

ANÁLISIS PSICOMÉTRICO DE LA LISTA DE CHEQUEO DE PROBLEMAS DE CONDUCTA PARA NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS

José Livia-Segovia* & Mafalda Ortíz-Morán
Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima-Perú

Resumen

739 niños entre los 6 y 11 años residentes en el Cono Norte de Lima Metropolitana fueron evaluados con la finalidad de identificar las características psicométricas de la Lista de Chequeo de Problemas de Conducta (CBCL) de Achenbach. Los resultados señalan correlaciones significativas ítem-test entre $r = .20$ a $r = .53$. La confiabilidad test-retest en la muestra normal fue de $r = .93$ y en la muestra clínica $r = .90$. Asimismo, la confiabilidad de consistencia interna por mitades y homogeneidad para la muestra normal fue de $r_{kk} = .87$ y $\alpha = .91$, y en la muestra clínica de $r_{kk} = .93$ y $\alpha = .96$ respectivamente. La validez de criterio estableció diferencias entre el grupo clínico y normal ($p \leq .000$), encontrándose una correlación de $r = .65$ ($p \leq .01$) con la Lista de Chequeo de Quay; el análisis factorial derivó nueve factores clínicos. Se concluyó que la prueba presenta validez de criterio, de constructo y confiabilidad por estabilidad y consistencia interna.

Palabras Clave: Validez, confiabilidad, psicopatología infantil, lista de chequeo.

Abstract

739 children between 6 and 11 years living in the North Cone of Metropolitan Lima were evaluated in order to identify the psychometric characteristics of the Child Behaviour Checklist (CBCL) of Achenbach. The results show significant correlations item-test between $r = .20$ to $r = .53$. The reliability test-retest in the normal sample was $r = .93$ and $r = .90$ in a clinical sample. Also, the reliability of internal consistency and uniformity by halves for the normal sample was $r_{kk} = .87$ and $\alpha = .91$, and in the clinical sample was $r_{kk} = .93$ and $\alpha = .96$. Criterion validity established differences between the clinical group and the normal group ($p \leq .000$), showing a correlation of $r = .65$ ($p \leq .01$) with the Quay Checklist; the factorial analysis derived nine clinical factors. We concluded that the evidence presented criterion and construct validity, reliability for stability and internal consistency.

Keywords: Validity, reliability, childhood psychopathology, checklist.

Introducción

La evaluación psicológica es un proceso de verificación de hipótesis, en la cual se usa una serie de procedimientos validados empíricamente para comprender a una persona o grupo respecto de variables psicológicas, con la finalidad de tomar decisiones para diversos propósitos, uno de ellos la intervención.

En el caso particular de la evaluación clínica infantil, se han desarrollado numerosos instrumentos, siendo frecuentes las entrevistas con padres y con el niño, las listas de chequeo, escalas e inventarios según la problemática (Luciano, 1996). La selección de instrumentos para evaluar la conducta en la infancia depende de las características del sujeto (edad, habilidades cognitivas, etc.), de la fuente de envío, del contexto, del medio sociocultural y del propósito de la evaluación (Mash & Terdal, 1997). Distintos autores señalan que la elección de un instrumento u otro depende fundamentalmente de la formación conceptual del terapeuta y otras veces del tiempo disponible (Kessler, 1988, citado en Luciano, 1996). Pero sea cual fuere el motivo por el cual se definen los instrumentos, éstos deben responder a criterios metodológicos de validez y confiabilidad

* Profesores asociados. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima-Perú. Pasaje E26 (Altura cuadra 7 de la AV San Martín) Lima 21 Perú. e-mail: livsegjo@yahoo.com

Adolecer de instrumentos psicológicos que permitan evaluar a la población de Lima ofrece dos alternativas: Construir o usar los test elaborados para otras realidades. Si elegimos la segunda; es decir, emplear los tests elaborados en otros contextos, deben realizarse los procedimientos necesarios a nivel psicométrico a fin de garantizar la interpretación de los resultados en el contexto local. Especial atención merece la adaptación de pruebas psicológicas para la población infantil, considerando que la prevalencia de trastornos de conducta en niños de Lima es de 14% a 21% (Livia, 2003), es por ello que se hace necesario adaptar un inventario para evaluar la psicopatología infantil, debido a que las pruebas existentes en su mayoría se configuran en pruebas de inteligencia, funciones básicas y de personalidad (Livia & Ortiz, 2001). Dentro de este contexto se busca evaluar las propiedades psicométricas de la Lista de Chequeo de la Conducta Infantil (*Child Behaviour Checklist*, su sigla en inglés CBCL), elaborado por Achenbach y Edelbrock (1983), considerado como un Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) para niños (Bates, 1991 citado en Achenbach, Howell, Quay, Conners & Bates, 1991).

El CBCL de Achenbach permite establecer un sistema taxonómico en psicopatología infantil señalado como el enfoque multivariado (Achenbach & Edelbrock, 1986) o enfoque dimensional (Mash & Graham, 2001), el cual establece que los problemas conductuales que se presentan en los niños pueden estructurarse en dos categorías primarias de trastornos: (a) Las agrupaciones de conducta internalizada o intradirigida, y (b) la de conducta externalizada o extradirigida. La primera agrupación incluye las dificultades psicológicas que se dirigen hacia el interior, cuando la perturbación del niño está en relación con su medio interno y sus síntomas fundamentales se asocian con lo que ha dado en denominarse comportamientos sobrecontrolados. Se incluyen trastornos tales como la ansiedad, la depresión, el rechazo social y el aislamiento, así como los trastornos de la alimentación, problemas de retraimiento, depresivos, neuróticos y psicósomáticos, teniendo una mayor prevalencia, aparentemente, en el sexo femenino.

Las agrupaciones de conducta externalizadas o extradirigidas son patrones de conducta maladaptativa en niños a lo largo de diferentes situaciones y contextos exteriores, siendo lo fundamental el hecho de que crean problemas a los otros. En este caso se asocian con lo que ha dado en denominarse comportamientos subcontrolados, también llamados trastornos de conducta, en los cuales los problemas conductuales de niños o adolescentes devienen serios conflictos entre él y su contexto social. Presentan mayor frecuencia de aparición en los varones que en las mujeres, particularmente cuando la perturbación se centra en la relación del niño con sus padres o con su medio externo, como en el caso de la hiperactividad, trastornos agresivos y antisociales (Achenbach, 1978; Quay, 1979, citado en Quay & Werry, 1979).

Roca y Alemán (2000) señalan que a pesar de que el fundamento de este enfoque puede parecer la imposición de un modelo estadístico a la comprensión de las alteraciones psicológicas infantiles, la idea subyacente puede resultar útil, en tanto presupone la clasificación de los trastornos mediante la utilización de procedimientos estadísticos, permitiendo una mejor definición operacional de los síndromes clínicos.

Estudios realizados con el CBCL en el ámbito internacional

Respecto al CBCL a nivel internacional, en Europa, Fombone (1989) estudió la validez concurrente del CBCL en una muestra de niños franceses, encontrando una correlación significativa ($r = .79$, $p < .001$) con el Cuestionario para Padres de Rutter y Graham (1968).

Bilenberg (1999) trabajó la validez de criterio del CBCL, con la comparación de puntuaciones obtenidas por niños daneses, 150 niños normales y 146 niños referidos por el servicio psiquiátrico, encontrando diferencias estadísticamente significativas ($p < .001$) entre grupos.

Walter y Renschmidt (1999) investigaron la confiabilidad y validez de una versión alemana del CBCL, usando una muestra de 985 niños de escuelas alemanas y 310 niños referidos de un instituto psiquiátrico. En este estudio se encontró una confiabilidad test-retest de $r = 0.90$ ($p < .001$) y consistencia

interna de 0.89 ($p < .001$), así como la capacidad del puntaje total para discriminar a niños clínicos del grupo control. Las características satisfactorias del test (confiabilidad y validez) fueron encontradas para los puntajes totales y escalas de banda amplia externalizada y síndromes internalizados. Un análisis por componentes principales de las puntuaciones obtenidas por niños referidos (edades de 6 a 11 años), produjeron tres factores interpretables: Desórdenes en la conducta, desórdenes emocionales y retraso en el desarrollo.

En Asia, Su, Yang, Wan, Luo y Li (1999) estudiaron la validez de constructo del CBCL en una muestra de niños chinos con problemas de conducta (427 niños y 227 niñas), mediante un análisis factorial. Los factores que explicaron la mayor cantidad de varianza fueron denominados agresividad, delincuencia, hiperactividad, oposición, dolencias somáticas, problemas de abstinencia social y ansiedad/depresión para ambas muestras.

Otro estudio de la versión china del CBCL fue realizado en Taiwán por Yang, Soong, Chiang y Chen (2000), quienes evaluaron las propiedades psicométricas del CBCL y el formulario de reportes para profesores (TRF). La muestra fueron 854 niños no referidos a consulta clínica de 6 a 12 años de edad, donde sus padres completaron el CBCL. Entre esos estudiantes, 162 tenían sus calificaciones de profesores en el TRF. Los resultados mostraron que la consistencia interna y la confiabilidad test-retest fueron satisfactorias para ambos (CBCL y TRF). Los análisis factoriales exploratorio y confirmatorio proveyeron algunos soportes para la validez del modelo de Achenbach. Los informes de los padres mostraron que en comparación con su contraparte americana, los niños taiwaneses tenían tendencia a tener altas puntuaciones en las escalas que reflejan problemas de conducta encubierta y bajas calificaciones en escalas que reflejan problemas de conducta evidente. Los informes de los reportes para profesores no mostraron diferencias significativas en las escalas de problemas de conducta.

En Latinoamérica, Montenegro, Bralic, Edwards, Izquierdo y Maltes (1983) adaptaron el instrumento para la Provincia de Santiago de Chile. Tomaron 409 niños normales y 993 niños clínicos. La confiabilidad del instrumento se analizó por el método test-retest y de consistencia interna, siendo los resultados $r = .98$ ($p < .001$) y $.97$ ($p < .001$); respectivamente. En la validez de constructo se usó el análisis factorial, el cual permitió derivar las categorías clínicas. La validez de tipo transcultural estableció una comparación entre los resultados encontrados en Estados Unidos de América y Santiago de Chile, con el objetivo de analizar la aplicabilidad en los diversos contextos culturales. Los datos obtenidos expresaron que los niños norteamericanos clínicos y normales logran puntajes levemente superiores a sus homólogos chilenos.

Bordin, Mari y Caeiro (1995) investigaron la validez de criterio de la versión brasileña del CBCL. Evaluaron a 49 niños de ambos sexos quienes presentaban diagnóstico psiquiátrico con criterios del CIE-10, encontrando una correlación significativa ($r = .90$, $p < .001$) así como una sensibilidad del 87%. Rubio-Stipec, Bird, Canino y Gould (1990) establecieron la consistencia interna del instrumento y la validez concurrente en 777 niños de 4 a 16 años de Puerto Rico. La consistencia interna fue evaluada por el índice alpha de Cronbach, obteniéndose resultados significativos ($\alpha = .92$, $p < .001$), y la validez concurrente se estableció a través del CBCL versión padres y el TRF versión profesores ($r = .90$, $p < .001$). El primer estudio en el Perú con el CBCL fue desarrollado por Ortiz (1993), con una muestra de 430 niños normales y 100 niños clínicos, evaluando validez de contenido y de criterio, además de la confiabilidad test-retest, que fue de $r = .90$, $p < .001$.

La importancia de la investigación presentada aquí radica en su aporte para contar con instrumentos que evalúen la psicopatología infantil, cubriendo en alguna medida el déficit de instrumentos psicológicos en esta área, además de su utilidad clínica en la realización de estudios epidemiológicos en salud mental infantil, de tal forma que permitan prevenir o establecer estrategias para solucionar las alteraciones conductuales y psíquicas de los niños.

Método

Población

La población de estudio está referida a escolares de nivel primario del Cono Norte de Lima Metropolitana. El área denominada Cono Norte es uno de los ejes de crecimiento más importantes y geográficamente está conformado por seis distritos de la provincia de Lima.

Muestra Normal

Se realizó un muestreo probabilístico por conglomerados de etapas múltiples (Briones, 1990) utilizando en la segunda etapa un muestreo aleatorio estratificado. La selección de los sujetos fue por la tabla de números aleatorios, la unidad de muestreo fueron los estudiantes y la unidad de análisis un padre de familia.

El tamaño muestral fue calculado en función a la población de niños de 6 a 11 años, tomando como referencia un error de 3%, nivel de confianza de 99%, con una desviación estándar esperada de 22.09 y una población de 341,355. Los tamaños muestrales fueron calculados con el paquete Win Episcopo 2.0, señalando como mínimo una muestra 360, asumiéndose finalmente un tamaño muestral con un 10% adicional, por lo cual se trabajó con 400 niños, 196 hombres (49%) y 204 mujeres (51%) distribuidos en seis grupos de edad (6 a 11 años). Los grupos de 6 a 9 años estaban conformados por 33 hombres y 34 mujeres cada uno; los grupos de 10 y 11 años estaban conformados por 32 hombres y 34 mujeres.

Muestra clínica

Estuvo conformada por 339 niños de 6 a 11 años que asistían a consulta de salud mental, de los cuales 150 eran mujeres y 189 varones, con el objetivo de identificar síndromes clínicos. Por otro lado se seleccionarán 100 niños para la validez de criterio. En ambos grupos muestrales no se incluyeron niños con diagnóstico de problemas de lenguaje, trastornos de aprendizaje, ni retardo mental.

Instrumentos

Lista de Chequeo Conductual del Niño (CBCL)

Construido por T. Achenbach (1966, 1978); Achenbach y Edelbrock (1981, 1983) en la Universidad de Vermont. La lista de chequeo debe ser completada por los padres, pues se supone que ellos conocen en forma más amplia a sus hijos y proveen la información más confiable. Es de fácil manejo y la administración demora entre 15 a 20 minutos. Achenbach y Edelbrock (1983) establecieron las características psicométricas del inventario. En relación a la validez reportan tres tipos: Contenido, criterio y constructo.

Reporte de Conducta del Niño-Padres (RBPC)

Quay y Peterson (1979) construyeron una lista de chequeo que evalúa los problemas de conducta en niños de 6 a 11 años de edad. Está compuesta por 89 ítems que se puntúan en una escala de 3 puntos respecto a la severidad del problema. Puede ser completada por padres, profesores u otros informantes que tengan un conocimiento amplio del repertorio del niño. Con base en un análisis factorial se encontraron las siguientes dimensiones: Agresión socializada, problemas de atención, ansiedad, conducta psicótica, tensión motora e inmadurez. La confiabilidad test-retest fue de $r = .69$ a $r = .83$. Quay y Peterson (1993) investigaron la validez de constructo realizando un análisis factorial encontrando las siguientes subescalas, que coinciden con los factores mencionados anteriormente: Desordenes de conducta, agresión socializada, problemas de atención-inmadurez, ansiedad-retraimiento, conducta psicótica y tensión motora.

Procedimiento

Para la ejecución de la investigación se procedió a revisar la traducción de los instrumentos por un especialista (psicólogo bilingüe), versión que fue contrastada por otros dos jueces independientes. Se utilizó además la técnica de doble traducción; es decir, se pidió a dos expertos que tradujeran nuevamente al inglés la versión en español para evaluar si mantenía el sentido original de cada ítem. La versión española fue además comparada con la traducción chilena y de Puerto Rico, encontrándose que fueron similares a excepción de algunos términos propios de cada país.

Adaptado el instrumento, se administró a 25 padres de familia para probar la adaptación lingüística, pudiéndose constatar que entendían el significado de gran parte de los ítems pero requerían de explicaciones adicionales frente a otros, dado que la mayoría tenían baja escolaridad, por lo cual se decidió que el inventario no sería autoadministrado sino completado por el entrevistador de acuerdo con las respuestas del informante.

El siguiente paso consistió en la capacitación de los encuestadores y la selección de la muestra. Obtenida la muestra se procedió a la recolección de datos, para los cuales se citaron a los padres a los centros educativos, y las visitas domiciliarias para aquellos padres que no asistieron.

La obtención de la muestra clínica fue realizada en los centros de salud de la zona, siendo administrados los instrumentos a los padres de aquellos niños que recibieron atención de salud mental.

El proceso de recolección de datos tomó ocho meses incluyendo ambas muestras. Obtenidos los inventarios administrados se realizó la puntuación y codificación de acuerdo con los criterios propuestos por Montenegro et al. (1983) procediéndose posteriormente al análisis estadístico de los datos con el paquete estadístico SPSS, versión 9.0

Resultados

Análisis de ítems

El tipo de análisis calculado fue el índice de discriminación. Se encontró que en la mayoría de los ítems, sus puntuaciones tenían alta correlación con el puntaje total (ítem-test), estando los coeficientes entre $r = .25$ a $r = .53$ ($p \leq .05$ a $.01$) a excepción de los ítems 4, 30, 31, 32, 46, 53, 66, 74, 77, 85 y 119 (Tabla 1). Por lo tanto, se estableció su aporte a la confiabilidad del test, especialmente en la consistencia interna; al lograr determinar la homogeneidad de los ítems y la capacidad de los mismos para detectar a los sujetos que presentan puntajes altos o bajos en la variable psicopatológica.

Confiabilidad

La confiabilidad del instrumento fue analizada a través de dos métodos: Test-retest y consistencia interna. Se administró re-test a un 25% de la muestra total tanto normal como clínica, una semana después de la primera aplicación. Los coeficientes de estabilidad obtenidos resultaron significativamente altos: En la muestra normal la correlación obtenida fue de $r = .93$ ($p < .001$), y para la muestra clínica la correlación fue de $r = .90$ ($p < .001$).

La consistencia interna del instrumento fue analizada a través de la técnica de mitades mediante el coeficiente de Spearman-Brown, y homogeneidad mediante el alpha de Cronbach. En la muestra normal se obtuvieron coeficientes significativos ($r_{kk} = .87$ y $\alpha = .91$); al igual que en la muestra clínica ($r_{kk} = .93$ y $\alpha = .96$). Los análisis presentados tanto en la muestra normal como en la clínica señalan la estabilidad y la consistencia interna de las puntuaciones del test, estableciéndose la confiabilidad del inventario.

Tabla 1
Correlación ítem-test del CBCL-muestra del Cono Norte de Lima Metropolitana

Ítem	r								
1	.25**	25	.39**	49	.25**	73	.52**	97	.31**
2	.23**	26	.25**	50	.18*	74	.14	98	.34**
3	.39**	27	.26**	51	.54**	75	.30**	99	.18*
4	.12	28	.21**	52	.40**	76	.33**	100	.24**
5	.21**	29	.16*	53	.12	77	.13	101	.42**
6	.26**	30	.13	54	.45**	78	.33**	102	.47**
7	.33**	31	.03	55	.18*	79	.20**	103	.25**
8	.36**	32	.11	56	.18*	80	.19**	104	.39**
9	.30**	33	.45**	57	.54**	81	.35**	105	.39**
10	.33**	34	.24**	58	.34**	82	.41**	106	.20**
11	.34**	35	.35**	59	.28**	83	.29**	107	.30**
12	.33**	36	.28**	60	.32**	84	.30**	108	.23**
13	.46**	37	.30**	61	.39**	85	.14	109	.38**
14	.31**	38	.34**	62	.27**	86	.40**	110	.53**
15	.17*	39	.30**	63	.17*	87	.41**	111	.38**
16	.29**	40	.27**	64	.19**	88	.34**	112	.45**
17	.24**	41	.43**	65	.42**	89	.35**	113	.39**
18	.33**	42	.19**	66	.02	90	.39**	114	.27**
19	.31**	43	.41**	67	.36**	91	.20**	115	.31**
20	.34**	44	.17*	68	.36**	92	.22**	116	.31**
21	.22**	45	.37*	69	.31**	93	.41**	117	.33**
22	.46**	46	.13	70	.25**	94	.31**	118	.28**
23	.39**	47	.30**	71	.22**	95	.31**	119	.01
24	.31**	48	.42**	72	.27**	96	.28**	120	.22**

* Nivel de significación= 0.05

** Nivel de significación = 0.01

Validez

Los resultados producto de comparar las muestras normal y clínica destacan la notoria diferencia entre los puntajes de una y otra muestra; encontrándose por lo tanto que el promedio de problemas conductuales es mucho más alto en la muestra clínica que en la muestra normal ($t = 4.0$; $p \leq .00$) (Tabla 2).

Tabla 2
Comparación de la muestra normal y clínica en el CBCL

Muestra	Media	D. S.	F	p	t	p
Normal	41.03	28.12	.049	.825	4.0	.000
Clínica	63.80	27.71				

Tomando como criterio la Lista de Chequeo de problemas conductuales de Quay y Peterson (1993), se correlacionó con el CBCL, lo cual señaló una relación positiva y significativa ($r = .65$, $p < .01$).

Con la finalidad de obtener los síndromes clínicos se realizó una análisis factorial por componentes principales (ACP), tomando para ello la muestra clínica, la cual estuvo conformada por los niños que asistían a la consulta de salud mental. El indicador Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) señaló un coeficiente de .87, lo cual supera el valor mínimo señalado, confirmándose un buen nivel de significación del test de esfericidad de Bartlett (58621, $p \leq .000$), explicando los nueve factores un 49.59% de la varianza acumulada (Tabla 3), donde las cargas factoriales fueron de .30.

Tabla 3
Factores de la Lista de Chequeo de Problemas Conductuales

Factor	Nombre	Varianza
I	Inseguridad	20.09
II	Ansiedad-depresión	14.2
III	Hiperactividad-disocial	3.6
IV	Conducta antisocial	2.4
V	Conducta extraña	2.0
VI	Inmadurez	1.9
VII	Quejas somáticas	1.8
VIII	Ansiedad compulsión	1.8
IX	Rebelde	1.8

Baremos

Los resultados señalaron que las puntuaciones totales del test se distribuyen normalmente, ($KS=2.33$, $p \leq .47$), requisito necesario para establecer los baremos. Al comparar si existen diferencias respecto a los problemas conductuales entre varones y mujeres, con la finalidad de construir los baremos de acuerdo al sexo, se encontró que entre ambos grupos no existían diferencias significativas ($t = 43$, $p \leq .66$) (Tabla 4), por lo cual se construyó un baremo único. Los baremos están expresados en puntajes T tanto para el puntaje total como para cada uno de los factores, tomándose como punto de corte $T = 70$.

Tabla 4
Comparación del índice de problemas conductuales respecto al sexo.

Sexo	Media	D. S.	F	p	t	p
Masculino	61.3	26.4	.37	.54	43	.66
Femenino	59.6	24.5				

Discusión

En relación al CBCL, en el análisis de ítems se encontró en la mayoría de ellos una correlación positiva ítem-test, lo que indica la capacidad discriminativa de los ítems de la prueba, a excepción de algunos que obtuvieron baja correlación, por la resistencia de los padres a hablar sobre la sexualidad (ítem 66) o a considerar una determinada conducta como una cualidad más que un problema de conducta (ítems 1, 19, 53) o bien como una conducta normal del niño (ítems 4, 30, 31, 32, 46, 74, 77, 85). La confiabilidad test-retest señaló para nuestro estudio un coeficiente de $r = .93$, confirmando los trabajos en otros países (Rubio-Stipec et al., 1990; Verhulst & Achenbach, 1995). En Chile se encontró un coeficiente de $r = .98$ (Montenegro et al., 1983) y en Estados Unidos de $r = .95$ (Achenbach & Edelbrock, 1983). La consistencia interna evaluada por los métodos de división por mitades y de homogeneidad obtuvo coeficientes de $r_{kk} = .87$ y $\alpha = .91$; respectivamente. En Santiago de Chile, Montenegro et al. (1983) señalan un coeficiente de homogeneidad altamente significativo ($.97$, $p \leq .001$). Estos hallazgos nos indican la estabilidad de las puntuaciones del inventario en los diferentes contextos y la capacidad para medir de manera consistente los problemas conductuales.

Los resultados de la validez del inventario permitieron apreciar que éste comprende una amplia gama de trastornos de conducta en los niños y que a la vez puede discriminar entre niños normales y con

patología clínica, lo cual permite diferenciar estos dos grupos. Achenbach y Edelbrock (1983), y Montenegro et al. (1983) han obtenido resultados similares, lo cual señala que el test mide lo que pretende medir. La validez del CBCL ha obtenido resultados significativos en muestras recogidas en diversos países además de USA, donde originalmente se elaboró y estandarizó con población infanto-juvenil no clínica. Los datos se han aportado por medio de la realización de estudios transversales, fundamentalmente fuera de nuestro país. Los análisis descritos señalan el grado de confiabilidad y validez alcanzado por el inventario en nuestro país y los diferentes contextos socio-culturales.

Al realizar un análisis psicométrico sobre este modelo psicopatológico es importante señalar algunas consideraciones metodológicas. Con relación a la validez o fiabilidad de estas escalas se pueden identificar problemas de orden conceptual o práctico tanto en su construcción como en su uso e interpretación, por ejemplo, la decisión sobre el tipo de medidas que se utilizarán para valorar la validez de constructo de la escala. Muchas escalas utilizan el análisis factorial para desarrollar subescalas que puedan reflejar dimensiones parciales de la psicopatología infantil, pero estos nuevos factores pueden o no representar dimensiones reales del comportamiento infantil. Otro problema es la característica del informante en cuanto a su inteligencia, educación, al decidir si la conducta se debe puntuar en el momento actual o no. Otra fuente de variaciones proviene de la manera en que la escala ha sido construida, la especificidad del enunciado de las preguntas, el período de tiempo sobre el que se han de recoger las observaciones, etc. (Beichman, Raman, Carlson, Clegg & Kruidenier, 1985; Muñoz, Vásquez & Rodríguez, 1979; Oxford & Boyle, 1986; Rutter & Graham, 1968).

Técnicas para medición de psicopatología y su relación con el CBCL

Verhulst, Akkerhuis y Althaus (1985), y Verhulst y Achenbach (1995) señalan que la relación encontrada entre la puntuación total de problemas de comportamiento y el examen directo del niño/a fue más fuerte que entre la puntuación total de problemas de comportamiento y la entrevista clínica a los padres, considerando que los dos procedimientos de valoración clínica en su conjunto son contribuciones importantes al diagnóstico final en mayor medida que tomados por separado.

Rutter, Tizard y Whitmore (1970) en un estudio sobre la relación entre la entrevista clínica parental y la puntuación total de problemas de comportamiento en el CBCL, encontraron que esta correlación está influenciada por el sexo, encontrándose la correlación más alta en las niñas. Refieren que es más valiosa la contribución de la entrevista parental al diagnóstico clínico final que las fuentes de información del profesor y el examen directo del niño/a.

Estudios como el de Earls (1980), y el de Richman, Stevenson y Graham (1982) sugieren que las valoraciones clínicas que evalúan al niño/a en el propio domicilio están más de acuerdo con los informes de los padres. Achenbach (1978) señala que las diferentes fuentes de información (padres, profesores y niños/as) contribuyen en mayor medida al diagnóstico final dando su aporte cada una de ellas.

Desde este contexto, mientras no existan reglas sistemáticamente investigadas para la ponderación diferencial de información procedente de varias fuentes, los clínicos, por su conocimiento y entrenamiento profesional, están en mejor posición de enjuiciar e integrar la información procedente de diferentes ángulos. No obstante, los profesionales del campo de la salud mental necesitan información de padres y profesores para formarse un criterio en su conjunto del funcionamiento del niño/a y de sus perspectivas de desarrollo mental. Asimismo, una valoración basada en el examen del propio niño/a podría mejorar la eficacia en el diagnóstico final, dado que en síntomas más internos de la vida emocional y afectiva los niños/as son mejores informantes que los propios padres y profesores, cuyos informes y/o valoraciones no dejan de estar influenciados por percepciones subjetivas, actitudes e interacciones marcadas por su propio contexto de vida. El problema de las relaciones entre las medidas del CBCL y la valoración clínica mediante el examen directo del niño/a y/o mediante entrevista a los padres como mejor/peor criterio de

validación debería ser contrastado con otro criterio tal como adaptación social y/o funcionamiento escolar del niño/a.

Utilidad de las escalas para medición de conducta infantil

Pedreira & Sanchez (1992) revisaron aquellas escalas de utilización más amplias en trabajos epidemiológicos siguiendo y actualizando la sistematización realizada por Barkley (1988). En este sentido, las agruparon en tres apartados, atendiendo a quién aportaba la información sobre las características de la conducta de cada niño/a: Escalas para padres, escalas para profesores y escalas destinadas a informantes múltiples. Posteriormente se agrupó la información más significativa respecto de cada prueba/escala localizada en base a autores, número de ítems, rango de edad, existencia de programas informáticos, fiabilidad, validez, datos normativos y factores evaluados. La información aportada por estos autores se pueden resumir de la siguiente forma: Existen suficientes escalas para valorar los trastornos psicopatológicos más comunes en la infancia y que no se precisaría desarrollar nuevas escalas de tipo general, de banda ancha. Estos autores sugieren que el avance de la investigación vendría dado por la profundización en nuevos estudios de las propiedades y utilidad de las escalas ya existentes, sobre todo de las que están bien desarrolladas y estandarizadas como son el CBCL, RPBC y las escalas de Conners.

Las escalas tienen diversas funciones (Achenbach & Edelbrock, 1983) tales como: Investigación epidemiológica, subagrupamiento de niños/as en grupos más homogéneos, exploración de hipótesis etiológicas de ciertos trastornos, pronóstico de grupos clínicos en seguimiento longitudinal a lo largo de intervalos más o menos largos de tiempo. Por estas razones, entre otras, continuarán teniendo un importante papel para la investigación en temas de psicopatología infantil.

Una de las deficiencias de las escalas ocurre cuando queremos valorar aspectos psicopatológicos muy específicos como la ansiedad, depresión, quejas psicósomáticas o habilidades sociales, ya que apenas existen escalas. Aunque se pueden utilizar las sub-escalas de instrumentos más amplios, sería interesante poder desarrollar escalas más específicas en la línea de las formuladas para autocontrol, hiperactividad y miedos en la infancia.

Existen pocos trabajos que valoran la utilidad de las escalas en el seguimiento de niños/as con trastornos de conducta sometidos/as a tratamiento, bien sea farmacológico, conductual, familiar, psicoterapéutico, etc. Las escalas pueden ser de gran utilidad si son capaces de ofrecer sub-agrupamientos de poblaciones infantiles en categorías más específicas y relacionadas con diferentes pronósticos al inicio del tratamiento (Achenbach & Edelbrock, 1983), ya que permitiría a otros investigadores replicar el estudio empleando la misma escala y similares puntos de corte para la clasificación de los sujetos en vez de la utilización de criterios subjetivos.

A pesar de los problemas que se han descrito, el uso e interpretación de este tipo de escalas tiene también numerosas ventajas: Tienen la capacidad de recoger información de personas que han convivido con el niño/a durante varios años y en diversas situaciones, permiten recoger algunos datos inusuales que podrían perderse en la observación directa, son instrumentos económicos y eficientes referidos al tiempo que se utiliza en rellenarlos, pueden tener datos normativos para establecer la desviación estadística de las puntuaciones obtenidas por el niño/a, incorporan opiniones de personas significativas en el entorno natural del niño/a responsables de su cuidado y tratamiento, señalan la variación situacional recogiendo las características más estables del comportamiento infantil, y por último, permiten cuantificar ciertos aspectos cualitativos del comportamiento que son de difícil obtención por otros métodos de observación directa.

En relación a la elaboración de los baremos en base a puntajes T, se apreciaron diferencias significativas en comparación con los otros países. Un puntaje directo de 61 para niños y 56 para niñas en USA y de 61 para ambos sexos en Chile equivalen un puntaje T de 70, en cambio en Lima un puntaje

directo de 110 equivale a un puntaje T de 70 como indicador de psicopatología. Estas diferencias de puntajes pueden ser explicadas porque en la zona la mayoría de conductas que evalúa el inventario son frecuentes en los niños, lo que implica desde el punto de vista estadístico de la normalidad presentar una alta tasa de conductas psicopatológicas para desviarse de la norma.

Evaluados los aspectos psicométricos de los inventarios y el análisis general del contexto de las escalas, podemos señalar la utilidad y uso del CBCL, así como sus limitaciones en su conjunto.

En cuanto a su utilidad y uso, podemos analizarlo desde varios puntos de vista. Desde una perspectiva clínica, contamos con instrumentos de diagnóstico que permiten identificar niños con problemas conductuales que requieren de tratamiento terapéutico. En este sentido, la naturaleza descriptiva de los inventarios constituye el aporte al objetivar las conductas problema que deberían desaparecer con un tratamiento adecuado. La mayor utilidad clínica del inventario está en servir de instrumento grueso o de "screening" para distinguir entre niños con problemas conductuales de aquellos que no lo tienen. Es importante referir que cuando se ha indicado que el inventario de Achenbach puede ser usado con propósitos de "screening", debe entenderse que el diagnóstico preciso y completo del niño depende de otro conjunto de antecedentes que cubren no sólo el aspecto descriptivo, sino también la etiología, el nivel intelectual y patología asociadas entre otros. Puede ser utilizado también por el profesional especialista en las primeras entrevistas, a fin de contar con una descripción objetiva de la conducta del niño, informar el plan terapéutico y objetivar las apreciaciones sobre la evaluación de los problemas. Asimismo, permite que los instrumentos puedan ser usados en servicios de atención primaria, así como entrevista estructurada en servicios de atención especializada.

Su aporte en la salud mental radica en que puede ser usado por profesionales con cierto entrenamiento previo con el fin de detectar oportunamente y derivar adecuadamente a los niños que así lo requieran (enfermeras, médicos, etc. en los consultorios de salud, o profesores en los establecimientos educacionales).

Desde el punto de vista de la psicopatología infantil, constituye sin duda un aporte innovador el contar con una clasificación de trastornos basados en la forma en que se agrupan los síntomas en la práctica, independientemente de los supuestos teóricos o de las inferencias etiológicas que pudiera hacerse. Su aporte en la investigación comprende recolectar información objetiva en forma masiva, rápida y factible con los recursos humanos y económicos en nuestro país, facilitando estudios epidemiológicos y psicopatológicos de la infancia.

En relación a las limitaciones de los inventarios en su conjunto podemos referirnos a la dificultad para distinguir entre patología más y menos graves. Es cierto que el rango de puntajes posibles permite una buena discriminación en términos cuantitativos, pero no siempre un mayor puntaje va a significar una mayor gravedad del trastorno. A la inversa, existen síntomas detectados por el inventario que pudieran darse solos o en asociación con escasos otros, y que constituyen psicopatologías graves, como es el caso de las conductas psicóticas. Esta misma consideración es válida para la enuresis, la que con bastante frecuencia puede presentarse sola y sin embargo ser, en la mayoría de los casos, suficientemente perturbadora como para requerir tratamiento. Cuando el CBCL es usado dentro de un contexto clínico, debe tenerse en cuenta que un 20% de los problemas de los niños/as son mal clasificados por el CBCL (Verhulst et al., 1985). En servicios sanitarios orientados hacia la prevención y cuidados de salud de niños/as, el CBCL puede servir de punto de partida para la entrevista clínica en salud mental infantil y como complemento con datos obtenidos de otras fuentes.

Referencias

- Achenbach, T. M. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: A factor analytic study. *Psychological Monographs*, 80(7), 1-37.

- Achenbach, T. M. (1978). The child behavior profile: I. Boys aged 6-11. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(3), 478-488.
- Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. (1981). Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four through sixteen. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 46(1), 1-82.
- Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. (1986). La taxonomía en psicopatología infantil. En T. Ollendick & M. Hersen (Eds.), *Manual de Psicopatología Infantil*. Barcelona: Martínez Roca.
- Achenbach, T. M., Howell, C. T., Quay, H. C., Conners, C. K. & Bates, J. E. (1991). National survey of problems and competencies among four- to sixteen-year olds: Parents' reports for normative and clinical samples. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 56(3), 1-120.
- Barkley, R. A. (1988). Child behavior rating scales and checklists. En M. Rutter; A. H. Tuma & I.S. Lann (Eds.), *Assessment and Diagnosis in Child Psychopathology* (pp. 113-155). New York: Guilford.
- Beichman, J., Raman, S., Carlson, J., Clegg, M. & Kruidenier, B. (1985). The development and validation of Children's Self Report Psychiatric Rating Scale. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24(4), 413-428.
- Bilenberg, N. (1999). The Child Behavior Checklist (CBCL) and related material: Standardization and validation in Danish population based and clinically based samples. *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl*, 398, 2-52.
- Bordin, I. A., Mari, J. J. & Caeiro, M. (1995). Validação da Versão Brasileira do "Child Behavior Checklist" (CBCL) – Inventário de Comportamentos da Infância e da Adolescência: dados preliminares. *Revista da Associação Brasileira do Psiquiatria*, 17(2), 55-66.
- Briones, G. (1990). Métodos y técnicas de investigación para las ciencias sociales. (2ª ed.). México: Trillas.
- Earls, F. (1980). Prevalence of behavior problems in 3-year-old children: A cross-national replication. *Archive of General Psychiatry*, 37(10), 1153-1157.
- Fombone, E. (1989). The Child Behaviour Checklist and the Rutter Parental Questionnaire: A comparison between two screening instruments. *Psychological Medicine*, 19(3), 777-785.
- Livia, J. (2003) *Epidemiología de psicopatología infantil en la población escolar de Lima*. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Universidad Nacional Federico Villarreal. Lima, Perú.
- Livia, J. & Ortiz, M. (2001). Los test psicológicos en el Perú: Uso y abuso. *Psicología Actual*, 5, 16-25.
- Luciano, M. C. (1996). Manual de psicología clínica. Infancia y adolescencia. Valencia: Promolibro.
- Mash, E. J. & Graham, S. A. (2001). Clasificación y tratamiento de la psicopatología infantil En V. Caballo & M. A. Simón (Eds.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: trastornos generales*. (pp. 29-58). Madrid: Pirámide
- Mash, E. & Terdal, L. (1997). *Behavior assessment of childhood disorders*. (3ª ed.). New York: The Guilford Press.
- Montenegro, H., Bralic, S., Edwards, M., Izquierdo, T. & Maltes, S. (1983). Salud mental del escolar: Estandarización del inventario de problemas conductuales y destrezas sociales de T. Achenbach en niños de 6 a 11 años. Santiago de Chile: CEDEP-UNICEF.
- Muñoz, P. E., Vásquez, J. L. & Rodríguez, F. (1979). Adaptación española de General Health Questionnaire (GHQ) de Goldberg. *Archivos de Neurobiología*, 42,139-158.
- Ortiz, M. (1993). Estandarización del Inventario de Problemas Conductuales y Destrezas sociales de T. Achenbach en niños de 6 a 11 años de una zona urbano marginal de Lima. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Federico Villarreal. Lima, Perú.
- Oxford, D. & Boyle, M. (1986). Problems in setting up an executing large-scale psychiatric epidemiological studies. *Psychiatric Developments*, 4(3), 257-272.
- Pedreira, J. & Sanchez, B. (1992). Primary care and screening instruments for mental disorders in children and adolescents. *European Journal of Psychiatry*, 6(2), 109-120.
- Quay, H. (1979). Classification. In H. Quay & J. Werry (Eds.), *Psychopathological disorders of childhood* (2nd ed.) (pp. 1-42). New York: John Wiley & Sons.
- Quay, H. & Peterson, D. (1979). *Manual of the Behavior Problem Checklist*. Coral Gables, Florida: University of Miami.
- Quay, H. & Peterson, D. (1993). *Revised Behavior Problem Checklist*. Coral Gables, Florida: University of Miami.
- Richman, N., Stevenson, J. & Graham, P. (1982). *Pre-school to school: A behavioural study*. London: Academic Press.

- Roca, M. A. & Alemán, L. C. (2000). Caracterización general de las alteraciones psicológicas popularmente conocidas como hiperactividad: Déficit de la atención-trastorno de hiperactividad (ADHD). *Revista Cubana de Psicología*, 17(3), 218-226.
- Rubio-Stipek, M., Bird, H., Canino, G. & Gould, M. (1990). The internal consistency and concurrent validity of a Spanish translation of the Child Behavior Checklist. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18(4), 393-406.
- Rutter, M. & Graham, P. (1968). The reliability and validity of the Psychiatric Assessment of the Child: I Interview with the child. *The British Journal of Psychiatry*, 114, 563-579.
- Rutter, M., Tizard, J. & Whitmore, K. (1970). *Education, Health and Behaviour*. London: Longmans.
- Su, L., Yang, Z., Wan, G., Luo, X. & Li, X. (1999). The Child Behavior Checklist used in Chinese children aged 6-11. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 7(2), 70-73.
- Verhulst, F. & Achenbach, T. M. (1995). Empirically based assessment and taxonomy of psychopathology: Cross-cultural applications: A review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 4(2), 61-76.
- Verhulst, F., Akkerhuis, G. & Althaus, M. (1985). Mental health in Dutch children: (I) a cross-cultural comparison. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 72(s323), 1-108.
- Walter, R. & Remschmidt, H. (1999). Untersuchungen zur Reliabilities, Validitaet und Faktorenstruktur einer deutschsprachigen Version der Child Behavior Checklist. / Studies on the reliability, validity, and factor structure of a German version of the Child Behavior Checklist. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 28(3), 177-184.
- Yang, H. J., Soong, W. T., Chiang, C. N. & Chen, W. J. (2000). Competence and behavioral/emotional problems among Taiwanese adolescents as reported by parents and teachers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(2), 232-239.

Manuscrito recibido en Septiembre de 2006
Aceptado para publicación en Marzo de 2008