864	,61	,846
108. Lleva las cosas con calma	,62	,864	,67	,843
109. Trata de ayudar a otros	,65	,863	,59	,848

*Nota:* ri-Tc = correlación entre el ítem y el total corregido;  $\alpha$ -i = alfa sin el ítem