

Propiedades psicométricas del Child Behavior Checklist 4-18 (CBCL/4-18) en una muestra semiurbana y rural de Caldas en el 2021

Psychometric properties of the Child Behavior Checklist 4-18 (CBCL/4-18) in a rural sample of Caldas in 2021

Felipe Agudelo-Hernández¹ ; Helena Vélez-Botero² ; Marcela Guapacha-Montoya³ 

¹ Médico. Psiquiatra infantil. PhD en Ciencias Sociales Niñez y Juventud. Universidad de Manizales. Manizales, Colombia. Correo electrónico: afagudelo81703@umanizales.edu.co

² Psicóloga. Magíster en psicología de la salud. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

³ Médico. Especialista en estadística aplicada. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia.

Fecha de recibido: 6 de enero de 2023 - Fecha de aceptado: 28 de octubre de 2023

ISSN: 0121-0319 | eISSN: 1794-5240



Resumen

Introducción: la alta prevalencia de problemas internalizantes, como ansiedad, depresión, síntomas somáticos, y externalizantes, como trastornos de conducta, problemas sociales y problemas atencionales, en la niñez y la adolescencia demanda métodos prácticos para detección oportuna. El CBCL/4-18 ha sido usado para la identificación de problemas emocionales, conductuales y sociales en niños y adolescentes. **Objetivo:** analizar las propiedades psicométricas del CBCL/4-18 en una muestra colombiana de población semiurbana y rural. **Materiales y métodos:** estudio cuantitativo, correlacional, realizado en instituciones educativas de cuatro municipios de Caldas durante el segundo semestre del 2021. Se realizó la validez de contenido por juicio de expertos, la cual se aplicó a una muestra de 859 cuidadores de niños o adolescentes con edades entre 6 y 18 años que vivían en área semiurbana (47,62 %) y rural (52,38 %). Se realizaron análisis univariados para determinar medidas de tendencia central, análisis bivariados para explorar la validez de constructo y análisis multivariados para analizar el grado de dificultad y discriminación, además de la consistencia interna. **Resultados:** se encontró una alta confiabilidad (Cronbach: 0.94) en toda la escala. En la prueba t todos los ítems obtuvieron significación estadística de $p \leq 0.05$, se correlacionan positiva y significativamente con la escala a la cual pertenecen. **Conclusión:** el CBCL 4-18 muestra características psicométricas adecuadas para ser empleado como un instrumento de apoyo diagnóstico para la identificación y valoración de problemáticas mentales en población pediátrica rural y semiurbana en entornos colombianos similares al estudiado.

Palabras Clave: Síntomas internalizantes. Síntomas externalizantes. Trastorno de la conducta. Problemas sociales. Población Rural.

¿Cómo citar este artículo? Agudelo-Hernández F, Vélez-Botero H, Guapacha-Montoya M. Propiedades psicométricas del Child Behavior Checklist 4-18 (CBCL/4-18) en una muestra semiurbana y rural de Caldas en el 2021. MÉD.UIS. 2023;36(3):145-162. DOI: <https://doi.org/10.18273/revmed.v36n3-2023014>

Abstract

Introduction: the high prevalence of internalizing problems, such as anxiety, depression, somatic, and externalizing symptoms, such as conduct disorders, social problems and attention problems, in childhood and adolescence demands practical methods for timely detection. The CBCL/4-18 has been used. **Objective:** analyze the psychometric properties of the CBCL/4-18 in a Colombian sample of semi-urban and rural population. **Materials and methods:** quantitative, correlational study, carried out in educational institutions of four municipalities of Caldas during the second semester of 2021. Content validity was carried out by expert judgment, which was applied to a sample of 859 people from family's people between the ages of six and 18 who lived in semi-urban (47.62 %) and rural (52.38 %) areas. Univariate analyzes were performed to determine measures of central tendency, bivariate analyzes to explore construct validity, and multivariate analyzes to analyze the degree of difficulty and discrimination, as well as internal consistency. **Results:** high reliability was found (Cronbach: 0.94) in the entire scale. In the test that all the elements accumulated statistical significance of $p \leq 0.05$ and correlated positively and significantly with the scale to which they belong. **Conclusion:** The CBCL 4-18 shows adequate psychometric characteristics to be used as an instrument to detect and value mental problems in rural and semi-urban pediatric population in Colombian settings similar to the study.

Keywords: Internalizing symptoms. Externalizing symptoms. Conduct disorder. Social problems. Rural Population.

Introducción

La salud mental en la niñez y la adolescencia consiste en lograr metas de desarrollo a nivel cognitivo y emocional, además de adquirir logros sociales y de resolución de conflictos, lo que se asocia con mayor calidad de vida y mejor funcionamiento en múltiples ámbitos de la vida¹. Cada vez se reconoce mejor que los niños sienten tristeza, ansiedad, síntomas somáticos (síntomas internalizantes), problemas atencionales o dificultades para seguir normas (síntomas externalizantes)², los cuales, en ocasiones, comprometen su bienestar³.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) precisa que un 8 % de los niños, y un 14 % de los adolescentes a nivel mundial podrían padecer un problema o trastorno mental causante de discapacidad⁴. Se ha descrito que la muerte por suicidio ocupa el tercer lugar entre las causas de muerte en jóvenes, quienes en un 70 % podrían iniciar síntomas antes de los 25 años⁵. Cada año se calcula que 71 000 jóvenes mueren por suicidio, y que por cada joven que muere por esta causa, podría haber 40 más con ideas de muerte o ideación suicida⁶. Si estos primeros síntomas no se tratan, podrían influir de forma importante no solo en la calidad de vida del presente, sino en el desarrollo, con logros educativos, logros personales y la capacidad de vivir una existencia plena⁵.

En el ámbito internacional, algunos estudios realizados en países desarrollados muestran que

la prevalencia mundial de problemas y trastornos psiquiátricos en la niñez y la adolescencia varía entre los países del 8 % a 45 % con una media de 25 %⁷. En América Latina y el Caribe, según Benjet, se puede observar que la estimación de prevalencia aumenta a medida que incrementa la edad de la muestra y se incluyen adolescentes, con cerca de 53 millones de niños, niñas y adolescentes podrían tener problemas de salud mental⁸.

En Colombia, se han llevado investigaciones departamentales con el instrumento *Child Depression Inventory*, en niños entre 8 y 11 años, encontrando síntomas afectivos en el 21,7 % de los casos en Antioquia y en el 17,1 % de los casos en Huila⁹. La Encuesta Nacional de Salud Mental de Colombia, realizada en 2015 con información aportada por el cuidador principal, evidencia que la prevalencia en los últimos 30 días de síntomas internalizantes (depresión mayor, distimia, ansiedad por separación, ansiedad generalizada) y externalizantes (trastorno negativista desafiante y trastorno de conducta) fue del 3 % (IC95 % 2,2-4,0)¹⁰. En este sentido, se observa que cerca del 5 % de los niños presentan o han tenido un trastorno mental, mientras que en adolescentes la prevalencia es del 4,4 %, mayoritariamente en mujeres⁹.

A nivel local, y en un entorno urbano, hasta el 20 % de los niños, niñas y adolescentes podrían presentar síntomas externalizantes o internalizantes^{11, 12}. En el marco de la pandemia, los problemas de ansiedad se vieron intensificados producto de la exposición

a nuevos factores de riesgo como las barreras de acceso a la educación, las dificultades económicas, la pérdida de interacciones sociales con pares, la disminución de la actividad física y el ocio, así como también el aumento de la violencia intrafamiliar¹³. Un metaanálisis que revisó 29 estudios que incluyeron un total de 80 879 participantes encontró que la prevalencia global de trastornos ansiosos en jóvenes durante la pandemia fue del 20,5 % (IC95 % = 17,2 %-24,4 %) ¹⁴.

La población de niños, niñas y adolescentes del área rural son el grupo social con menor acceso a los servicios básicos de salud y educación, lo que hace que su condición demográfica sea una causa de inequidad en salud¹⁵. Algunos estudios han definido factores de riesgo con relación a las altas tasas de suicidio dentro de comunidades rurales, dentro de los que se encuentran dificultades económicas, la dependencia del estado, un inadecuado sistema educativo, problemas de identidad y dificultades en el proceso de crianza, de igual forma, el dolor crónico, trastornos por abuso de sustancias, violencia intrafamiliar y fracaso de proceso de identidad, lo que lleva a desarrollar estado de ánimo triste, angustia y desesperanza^{16,17}.

Adicional a las problemáticas anteriores, el acceso a los servicios de salud mental está limitado en toda la región de las Américas por la poca disponibilidad y la distribución geográfica de los mismos. El 75 al 90 % de las personas con problemas o trastornos mentales en países de ingresos bajos o medios no pueden acceder a tratamientos para estas problemáticas, a pesar de que estos existen⁴. Por ello, desde la década de los 70, la OMS convocó a un comité de expertos para examinar el estado del conocimiento existente acerca de la salud mental y el desarrollo psicosocial en la infancia, resaltando la necesidad de crear instrumentos que permitan la detección temprana y el diagnóstico oportuno de las afectaciones de salud mental para garantizar un tratamiento adecuado⁴.

En materia de salud mental, incluso en el caso de niños, niñas y adolescentes, los instrumentos dimensionales han demostrado ser herramientas valiosas para la identificación y valoración de la psicopatología en diferentes contextos¹⁸. Entre ellos se destaca el *Child Behavior Checklist 4-18 (CBCL/4-18)*, ha sido propuesto como herramienta para identificar

mejor las necesidades clínicas de los niños, niñas y adolescentes en salud mental. Esta escala está conformada por 112 ítems que se puntúan en dos factores generales (internalización y externalización) y ocho subescalas específicas (aislamiento, quejas somáticas, ansiedad-depresión, problemas sociales, alteraciones del pensamiento, problemas atencionales, conducta delictiva, conducta agresiva). Las conductas internalizadas reflejan un elevado control e implican condiciones centradas en la emoción o el estado de ánimo alterado, que aunque no necesariamente tienen manifestaciones físicas u observables, generan un malestar emocional. Las conductas externalizadas implican bajo control y engloban a todos aquellos comportamientos observables que reflejan conflictos de adaptación social y que involucran a otras personas, como mentir, robar, agredir, la presencia de hiperactividad, o de conductas delictivas. El grupo de problemas totales engloba tanto a los primeros como a los segundos¹⁹.

A nivel nacional, se cuentan con algunos instrumentos de tamización de problemas o trastornos mentales en población infantil y adolescente como el *Reporting Questionnaire for Children (RQC)*. Sin embargo, se cuenta con pocas herramientas de apoyo diagnóstico que puedan usarse a nivel clínico, especialmente en el primer nivel de atención²⁰. El CBCL es un componente del *Sistema Achenbach de Evaluación Empírica (ASEBA)*, ha sido traducido a más de 80 idiomas y ha sido usado por 44 sociedades. Los patrones de edad y género se mantienen relativamente estables a nivel internacional, y el análisis factorial confirmatorio apoya los síndromes propuestos cuando se prueba el instrumento por separado en cada contexto, conservando una alta especificidad y sensibilidad, además tiene una confiabilidad test-retest de $r = 0,84$ y una alfa de consistencia interna de 0,97 y puede ser usado por profesionales de la salud^{20,21}.

Pese a la reconocida utilidad del CBCL, pocos estudios se han llevado a cabo en población rural²¹. Este instrumento ha sido traducido al español²² y usado en Colombia, en niños y adolescentes²³ y cuenta con una validación colombiana de la versión para niños menores de 5 años²⁴. Sin embargo, no se encuentran procesos de validación para las versiones orientadas a edades superiores, y que considere además las particularidades que pueda tener el área rural en

la presentación de síntomas de afectación mental. En este sentido, este estudio se propone analizar las propiedades psicométricas del *Child Behavior Checklist 4-18* (CBCL/4-18), en una muestra de población rural y semiurbana de Colombia, con el fin de proponer su uso desde los 6 años en esta población.

Materiales y métodos

Tipo de estudio

Estudio con una metodología de tipo cuantitativo de corte transversal con un diseño correlacional.

Participantes

En este estudio participaron 859 niños, niñas y adolescentes con edades entre 6 y 18 años y sus padres o cuidadores principales. Dado que el instrumento se aplicó a través del entorno escolar, se incluyeron respuestas de niños, niñas y adolescentes desde los 6 años, no desde los 4 años, como permite el instrumento, y hasta los 18 años, correspondientes a población entre primer grado y undécimo. El instrumento se aplicó en colegios de los municipios de Aranzazu, Anserma, Pácora y Viterbo, los cuales se vincularon a la investigación por medio de un muestreo por conveniencia a través de los programas de detección temprana en salud mental, dado que estos garantizaban la posibilidad de activar rutas de atención en caso de identificar alteraciones en la salud mental. El estudio se llevó a cabo entre los meses de junio y diciembre del año 2021.

Como criterios de inclusión se consideraron vivir en área rural o semiurbana, ser el cuidador principal de un niño o adolescente entre las edades establecidas para el instrumento, entre 6 y 18 años, el cual debería estar en el sistema educativo. Los padres o cuidadores principales respondieron el CBCL de manera voluntaria y después de haber firmado el consentimiento informado por parte de ellos, y el asentimiento informado por parte de niños, niñas y adolescentes. Aunque los niños, niñas y adolescentes firmaron el asentimiento informado, todos los instrumentos fueron diligenciados por los cuidadores principales, dada la versión usada del CBCL para el presente estudio.

Procedimiento

En cuanto a la validez de contenido, se recogieron las opiniones de cinco expertos en salud mental infanto-juvenil, en investigación y docencia (una psicóloga clínica, doctora en psicología; una psicóloga, especialista en neuropsicopedagogía; un psicólogo, doctor en sociales, niñez y juventud; un psicólogo, doctor en psicología; un psiquiatra infantil, especialista en neuropsicología). Lo anterior, se basó en la metodología de Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez²⁵, donde se tuvieron en cuenta 10 categorías: claridad, objetividad, pertinencia, organización, suficiencia, adecuación, consistencia, coherencia, metodología, significatividad. Con estos ítems se determinó el Coeficiente de Validez de Contenido (IVC) con la V Aiken. Se asignó a cada uno, una de las siguientes categorías: innecesario, útil, o esencial. Además, se indagó si cada pregunta era comprensible.

El IVC para cada ítem se basó en la fórmula $IVC = (n_e - N/2)/N/2$, donde n_e es el número de valoraciones del ítem como esencial y N el número total de evaluaciones. El IVC oscila entre +1 y -1, siendo las puntuaciones positivas las que indican una mejor validez de contenido. Fueron adecuados los ítems con un rango entre .50 y .99, donde las 112 preguntas del cuestionario cumplieron con este criterio. Solo se realizaron ajustes en el lenguaje (en la pregunta 86 se cambió la palabra “testarudo” por “terco”, y en la 83 la palabra “almacena” por “acumula”).

Posteriormente, con los ajustes de lenguaje propuestos por los jueces, se procedió con la aplicación del instrumento, para lo cual se contó con el consentimiento informado por parte de los padres y/o cuidadores de niños, niñas y adolescentes de diferentes instituciones educativas públicas de los municipios mencionados que accedieron de manera voluntaria a participar en la investigación.

Instrumentos

Child Behavior Checklist 4-18 (CBCL/4-18): Se utilizó la versión castellana²², versión para padres de la escala de problemas emocionales, de conducta o de otra índole del *Child Behavior Checklist* (CBCL) de Achenbach y Rescola¹⁹. Esta presentó algunas modificaciones lingüísticas en dos ítems, las cuales

se incluyeron antes de aplicar el instrumento a la población seleccionada. El tiempo de administración es de 25 a 30 minutos²⁰. Fue tomada en el segundo semestre del 2021 por profesionales de salud, especialmente psicólogos clínicos, médicos generales con entrenamiento en salud mental y médicos residentes de pediatría.

Consideraciones éticas

El presente trabajo fue aprobado por el Comité de investigaciones éticas de la Universidad de Manizales, con código de acta CBE02_2021, considerando que cumple con los estándares metodológicos y éticos.

Análisis de datos

Una vez dispuestos los datos en un archivo de Excel, se depuró la información mediante la eliminación de casos repetidos y el reemplazo de los datos perdidos (2 % de los datos) por la mediana del ítem al cual pertenecía el dato perdido, lo cual se considera mínimo para afectar los datos²⁶. Después, usando SPSS (versión 26), se realizaron análisis univariados para determinar medidas de tendencia central, así como análisis bivariados para explorar la validez de constructo (Coeficiente de Pearson) y análisis multivariados para analizar el grado de dificultad y discriminación (prueba t), además de la consistencia interna con el *Alpha de Cronbach*.

En esta fase del estudio se controlaron los sesgos de confusión a través de estratificación según el riesgo detectado en cada dominio. De igual forma, los sesgos de selección se controlaron mediante la selección de la totalidad de los estudiantes en los grupos escolares establecidos para cubrir un mayor rango de edades, excluyendo a aquellos que ya contaban con un diagnóstico psiquiátrico.

Resultados

Entre la muestra final (859) se contó con un 39,7 % de sexo masculino y un 60,2 % de sexo femenino (ver tabla 1). Las edades más frecuentes fueron 8, 14, 15, y 16 años. Un 52,38 % de la población reside en área rural y el restante, en zona semiurbana. El 53,08 % de la población mencionó tener un ingreso familiar

mensual menor a un salario mínimo colombiano, el 40 % entre uno y tres salarios mínimos y solo el 6,9 % más de tres salarios mínimos mensuales. El 75,90 % contaban con padre y madre en su núcleo familiar, 12,04 % contaban sólo con la madre y el porcentaje restante tenía como cuidadores principales abuelos, tíos y hermanos mayores.

Tabla 1. Datos sociodemográficos

Edad	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
6 años	0,3 %	0,3%	0,7 %
7 años	0,5 %	0,5 %	0,9 %
8 años	4,0 %	4,8 %	8,7 %
9 años	8,5 %	8,8 %	17,5 %
10 años	2,4 %	3,4 %	5,8 %
11 años	4,4 %	2,7 %	7,1 %
12 años	3,8 %	5,6 %	9,4 %
13 años	1,6 %	0,8 %	2,4 %
14 años	5,5 %	11,1%	16,5 %
15 años	2,70%	12,5 %	15,1 %
16 años	2,9 %	7,7 %	10,6 %
17 años	2,4 %	1,9 %	4,3 %
18 años	0,6 %	0,2 %	0,8 %
Total	39,7 %	60,2 %	100 %

Fuente: autores.

En cuanto a la validez de contenido, se puede apreciar que todos los ítems cumplen con los parámetros de claridad, objetividad, pertinencia, organización, suficiencia, adecuación, consistencia, coherencia, metodología y significatividad, con una V de Aiken igual o superior a 0,80 (ver tabla 2.)

Tabla 2. Validez de contenido.

Criterios y definición		Número de jueces	Acuerdos V	Aiken V	Validez *
Claridad	Lenguaje claro y apropiado	5	5	1	Válido *
Objetividad	Expresado en conductas observables	5	5	1	Válido *
Pertinencia	Está formulado de acuerdo a conceptos vigentes	5	5	1	Válido *
Organización	Hay una secuencia lógica	5	4	0,8	Válido *
Suficiencia	Comprende aspectos de cantidad y calidad	5	4	0,8	Válido *
Adecuación	Mide de forma suficiente el constructo que desea medir	5	5	1	Válido *
Consistencia	Basado en bases teóricas vigentes	5	5	1	Válido *
Coherencia	Entre las preguntas y las dimensiones	5	4	0,8	Válido *
Metodología	La estrategia responde al propósito de la medición	5	4	0,8	Válido *
Significatividad	Es útil y adecuado para abordar la necesidad	5	4	0,8	Válido *

*p < 0,05

Fuente: autores.

Mediante la prueba t se evaluó el poder discriminativo de los ítems, dando como resultado valores t positivos, entre 3 y 30, estadísticamente significativos. Estos resultados evidencian que las diferencias de las medias del extremo superior de la curva normal son significativamente mayores a las medias del extremo opuesto, por cuanto se puede

afirmar que los ítems discriminan correctamente, con una significancia estadística de $p \leq 0.05$ (ver tabla 3). Esto permite inferir que la totalidad de los ítems tienen la capacidad de diferenciar el grado en que se manifiestan los diferentes comportamientos y síntomas planteados en el instrumento, y no se hace necesaria ninguna eliminación por criterio de discriminación.

Tabla 3. Análisis de dificultad y discriminación de los ítems con base en la prueba t

Ítem	Media	Desv. Desviación	t	gl	Significación
1. Se comporta como si tuviera una edad menor	0,44	646	19,926	858	p ≤ 0,01
2. Sufre alergias	0,32	565	16,426	858	p ≤ 0,01
3. Discute con facilidad	0,7	696	29,621	858	p ≤ 0,01
4. Tiene problemas respiratorios constantes	0,16	465	10,117	858	p ≤ 0,01
5. Tiende a comportarse como del sexo opuesto habitualmente	0,07	319	6,848	858	p ≤ 0,01
6. Hace deposiciones fuera de la taza del baño	0,03	203	3,694	858	p ≤ 0,01
7. Se comporta de un modo arrogante	0,42	615	19,853	858	p ≤ 0,01
8. Tiene dificultades para concentrarse	0,5	656	22,172	858	p ≤ 0,01
9. No se quita ciertas ideas de la cabeza	0,5	675	21,892	858	p ≤ 0,01
10. Tiene dificultades para regular su movimiento. muy inquieto	0,6	0,7	25,053	858	p ≤ 0,01
11. Prefiere estar con personas adultas	0,51	648	23,264	858	p ≤ 0,01
12. Se queja de que se encuentra solo	0,3	568	15,506	858	p ≤ 0,01
13. Parece estar confundido. disperso	0,29	559	15,382	858	p ≤ 0,01
14. Lloro con facilidad	0,39	614	18,492	858	p ≤ 0,01
15. Maltrata a los animales. los hace sufrir	0,15	417	10,298	858	p ≤ 0,01
16. Intimida. amenaza a las personas	0,1	343	8,752	858	p ≤ 0,01
17. Se pierde en sus pensamientos	0,27	526	15,05	858	p ≤ 0,01
18. Se hace intencionadamente daño	0,15	411	10,626	858	p ≤ 0,01
19. Reclama mucho la atención	0,42	617	19,842	858	p ≤ 0,01
20. Rompe o destroza sus cosas. juguetes	0,33	587	16,495	858	p ≤ 0,01
21. Rompe o destroza las cosas o juguetes de los demás	0,11	375	8,911	858	p ≤ 0,01
22. No obedece en casa	0,49	638	22,639	858	p ≤ 0,01
23. No obedece en la escuela	0,5	652	22,554	858	p ≤ 0,01
24. A pesar de contar con alimentos disponibles. no come bien	0,49	0,69	20,862	858	p ≤ 0,01
25. No se entiende con los demás niños/as	0,41	625	19,15	858	p ≤ 0,01
26. No parece tener remordimientos	0,36	606	17,231	858	p ≤ 0,01
27. Tiene celos con mucha facilidad	0,48	0,69	20,424	858	p ≤ 0,01
28. Come o bebe cosas que no son para comer	0,17	441	11,053	858	p ≤ 0,01
29. Miedo a ciertos animales. sitios o situaciones	0,42	649	19,03	858	p ≤ 0,01
30. Tiene miedo a asistir al colegio	0,21	451	13,917	858	p ≤ 0,01
31. Tiene miedo a hacer o pensar algo malo	0,26	528	14,674	858	p ≤ 0,01
32. Piensa que tiene que ser perfecto/a	0,28	559	14,577	858	p ≤ 0,01
33. Siente o se queja de que nadie lo quiere	0,35	609	16,978	858	p ≤ 0,01
34. Piensa que es perseguido/a por alguien	0,16	428	10,685	858	p ≤ 0,01
35. Se siente inútil. inferior a los demás	0,24	501	14,105	858	p ≤ 0,01
36. Es propenso a tener accidentes	0,11	344	9,033	858	p ≤ 0,01
37. Pelea mucho	0,31	559	16,3	858	p ≤ 0,01

38. Lo molestan mucho	0,29	0,54	15,976	858	p ≤ 0,01
39. Tiene malas compañías	0,24	512	13,788	858	p ≤ 0,01
40. Oye cosas que no existen	0,16	434	10,842	858	p ≤ 0,01
41. Es muy impulsivo/a. actúa sin pensar	0,41	637	19,011	858	p ≤ 0,01
42. Le gusta estar solo/a	0,31	564	16,022	858	p ≤ 0,01
43. Es mentiroso	0,39	582	19,751	858	p ≤ 0,01
44. Se muerde las uñas	0,54	715	22,323	858	p ≤ 0,01
45. Es nervioso. mantiene tenso. preocupado/a	0,38	0,63	17,762	857	p ≤ 0,01
46. Tiene gestos o movimientos nerviosos	0,22	513	12,841	858	p ≤ 0,01
47. Tiene pesadillas	0,39	626	18,255	858	p ≤ 0,01
48. Los demás no lo quieren y lo evitan	0,19	452	12,456	857	p ≤ 0,01
49. Hace popó con dificultad	0,12	364	9,76	858	p ≤ 0,01
50. Es demasiado miedoso	0,37	599	17,957	857	p ≤ 0,01
51. Se queja de mareo	0,27	568	14,119	858	p ≤ 0,01
52. Se siente demasiado culpable	0,15	412	10,684	858	p ≤ 0,01
53. Come demasiado	0,52	693	22,15	858	p ≤ 0,01
54. Se siente cansado fácilmente	0,34	563	17,621	858	p ≤ 0,01
55. Tiene demasiado peso para su edad	0,17	465	10,502	858	p ≤ 0,01
56. Tiene problemas físicos sin causa no psiquiátrica conocida (dolores. náuseas. problemas de visión. problemas de la piel. dolor de estómago. vómito)	0,2	475	12,631	858	p ≤ 0,01
57. Ataca físicamente a la gente	0,09	317	8,062	858	p ≤ 0,01
58. Se rasca constantemente. se arranca las costras	0,16	452	10,571	858	p ≤ 0,01
59. Juega en público con sus genitales	0,03	219	4,366	858	p ≤ 0,01
60. Juega mucho con sus genitales	0,07	291	7,152	858	p ≤ 0,01
61. Trabaja mal en la escuela	0,24	497	14,341	858	p ≤ 0,01
62. Es torpe. con poca coordinación	0,12	382	9,478	858	p ≤ 0,01
63. Prefiere jugar con niños mayores	0,28	524	15,699	858	p ≤ 0,01
64. Prefiere jugar con niños más pequeños	0,27	514	15,548	858	p ≤ 0,01
65. Se niega a hablar fuera de la familia	0,33	0,59	16,442	857	p ≤ 0,01
66. Repite algunos actos de forma sucesiva. compulsiva	0,28	568	14,66	858	p ≤ 0,01
67. Se fuga de la casa	0,08	334	7,346	858	p ≤ 0,01
68. Es reservado. se guarda las cosas para sí mismo	0,44	657	19,844	858	p ≤ 0,01
69. Ve cosas que no están	0,41	632	19,226	858	p ≤ 0,01
70. Siente vergüenza con facilidad	0,2	482	12,389	857	p ≤ 0,01
71. Quema cosas	0,41	0,61	19,523	858	p ≤ 0,01
72. Tiene dificultades con su sexualidad	0,11	368	8,532	858	p ≤ 0,01
73. Hace payasadas. llama la atención	0,08	334	7,346	858	p ≤ 0,01
74. Es tímido. retraído	0,34	595	16,524	858	p ≤ 0,01
75. Duerme menos que la mayoría de los niños de su edad	0,36	598	17,757	858	p ≤ 0,01

76. Duerme más que la mayoría de los niños de su edad	0,16	442	10,877	858	$p \leq 0,01$
77. Se mancha o juega con su popó	0,21	0,5	12,341	858	$p \leq 0,01$
78. Tiene dificultades al hablar	0,06	273	6,635	858	$p \leq 0,01$
79. Se queda en blanco. se bloquea	0,1	369	8,131	858	$p \leq 0,01$
80. Roba en casa	0,22	509	12,745	858	$p \leq 0,01$
81. Roba fuera de casa	0,21	513	11,908	858	$p \leq 0,01$
82. Almacena cosas que no necesita	0,21	484	12,984	858	$p \leq 0,01$
83. Tiene un comportamiento extraño	0,35	575	17,965	858	$p \leq 0,01$
84. Tiene ideas extrañas según su cultura y sus vivencias	0,18	458	11,631	858	$p \leq 0,01$
85. Es irritable	0,2	465	12,619	858	$p \leq 0,01$
86. Cambia rápido de humor	0,28	558	14,479	858	$p \leq 0,01$
87. Prefiere estar solo	0,37	616	17,45	858	$p \leq 0,01$
88. Es desconfiado	0,38	619	18,128	858	$p \leq 0,01$
89. Dice groserías	0,39	605	18,834	858	$p \leq 0,01$
90. Habla de suicidio	0,3	564	15,367	858	$p \leq 0,01$
91. Habla o camina cuando está dormido	0,15	0,54	8,024	858	$p \leq 0,01$
92. Habla demasiado	0,31	573	15,59	858	$p \leq 0,01$
93. Molesta mucho a los demás	0,47	688	19,991	858	$p \leq 0,01$
94. Tiene muchas rabietas	0,26	529	14,253	858	$p \leq 0,01$
95. Piensa mucho en temas sexuales	0,42	649	19,078	858	$p \leq 0,01$
96. Amenaza la gente	0,09	339	8,054	858	$p \leq 0,01$
97. Se chupa el dedo	0,1	335	8,866	858	$p \leq 0,01$
98. Está demasiado preocupado por el aseo y la limpieza	0,08	317	7,531	858	$p \leq 0,01$
99. Duerme con dificultad	0,53	0,7	22,239	858	$p \leq 0,01$
100. Se fuga de la escuela	0,13	378	10,017	858	$p \leq 0,01$
101. Es poco activo. lento	0,08	294	7,548	858	$p \leq 0,01$
102. Está infeliz. triste	0,21	475	12,854	858	$p \leq 0,01$
103. Es demasiado alborotador	0,26	532	14,553	858	$p \leq 0,01$
104. Consume alcohol o drogas	0,34	595	16,524	858	$p \leq 0,01$
105. Destruye las cosas públicas. vandalismo	0,09	323	8,335	858	$p \leq 0,01$
106. Se orina en la ropa en el día	0,13	397	9,811	857	$p \leq 0,01$
107. Se orina en la ropa en la noche	0,05	246	6,113	858	$p \leq 0,01$
108. Lloriquea mucho	0,13	407	9,044	858	$p \leq 0,01$
109. Quiere ser del sexo opuesto	0,16	444	10,757	858	$p \leq 0,01$
110. No se relaciona con los demás niños. No tiene amigos	0,03	224	4,263	858	$p \leq 0,01$
111. Está preocupado	0,18	496	10,87	858	$p \leq 0,01$
112. Describa otros problemas que no estén en la lista	0,15	401	10,99	858	$p \leq 0,01$

Fuente: autores.

La Tabla 4 muestra las correlaciones entre las dos escalas principales (internalización y externalización), las ocho subescalas que componen el instrumento y la puntuación total del CBCL. Los resultados señalan que todas las correlaciones son estadísticamente significativas, siendo particularmente fuertes las relaciones entre la subescala de ansiedad-depresión y la escala de internalización, de la cual hace parte ($r = 0,962$), entre la subescala de conducta agresiva y la escala de externalización ($r = 0,905$), así como entre las dos escalas principales y la puntuación total ($r = 0,905$ y $r = 0,907$). Se evidencian correlaciones

media-altas entre la subescala de conducta delictiva y las escalas de externalización ($r = 0,766$), así como entre la mayoría de las subescalas y la puntuación total, salvo por el caso de la subescala de quejas somáticas, cuya relación con la puntuación total es media ($r = 0,543$). Aunque se presentan relaciones significativas a nivel estadístico, los índices de correlación entre la subescala de quejas somáticas, las demás subescalas y las escalas principales, son bajos, lo cual resulta consistente con el contenido de los ítems que componen esta subescala particular.

Tabla 4. Correlaciones Pearson entre escalas, subescalas y puntuación total

Escalas/Subescalas	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
1. Aislamiento	,446**	,645**	,519**	,636**	,613**	,592**	,534**	,861**	,610**	,787**
2. Quejas Somáticas	1	,475**	,406**	,406**	,419**	,312**	,377**	,639**	,395**	,543**
3. Ansiedad-Depresión		1	,602**	,608**	,689**	,531**	,623**	,920**	,659**	,844**
4. Problemas Sociales			1	,445**	,690**	,445**	,627**	,636**	,634**	,764**
5. Alteraciones del Pensamiento				1	,513**	,597**	,422**	,674**	,524**	,704**
6. Problemas Atencionales					1	,467**	,686**	,734**	,687**	,844**
7. Conducta delictiva						1	,563**	,592**	,766**	,726**
8. Conducta Agresiva							1	,647**	,962**	,860**
9. Internalización								1	,697**	,905**
10. Externalización									1	,907**

** $p < .001$

Fuente: autores.

La validez de constructo de los ítems se evaluó a través de las correlaciones entre los ítems y las escalas del CBCL/4-18. Los resultados muestran que todos los ítems correlacionan positiva y significativamente con

la escala a la cual pertenecen, teniendo como valor crítico 0,009, para 857 grados de libertad y un nivel de significancia de 0,01 (ver tabla 5).

Tabla 5. Correlaciones ítem-escala, todas las escalas todos los ítems

SUB-ESCALA	Ítem	SUBESCALAS								ESCALAS		PUNTUACIÓN TOTAL
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	Internalización	Externalización	
AISLAMIENTO (I)	42	,389**	,238**	,256**	,227**	0,049	,325**	,131**	,278**	,369**	,252**	,304**
	65	,505**	,175**	,387**	,324**	,391**	,227**	,409**	,270**	,452**	,348**	,423**
	69	,665**	,364**	,468**	,356**	,456**	,443**	,447**	,454**	,605**	,497**	,579**
	75	,601**	,272**	,397**	,291**	,475**	,373**	,359**	,254**	,533**	,318**	,463**
	80	,616**	,335**	,418**	,297**	,625**	,510**	,421**	,348**	,554**	,410**	,552**
	88	,729**	,258**	,454**	,371**	,580**	,314**	,531**	,423**	,593**	,505**	,582**
	102	,477**	,148**	,352**	,329**	,259**	,335**	,299**	,324**	,430**	,347**	,410**
	103	,638**	,235**	,533**	,374**	,596**	,234**	,590**	,393**	,540**	,505**	,571**
	111	,269**	,099**	,166**	,184**	0,002	,238**	0,037	,209**	,246**	,167**	,203**
QUEJAS SOMÁTICAS (II)	51	,325**	,708**	,347**	,322**	,248**	,297**	,224**	,323**	,449**	,319**	,397**
	54	,263**	,703**	,353**	,300**	,151**	,376**	,194**	,340**	,442**	,321**	,386**
	56	,292**	,621**	,287**	,160**	,343**	,227**	,273**	,160**	,379**	,218**	,319**
ANSIEDAD - DEPRESIÓN (III)	12	,339**	,230**	,510**	,357**	,303**	,357**	,257**	,324**	,476**	,332**	,430**
	14	,393**	,253**	,518**	,372**	,338**	,372**	,320**	,462**	,495**	,456**	,500**
	31	,148**	,186**	,386**	,143**	,086**	,305**	,060*	,210**	,323**	,176**	,251**
	32	,175**	,169**	,393**	,202**	,108**	,184**	,169**	,186**	,335**	,198**	,255**
	33	,265**	,179**	,519**	,331**	,253**	,341**	,286**	,305**	,438**	,329**	,404**
	34	,303**	,266**	,429**	,264**	,351**	,251**	,287**	,188**	,412**	,244**	,355**
	35	,464**	,228**	,556**	,415**	,457**	,344**	,486**	,384**	,530**	,460**	,534**
	50	,280**	,350**	,532**	,386**	,194**	,411**	,251**	,402**	,480**	,387**	,451**
	52	,171**	,185**	,353**	,180**	,188**	,263**	,155**	,212**	,305**	,212**	,274**
	71	,546**	,312**	,571**	,400**	,470**	,349**	,472**	,405**	,592**	,471**	,559**
	88	,729**	,258**	,454**	,371**	,580**	,314**	,531**	,423**	,593**	,505**	,582**
	103	,638**	,235**	,533**	,374**	,596**	,234**	,590**	,393**	,540**	,505**	,571**
112	,154**	,188**	,276**	,110**	0,01	,263**	,055*	,215**	,263**	,177**	,212**	
PROBLEMAS SOCIALES (IV)	1	,248**	,167**	,317**	,528**	,217**	,487**	,241**	,289**	,314**	,300**	,391**
	11	,396**	,170**	,379**	,603**	,328**	,291**	,397**	,389**	,390**	,431**	,470**
	25	,348**	,179**	,363**	,573**	,217**	,327**	,299**	,410**	,378**	,410**	,440**
	38	,305**	,249**	,368**	,570**	,285**	,384**	,333**	,401**	,373**	,416**	,458**
	48	,253**	,177**	,345**	,431**	,266**	,289**	,286**	,277**	,329**	,308**	,365**
	55	,183**	,260**	,261**	,396**	,158**	,199**	,159**	,184**	,272**	,193**	,264**
	62	,288**	,149**	,240**	,413**	,171**	,429**	,186**	,320**	,281**	,303**	,355**
	64	,147**	,234**	,207**	,389**	0,05	,242**	,114**	,237**	,232**	,216**	,248**

ALTERACIONES DEL PENSAMIENTO (V)	9	,390**	,200**	,417**	,377**	,575**	,291**	,422**	,380**	,418**	,434**	,488**
	40	,285**	,195**	,370**	,260**	,461**	,291**	,317**	,201**	,352**	,264**	,366**
	66	,510**	,269**	,441**	,285**	,725**	,276**	,483**	,333**	,497**	,422**	,517**
	70	,401**	,208**	,323**	,159**	,677**	,242**	,380**	,168**	,379**	,263**	,386**
	80	,616**	,335**	,418**	,297**	,625**	,510**	,421**	,348**	,554**	,410**	,552**
	84	,527**	,216**	,397**	,263**	,752**	,268**	,484**	,297**	,462**	,396**	,498**
	85	,571**	,225**	,383**	,333**	,726**	,270**	,518**	,381**	,465**	,470**	,537**
PROBLEMAS ATENCIONALES (VI)	8	,139**	,219**	,205**	,236**	-0,027	,520**	0,013	,351**	,230**	,262**	,282**
	10	,265**	,150**	,348**	,395**	,216**	,497**	,303**	,447**	,325**	,439**	,442**
	13	,501**	,307**	,493**	,453**	,479**	,612**	,403**	,416**	,536**	,453**	,578**
	17	,298**	,275**	,344**	,306**	,224**	,546**	,248**	,326**	,374**	,330**	,408**
	41	,279**	,253**	,357**	,301**	,184**	,582**	,226**	,486**	,376**	,439**	,451**
	45	,246**	,225**	,471**	,248**	,246**	,494**	,232**	,214**	,423**	,242**	,374**
	46	,351**	,264**	,422**	,358**	,304**	,550**	,255**	,325**	,440**	,332**	,448**
	61	,172**	,209**	,205**	,232**	0,003	,464**	,127**	,330**	,240**	,288**	,292**
	62	,288**	,149**	,240**	,413**	,171**	,429**	,186**	,320**	,281**	,303**	,355**
	80	,616**	,335**	,418**	,297**	,625**	,510**	,421**	,348**	,554**	,410**	,552**
	26	,275**	,263**	,361**	,298**	,186**	,324**	,395**	,323**	,369**	,382**	,387**
	39	,388**	,167**	,351**	,283**	,366**	,219**	,569**	,344**	,367**	,462**	,435**
	43	,253**	,266**	,307**	,335**	,095**	,426**	,288**	,460**	,341**	,443**	,406**
CONDUCTA DELICTIVA (VII)	63	,160**	,103**	,205**	,237**	,078**	,282**	,342**	,275**	,214**	,328**	,282**
	67	,430**	,228**	,309**	,217**	,547**	,250**	,514**	,318**	,376**	,423**	,443**
	72	,427**	,222**	,284**	,198**	,469**	,237**	,452**	,285**	,364**	,375**	,404**
	81	,541**	,172**	,378**	,305**	,640**	,178**	,689**	,324**	,436**	,492**	,508**
	82	,456**	,189**	,386**	,281**	,563**	,137**	,634**	,287**	,409**	,444**	,459**
	90	,250**	,119**	,258**	,251**	,176**	,258**	,506**	,353**	,270**	,445**	,365**
	96	,201**	,074**	,211**	,145**	,148**	,160**	,327**	,190**	,213**	,260**	,240**
	101	0,048	0,031	0,033	,072**	0,022	,136**	,147**	,095**	0,048	,124**	,098**
	105	,234**	,070**	,208**	,228**	,257**	,062*	,467**	,153**	,208**	,285**	,262**
	106	,156**	-24	,199**	,129**	,185**	,052*	,398**	0,022	,159**	,163**	,173**

CONDUCTA AGRESIVA (VIII)	3	,301**	,211**	,326**	,403**	,224**	,332**	,395**	,551**	,337**	,549**	,467**
	7	,179**	,160**	,267**	,240**	0,048	,381**	,154**	,457**	,267**	,391**	,337**
	16	,251**	,094**	,216**	,226**	,255**	,282**	,314**	,389**	,239**	,401**	,349**
	19	,252**	,173**	,326**	,351**	,146**	,421**	,164**	,524**	,331**	,444**	,413**
	20	,481**	,223**	,465**	,428**	,508**	,331**	,551**	,530**	,480**	,591**	,578**
	21	,350**	,126**	,320**	,303**	,355**	,226**	,436**	,441**	,328**	,484**	,432**
	22	,236**	,180**	,295**	,340**	,093**	,404**	,209**	,535**	,308**	,468**	,404**
	23	,378**	,184**	,369**	,435**	,289**	,324**	,428**	,566**	,382**	,572**	,505**
	27	,420**	,313**	,439**	,430**	,298**	,384**	,358**	,617**	,472**	,583**	,546**
	37	,422**	,243**	,415**	,439**	,352**	,382**	,425**	,629**	,446**	,617**	,560**
	57	,204**	,074**	,240**	,241**	,175**	,307**	,271**	,357**	,237**	,361**	,325**
	68	,382**	,325**	,383**	,337**	,408**	,424**	,359**	,531**	,434**	,521**	,517**
	74	,309**	,259**	,285**	,270**	,343**	,381**	,275**	,467**	,336**	,443**	,429**
	86	,362**	,235**	,346**	,341**	,234**	,419**	,291**	,563**	,389**	,519**	,478**
	87	,222**	,254**	,288**	,238**	0,033	,403**	,115**	,486**	,316**	,398**	,357**
	93	,388**	,335**	,391**	,369**	,372**	,350**	,346**	,587**	,432**	,557**	,521**
94	,204**	,200**	,325**	,283**	,073**	,384**	,213**	,512**	,308**	,453**	,388**	
95	,178**	,157**	,275**	,234**	,070**	,315**	,173**	,498**	,258**	,429**	,345**	
104	,117**	,089**	,172**	,198**	,080**	,246**	,302**	,423**	,162**	,421**	,297**	

** p<.001

Fuente: autores.

La escala general mostró una alta confiabilidad (Cronbach: 0,94), igual ocurre con las escalas de internalización y externalización, las cuales reúnen las subescalas de aislamiento, quejas somáticas y

ansiedad-depresión, y conducta delictiva y agresiva, respectivamente. Los Alfas de Cronbach para las subescalas que no se integran a las escalas de internalización y externalización mostraron una confiabilidad media y media-alta (ver tabla 6).

Tabla 6. Estadísticas descriptivas y análisis de confiabilidad

Escala/Subescalas	Ítems que la conforman	Alfa	Ítem que se podrían	Alfa al eliminar
			eliminar	el ítem
Internalización	12, 14, 31, 32, 33, 34, 35, 42, 50, 52, 51, 54, 56, 65, 69, 71, 75, 80, 88, 89, 102, 103, 111, 112	0,830	-	
Externalización	3,7, 16, 19,20,21,22, 23, 26, 27, 37, 39, 43, 57, 63, 67, 68, 72, 74, 81, 82, 86, 87, 90, 93, 94, 95, 96, 101, 104, 105, 106	0,878	89, 101, 106	0,879
Problemas sociales	1, 11, 25, 38, 48, 55, 62, 64	0,570	-	
Alteraciones del pensamiento	9, 40, 66, 70, 80, 84, 85	0,700	9	0,717
Problemas atencionales	8, 10, 13, 17, 41, 45, 46, 61, 62, 80	0,740	-	

Fuente: autores.

Discusión

El objetivo del presente estudio fue describir las características psicométricas de la CBCL/4-18. Los análisis estadísticos reflejan aplicabilidad de este modelo propuesto por Achenbach y Rescorla a la población de estudio, dada por una alta confiabilidad (Cronbach: 0,94) en toda la escala.

Estos resultados coinciden con el uso de este instrumento en diferentes partes del mundo²¹ y en población urbana de Colombia²⁷. El CBCL/4-18, es un instrumento que ha sido bien aceptado por la comunidad científica y clínica en general en diferentes partes del mundo, por lo que ha sido traducido en diferentes idiomas y se han realizado exploraciones psicométricas para determinar la estabilidad de los factores descritos en el modelo original propuesto por Achenbach y Rescorla²⁸.

Al comparar en población Colombiana el CBCL con otras pruebas, se demostró en 2018 que la puntuación del *Early Childhood Screening Assessment* presentó una buena correlación con la puntuación total del CBCL 1,5-5 (ro de Spearman = 0,75; $p < 0,01$)²⁹. Además, ha mostrado correlaciones con síntomas afectivos en cuidadores principales y con alteraciones neuropsicológicas en población similar a la del presente estudio entre 2019 y 2010^{11,12,29}.

El estudio realizado por Rescorla et al. coincide en sus resultados con la presente investigación. En este se evidencia que los reportes conductuales de los padres sobre las alteraciones conductuales de los niños fueron similares en muchos aspectos en sociedades diversas²¹. Asimismo, este estudio para los 31 países participantes, con una muestra de 55 508 participantes, mostró alta consistencia interna para problemas externalizantes ($\alpha = 0,87$), internalizantes ($\alpha = 0,83$), y total ($\alpha = 0,93$). Frente a los ocho factores, la confiabilidad osciló entre 0,58 y 0,84, además de mostrar correlaciones entre distintos entornos entre todos los ítems. Lo anterior es congruente con el presente estudio donde se destaca una alta confiabilidad en escalas de internalización y externalización. Otros estudios a nivel mundial han señalado que se conserva la relación entre las preguntas y los factores de la presente escala³⁰⁻³⁴. Para efectos del presente estudio, también se indicó que estos ítems pueden diferenciar los diferentes comportamientos que señala el CBCL y que es posible usar todas las preguntas propuestas.

En América Latina, los estudios que buscan describir las propiedades psicométricas de CBCL/4-18 son escasos. En Colombia, Hewitt et al. buscaron²³ describir las propiedades psicométricas de este cuestionario en entornos urbanos, encontrando una consistencia interna de 0,94. Ocampo et al.³⁵, con una

muestra de niños en Bogotá-Colombia, obtuvieron un alfa de Cronbach de 0,96. Ambos coinciden con el presente trabajo y contribuyen a la validación de instrumentos de evaluación para el territorio colombiano de una población semiurbana y rural.

A nivel clínico, el CBCL/4-18 ha demostrado capacidad de conservar su estructura independiente de la patología que se evalúa. Por ejemplo, en niños con trastorno de espectro autista, su configuración no presenta variaciones al realizar análisis factoriales confirmatorios³⁶. Asimismo, el instrumento ha sido utilizado para predecir la conducta delictiva en niños con TDAH³⁷; en niños de cinco años, la subescala de problemas de atención y la combinación de otra lista de chequeo puede detectar sintomatología de TDAH³⁸. Frente a los trastornos afectivos, Holtmann, et al.³⁹ buscaron determinar el fenotipo del trastorno bipolar pediátrico por medio del CBCL/4-18, reflejando que los hallazgos no coinciden con los diagnósticos clínicos de consenso para el trastorno bipolar y sí con graves trastornos de conducta disruptiva, que pueden presentar un fenotipo mixto de agresión, ansiedad, depresión y problemas de atención.

En este sentido, es importante considerar las condiciones sociodemográficas en la determinación de riesgos psicosociales. Un inicio para esta brecha consiste en la adaptación de instrumentos considerando la ruralidad, lo que se considera una fortaleza de la presente investigación. Sin embargo, deben considerarse que la población pediátrica y sus familias merecen estudios adicionales que consideren no solo problemas de atención e hiperactividad o síntomas depresivos, sino una gama más amplia de periodos de desarrollo y de otras condiciones sociales, lo que propone una línea con evaluaciones que consideren múltiples informantes (cuidadores, docentes y, especialmente, niños, niñas y adolescentes)⁴⁰, y que además consideren variables como el sexo, la experiencia de crianza y la ruralidad, de forma longitudinal⁴¹⁻⁴³.

Como limitaciones del presente estudio, se señala no incluir mecanismos de auto reporte de síntomas psiquiátricos en la población⁴⁰⁻⁴⁴. De igual forma, no haber incluido niños de cuatro y cinco años, para quienes está diseñado el instrumento inicial. También se debe considerar la delimitación geográfica donde se realiza el estudio generalización de hallazgos.

El presente estudio se realizó en el área rural y semiurbana, con una importante participación de los padres y cuidadores, lo que permitió explorar las propiedades psicométricas del instrumento y proponerlo como una herramienta clínica para usar en sus entornos, lo que reafirma la necesidad no sólo de contar con instrumentos que orienten el diagnóstico, sino con sus respectivas validaciones por expertos de diferentes contextos y con la aceptación de las diferentes comunidades. Futuros estudios en el territorio colombiano deben buscar determinar la aplicabilidad, sensibilidad y especificidad del CBCL 4-18, en diferentes trastornos del neurodesarrollo, emocionales y comportamentales, y determinar funcionamientos diferenciales entre cada una de las escalas según la población clínica utilizada, además de realizar análisis de los factores de las pruebas que otorguen mayor consistencia a esta adaptación y que permitan esclarecer las diferencias entre los síntomas mentales a nivel pediátrico en el área rural y a nivel urbano.

Conclusiones

El presente estudio señala la pertinencia de un instrumento que determina síntomas internalizantes, externalizantes y otros problemas de comportamiento, además de un riesgo global en la salud mental pediátrica. De igual forma, se ratifica su utilidad en distintos contextos, como el semiurbano y el rural. El CBCL pretende ser un recurso de apoyo diagnóstico para usarse a nivel clínico, especialmente en el primer nivel de atención.

Financiación

El presente trabajo no contó con ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses en esta investigación.

Referencias bibliográficas

1. Bitsko RH, Claussen AH, Lichstein J, Black LI, Jones SE, Danielson ML, et al. Mental Health Surveillance Among Children - United States, 2013-2019. *MMWR Suppl.* 2022;71(2):1-42.

2. Zepf FD, Biskup CS, Holtmann M, Runions K. Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. En: Rey JM (ed). Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines: 2017.
3. O'Loughlin K, Althoff RR, Hudziak JJ. Promoción y prevención en salud mental infantil y adolescente. En: Rey JM (ed). Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines: 2018.
4. World mental health report: Transforming mental health for all [Internet]. World Health Organization. 2022 Jun 16. [296]. Available from: <https://www.who.int/publications/item/9789240049338>
5. Organización Panamericana de la Salud. Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!): Orientación para la aplicación en los países [Internet]. 2018. [176]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49181>
6. Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas [Internet]. 2018. [50] Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9
7. Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44(10):972-986.
8. Estados Unidos. Organización Panamericana de la Salud. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Publicación Científica y Técnica No. 632 (2009).
9. Colombia. Ministerio de Salud Nacional. Encuesta nacional de salud mental. Tomo 1 (2015).
10. Gómez-Restrepo C, Aulí J, Tamayo Martínez N, Gil F, Garzón D, Casas G. Prevalencia y factores asociados a trastornos mentales en la población de niños colombianos, Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016;45(1):39-49.
11. Delgado AC, Agudelo AF. Manizales más oportunidades “Elige la Vida”: Reducción de conducta suicida y aumento de capacidades en niños y adolescentes. En: A. Baquero. Experiencias significativas en atención psicológica y psicosocial en Colombia. 5ta edición. Colombia: Colegio Colombiano de Psicólogos; 2022. p. 116-125.
12. Agudelo Hernández F, Guapacha Montoya M, de la Portilla Maya S, Corrales Suárez M, López Zuluaga A. Síntomas depresivos en cuidadores y su relación con problemas afectivos y comportamentales en niños, niñas y adolescentes. *Andes pediátr*. 2022;93(5):709-717.
13. Palacio-Ortiz JD, Londoño-Herrera JP, Nanclares-Márquez A, Robledo-Rengifo P, Quintero-Cadavid CP. Psychiatric disorders in children and adolescents during the COVID-19 pandemic. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed)*. 2020;49(4):279-288.
14. Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2021;175(11):1142-1150.
15. Gómez-Restrepo C, Rincón CJ, Urrego-Mendoza Z. Salud mental, sufrimiento emocional, problemas y trastornos mentales de indígenas colombianos. Datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016;45(1):119-126.
16. Cianconi P, Lesmana CBJ, Ventriglio A, Janiri L. Mental health issues among indigenous communities and the role of traditional medicine. *Int J Soc Psychiatry*. 2019;65(4):289-299.
17. Gone JP, Kirmayer LJ. Advancing Indigenous Mental Health Research: Ethical, conceptual and methodological challenges. *Transcult Psychiatry*. 2020;57(2):235-249.
18. Dozier M, Bernard K. Attachment: normal development, individual differences, and associations with experience. En: Thapar A, Pine DS, Leckman JF, Scott S, Snowling MJ, Taylor E. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. 6th ed.. Estados Unidos:Wiley;2015. p. 65- 78.
19. Achenbach TM, Dumenci L, Rescorla LA. Ratings of Relations between DSM-IV Diagnostic Categories and Items of the CBCL/6-18, TRF, and YSR. University of Vermont. 2001.
20. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Instrumentos sugeridos en la valoración integral para detección temprana de riesgos o alteraciones. (Oct 2020)
21. Rescorla LA, Ginzburg S, Achenbach TM, Ivanova MY, Almqvist F, Begovac I, et al. Cross-informant agreement between parent-reported and adolescent self-reported problems in 25 societies. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2013;42(2):262-273.

22. García S, Pedreira Massa E, Muñiz Fernández JL. El cuestionario CBCL de Achenbach: adaptación española y aplicaciones clínico-epidemiológicas. *Clinica y Salud*. 1997;8(3):447-480.
23. Hewitt-Ramírez N, Moreno-Méndez JH. Intervención Psicológica para Comportamientos Externalizados e Internalizados en Niños de 8 a 12 años. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. 2018;5(2):37-42.
24. Lecannelier F, Pérez Ewert JC, Groissman S, Gallardo D, Bardet AM, Bascuñan A, et al. Validación del Inventario de Conductas Infantiles para niños de entre 1 ½-5 años (CBCL 1 ½-5) en la Ciudad de Santiago de Chile. *Univ Psychol*. 2014;13(2):491-500.
25. Escobar-Pérez J, Cuervo-Martínez A. Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización. *Avances en medición*. 2008;6(1):27-36.
26. Charter RA. A breakdown of reliability coefficients by test type and reliability method, and the clinical implications of low reliability. *J Gen Psychol*. 2003;130(3):290-304.
27. Guerra JC, Vásquez R, Restrepo SM. Alteraciones del comportamiento en niños y adolescentes con enfermedad atópica. *Iatreia* [Internet]. 2015 [citado 8 Ene 2023];27(4-S):S1. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/view/21353>.
28. Rescorla L, Achenbach T, Ivanova MY, Dumenci L, Almqvist F, Bilenberg N, et al. Behavioral and emotional problems reported by parents of children ages 6 to 16 in 31 societies. *J Emot Behav Disord*. 2007;15(3):130-142.
29. Agudelo-Hernández AF, De la Portilla Maya S, Delgado-Reyes AC, Sánchez JV, Cardona LF. Correlación entre trastornos afectivos en padres y el funcionamiento cognitivo de niños y adolescentes en Caldas-Colombia. Tesis psicológica [Internet]. 2021 [citado 9 Dic 2022];16(1):140-63. Disponible en: <https://doi.org/10.37511/tesis.v16n1a7>
30. Lacalle M. Escalas DSM del CBCL y YSR en niños y adolescentes que acuden a consulta en servicios de salud mental [Tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2009. Recuperado a partir de: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5475/mls1de1.pdf>
31. Barcelata BE, Ávila GA, Márquez ME. Propiedades psicométricas del child behavior checklist (CBCL/6-18) en padres de adolescentes mexicanos. *Eureka*. 2019; 16 (2): 281-301.
32. Senaratna BCV, Perera H, Fonseka P. Sinhala translation of child behaviour checklist: validity and reliability. *Ceylon Med J*. 2008;53(2):40-44.
33. Dumenci L, Erol N, Achenbach TM, Simsek Z. Measurement structure of the Turkish translation of the Child Behavior Checklist using confirmatory factor analytic approaches to validation of syndromal constructs. *J Abnorm Child Psychol*. 2004;32(3):335-340.
34. Zilber N, Auerbach J, Lerner Y. Israeli norms for the Achenbach Child Behavior Checklist: comparison of clinically-referred and non-referred children. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 1994;31(1):5-12.
35. Ocampo E, Saravia S, Rey C. Funciones Ejecutivas, Conductas Externalizantes e Internalizantes en Niñas y Adolescentes Expuestas y no Expuestas a un Entorno de Alta Adversidad Social. *Informes Psicológicos*. 2019;20(1),147-166.
36. Pandolfi V, Magyar CI, Dill CA. An Initial Psychometric Evaluation of the CBCL 6-18 in a Sample of Youth with Autism Spectrum Disorders. *Res Autism Spectr Disord*. 2012;6(1):96-108.
37. Breuer D, von Wirth E, Mandler J, Schürmann S, Döpfner M. Predicting delinquent behavior in young adults with a childhood diagnosis of ADHD: results from the Cologne Adaptive Multimodal Treatment (CAMT) Study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022;31(4):553-564.
38. Mechler K, Krömer T, Landauer M, Dittmann RW, Häge A. Screening for ADHD-Related Symptoms in Preschoolers Should Be Considered-Results From a Representative Sample of 5-Year-Olds From a German Metropolitan Region. *Front Psychiatry*. 2018;9:612.
39. Holtmann M, Goth K, Wöckel L, Poustka F, Bölte S. CBCL-pediatric bipolar disorder phenotype: severe ADHD or bipolar disorder? *J Neural Transm (Vienna)*. 2008;115(2):155-161.
40. De Los Reyes A, Augenstein TM, Wang M, Thomas SA, Drabick DAG, Burgers DE, et al. The validity of the multi-informant approach to assessing child and adolescent mental health. *Psychol Bull*. 2015;141(4):858-900.
41. Jiang Q, She X, Dill SE, Sylvia S, Singh MK, Wang H, et al. Depressive and Anxiety Symptoms among Children and Adolescents in Rural China: A Large-Scale Epidemiological Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(9):5026.
42. Eijgermans DGM, Raat H, Jansen PW, Blok E, Hillegers MHJ, Jansen W. Teacher-reported emotional and behavioural problems and

- ethnic background associated with children's psychosocial care use: a longitudinal population-based study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022;32(7):1263-1271
43. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*. 2007;369(9569):1302-1313.
 44. Lempp T, de Lange D, Radeloff D, Bachmann C. La evaluación clínica de niños, adolescentes y sus familias . En: Rey JM (ed). *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines 2018.