

VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en
Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos
Aires, Buenos Aires, 2014.

El child behavior checklist para niños en edad preescolar (CBCL 1½-5): su estandarización en población urbana de Argentina.

Vázquez, Natalia y Samaniego, Virginia Corina.

Cita:

Vázquez, Natalia y Samaniego, Virginia Corina (2014). *El child behavior checklist para niños en edad preescolar (CBCL 1½-5): su estandarización en población urbana de Argentina. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-035/802>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ecXM/N0K>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

EL CHILD BEHAVIOR CHECKLIST PARA NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR (CBCL 1½-5): SU ESTANDARIZACIÓN EN POBLACIÓN URBANA DE ARGENTINA

Vázquez, Natalia; Samaniego, Virginia Corina

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas - Universidad Católica Argentina

RESUMEN

El objetivo principal de este trabajo es estudiar las propiedades psicométricas del Child Behavior Checklist para preescolares (CBCL 1½-5) en su versión en español para padres. Se trata de un estudio de tipo metodológico. Se trabajó con una muestra intencional de 534 niños entre 1 año y medio y 5 años. Se ha estudiado la validez de criterio y la confiabilidad. En la técnica de grupos contrastados se comparó una muestra de sujetos derivados a servicios de salud mental (n=162); con una muestra de niños de población general (n=372). El puntaje total de problemas fue mucho más alto en la muestra clínica que en la muestra de población general, estas diferencias resultaron estadísticamente significativas (p=.000). La confiabilidad fue estudiada por el método de consistencia interna (a=.948 para el puntaje total, a=.908 para la escala de problemas externalizantes y a=.877 para la escala de problemas internalizantes) y el grado de acuerdo entre padres (se obtuvieron valores entre r= .571 y r= .678 para el puntaje total y las escalas amplias p=.000). Según los resultados preliminares el CBCL/1½-5 resulta ser un instrumento de medición confiable y válido para ser aplicado en nuestro medio.

Palabras clave

CBCL 1½-5, Estandarización, Preescolares

ABSTRACT

THE CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR PRESCHOOL CHILDREN (CBCL 1½-5): STANDARDIZATION IN ARGENTINE URBAN POPULATION

This study aims to estimate the psychometric properties of the Preschool Child Behavior Checklist (CBCL 1 ½ -5) Spanish version for parents. The total sample was 534 children between 1 ½ and 5 year's old attending public and private kindergartens in Buenos Aires province and the city of Buenos Aires. Criterion validity and reliability were evaluated. To assess criterion validity a referred sample of children (n = 162) was compared to a non-referred sample (n = 372). The total problems score was higher in the clinical than in the general population sample, being the differences statistically significant (p = .000). Reliability was studied by means of internal consistency (a = .948 for total problems score, a = .908 for externalizing problems scale and a = .877 for internalizing problems scale) and agreement between parents (range varied among r=.571 and r=.678 for total problems score and broad scales, p = .000). Preliminary results show that the CBCL / 1 ½ -5 is a reliable and valid instrument to be applied in our society.

Key words

CBCL 1½-5, Standardization, Preschoolers

INTRODUCCIÓN

Una buena salud mental es un requisito indispensable para que un niño pueda crecer en sus aspectos sociales, cognoscitivos, y emocionales. Sin embargo, "contrariamente a la creencia popular, los trastornos de la salud mental son comunes durante la niñez y adolescencia" (Martínez, 2009 p. 243). Según la Organización Mundial de la Salud (2003), cerca de un 20% de niños y adolescentes sufren de una enfermedad mental que genera discapacidad. El diagnóstico precoz de estos problemas resulta una medida preventiva por excelencia; la intervención temprana permite prevenir o reducir la aparición de trastornos que posteriormente puedan afectar el aprendizaje o generar una discapacidad a largo plazo, debido a que existe un alto grado de continuidad entre la psicopatología infantil y la del adulto (Achenbach & Rescorla, 2000; Martínez, 2009; Pihlakoski, Sourander, Aromaa, Rautava, Helenius & Sillanpää, 2006).

Si bien se han alcanzado grandes avances en el estudio de las problemáticas psíquicas en la infancia todavía restan estudios específicos en población de niños pequeños. Existen muchas limitaciones en la conceptualización, definición, medición y estudio de los problemas comportamentales y emocionales en niños preescolares. Entre ellas pueden mencionarse: a) la falta de consenso para determinar qué afectos o comportamientos son normales o patológicos, b) la poca confiabilidad en la información que los padres brindan sobre el comportamiento de sus hijos y cómo combinar la información de múltiples informantes, c) la falta de investigaciones sobre trastornos psicopatológicos en esta edad y las limitaciones en la conceptualización y medición de los mismos, d) la falta de estudios sobre los factores de riesgo asociados (Egger & Angold, 2006), y e) la escasez de artículos, a nivel mundial, que indiquen la prevalencia, distribución, y evolución de problemas en salud mental (Briegel, Schneider, & Schwab, 2006; Skovgaard, Houmann, Christiansen, Landorph, Jorgensen & Olsen, 2007; Skovgaard, Houmann, Landorph, & Christiansen, 2004).

En la producción científica de Argentina se advierten estas mismas lagunas en el conocimiento de la salud mental de los más pequeños. Se reconocen como los antecedentes más relevantes en niños de edad escolar los realizados por Samaniego tanto en población general (Samaniego, 2004) como en población clínica (Slapak, Cervone, Luzzi & Samaniego, 2002). En niños preescolares existen dos estudios recientes, que si bien han trabajado con muestras pequeñas aportan información relevante. Uno de ellos se realizó en población clínica, en un servicio de admisión de salud mental infanto-juvenil perteneciente a un Hospital general, en donde se encontró que un 24% de las admisiones correspondían a esta franja etárea (Schuh, Zan & Vázquez, 2011). El realizado en población general encontró evidencia que sostiene que a mayor nivel de problemas comportamentales y emocionales en los padres se observa mayor nivel de estos mismos problemas en sus hijos (Rivas, Vázquez & Samaniego, 2011).

Al presente no existe un acuerdo en la comunidad científica sobre

los criterios para el diagnóstico de la psicopatología infantil. Este consenso resulta necesario para poder tener un lenguaje común tanto en el ámbito clínico como en investigación. En la actualidad, se pueden identificar tres modelos principales de clasificación, el categórico, el ideográfico y el dimensional. El categórico considera a las patologías como presentes o ausentes, ejemplos de este enfoque son el DSM-IV o el CIE-10. El ideográfico rechaza todo tipo de etiquetas y generalmente deviene de un marco teórico como el psicoanálisis o el cognitivismo. El dimensional, modelo en el que se enmarca el presente trabajo, concibe al desorden como un grupo de síntomas que forman una dimensión o un continuo donde se supone que todos los individuos poseen el trastorno en un mayor o menor grado (Samaniego, 2008). En el marco de estos modelos se desarrollan los distintos instrumentos de evaluación; particularmente las escalas del sistema ASEBA *Achenbach System of Empirically Based Assessment*, identificadas en la bibliografía como las de mayor aplicación transcultural, corresponden al modelo dimensional, el cual supone que todos los individuos se ubican en algún punto de la dimensión.

El Child Behavior Checklist (CBCL 1½-5) para niños de entre un año y medio y cinco años (Achenbach & Rescorla, 2000) es un instrumento que surge como revisión del CBCL/2-3 (Achenbach, 1992) y es uno de los cuestionarios del sistema ASEBA. Provee un lenguaje común para describir el funcionamiento de los niños pequeños en diversas condiciones. Dentro del ámbito de investigación su uso es sumamente reconocido, ha sido adaptado y evaluado en al menos 24 sociedades distintas (n=19,850) demostrando ser un instrumento válido y confiable para medir problemas comportamentales y emocionales en esta edad, permitiendo realizar comparaciones transculturales (Rescorla, Achenbach, Ivanova, Harder, Otten, Bilenberg, et al., 2011). Dentro de sus posibles múltiples aplicaciones puede mencionarse su uso en la práctica clínica, en ámbitos de educación, en contextos médicos, en procesos de adopción, en el ámbito forense y en trámites de custodia (Achenbach & Rescorla, 2000). También pueden señalarse como ventajas que su administración resulta económica, es autoadministrable y con un tiempo de respuesta breve, teniendo gran aceptación por parte de los adultos. Esto es importante dado que los niños no tienen la posibilidad de discriminar un problema y demandar atención por él, sino que son sus padres ó adultos responsables quienes deben ser capaces de percibir los problemas e identificarlos como tales (Samaniego, 2004), lo más tempranamente posible, pudiendo así actuar para prevenir futuros problemas en el desarrollo (Pihlakoski et al., 2006). Considerando como antecedente la estandarización del CBCL en edad escolar, realizada en Argentina por Samaniego (2008), se decidió estudiar las propiedades psicométricas de este instrumento para su estandarización en población urbana de Argentina de edad preescolar.

MÉTODO

Se trata de un estudio de tipo metodológico que emplea la técnica de grupos contrastados, el mismo forma parte de un estudio más amplio.

Se trabajó con una muestra intencional de 534 niños entre 1 año y medio y 5 años.

Instrumentos y procedimientos

Se diseñó un cuestionario autoadministrado compuesto por un consentimiento informado, por preguntas que evaluaron aspectos sociodemográficos (sexo, edad, nivel educativo y nivel socioeconómico de los padres) y el CBCL 1½-5.

El CBCL/1½-5 (Achenbach & Rescorla, 2000) es un instrumento

estandarizado compuesto por 99 ítems, a partir del cual se obtienen dos escalas amplias y siete estrechas, que reflejan distintos problemas comportamentales y emocionales. Estos síndromes, que componen las diferentes escalas, fueron determinados por los autores mediante un criterio estadístico identificando cuáles son los problemas que tienden a ocurrir juntos. Las siete escalas estrechas son: emocionalmente reactivo, ansioso/depresivo, quejas somáticas, retraimiento, problemas de sueño, problemas de atención y comportamiento agresivo. Una de las dos escalas amplias es la de problemas Internalizantes, comprende problemas que principalmente ocurren dentro del self y agrupa a las escalas estrechas emocionalmente reactivo, ansioso/depresivo, quejas somáticas y retraimiento. La otra escala amplia, de problemas Externalizantes, principalmente se refiere a conflictos que se dan con otras personas y a las expectativas que existen sobre el niño; agrupa a las escalas estrechas problemas de atención y comportamiento agresivo. La escala de problemas de sueño no se incluye dentro de ninguna escala amplia (Achenbach & Rescorla, 2000).

Quien responde el cuestionario para reportar sobre el niño puede ser su padre, madre, tutor, o algún otro adulto que vea al niño en su entorno familiar. La consigna del cuestionario indica a la persona que lea una lista de 99 problemas indicando en cada uno de ellos: 0 si la frase no es cierta para el niño, según lo que la persona sabe; 1 si es cierto algunas veces o de alguna manera; 2 si es muy cierto u ocurre muy a menudo. En algunos ítems se le pide que describa ese problema, por ejemplo en el ítem 31 *Come o bebe cosas que no son comida*. Además, al final de la lista de problemas se provee el ítem 100 en el que puede incluir cualquier otro problema que el niño tenga y que no se haya mencionado previamente en la lista. Y por último el cuestionario tiene tres preguntas abiertas ¿Sufre el/la niño(a) de alguna enfermedad, o discapacidad física o mental?; ¿Qué es lo que más le preocupa con respecto del niño(a)?; ¿Qué es lo mejor que ve en el/la niño(a)?

Los autores del Instrumento sostienen que la confiabilidad ha sido estimada a través de correlaciones test-retest obteniendo las escalas valores entre .80 y .90; mientras que para el puntaje total de problemas el *r* fue de .90. En cuanto a su validez, el instrumento es capaz de diferenciar grupos de población normal y grupos de niños derivados a servicios de salud mental ($p \leq .01$) (Rescorla, 2005). Se han estudiado sus propiedades psicométricas para la población de México (Oliva, Castro, & García, 2009), en población Danesa (Kristensen, Henriksen & Bilenberg, 2010) y China (Liu, Cheng & Leung, 2011) y recientemente se ha realizado un estudio epidemiológico en 24 sociedades (Rescorla et al., 2011).

Para la elaboración de la versión empleada en este estudio se trabajó en colaboración con los autores del CBCL/1½-5 en la revisión del instrumento, para la adaptación lingüística, Achenbach y Rescorla, Investigadores del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Vermont, referentes internacionales en el área de Psicopatología Infantil, bajo la supervisión de la Dra. Samaniego. Se revisaron aspectos de equivalencia de contenido, equivalencia semántica y validez de contenido. Esto implicó realizar estudios piloto en una muestra de población general y en una muestra pequeña de población clínica a fin de ajustar la redacción de los ítems, corroborando que los mismos fueran comprendidos por la población destinataria. El instrumento definitivo fue administrado por el investigador responsable durante el período agosto 2011 - octubre 2013. La muestra de población general fue relevada en jardines de infantes y maternales públicos (cinco) y privados (cuatro) de Capital Federal y provincia de Buenos Aires. Aquellos casos en donde el niño había recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico en el último año

fueron excluidos. Para la muestra clínica se concurrió a servicios de salud mental de un hospital general y de un hospital especializado de niños. El relevamiento se hizo previo a la entrevista de admisión al servicio.

Aquellos protocolos que tenían más de 8 ítems perdidos quedaron excluidos del estudio, siguiendo el criterio sugerido por los autores del instrumento.

Participantes

La muestra final fue de 534 casos. La muestra de población general fueron 372 niños, 49.5% varones y 50.5% mujeres, edad media 3.96 DE=1.15; respecto del máximo nivel de instrucción materno el 29% no completó sus estudios secundarios, el 53.9% completó sus estudios secundarios y/o terciario o universitario incompleto, y el 17.1% completó sus estudios universitarios. La muestra clínica la conformaron 162 niños, 67.9% varones 32.1% mujeres, edad media 4.21 DE=1.03; respecto del máximo nivel de instrucción materno el 45.6% no completó sus estudios secundarios, el 51.3% completó sus estudios secundarios y/o terciario o universitario incompleto, y el 3.1% completó sus estudios universitarios.

RESULTADOS

Confiabilidad:

a) La consistencia interna fue estudiada mediante el cálculo de los coeficientes Alpha de Cronbach, sobre una muestra de 534 casos.

Se encontraron valores altos para el puntaje total $\alpha=.948$ y para las escalas amplias de problemas externalizantes $\alpha=.908$ y problemas internalizantes $\alpha=.877$; mientras que para las escalas estrechas se obtuvieron valores entre $\alpha=.587$ y $\alpha=.898$.

b) Grado de acuerdo entre padres: Se buscó estimar el grado de acuerdo entre padres y madres, en parte de la muestra de población general ($n=89$). Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson y se obtuvieron valores de $r=.633$ para el puntaje total, $r=.678$ para la escala de problemas externalizantes y $r=.571$ para la de problemas internalizantes. Siguiendo el criterio de Cohen las correlaciones resultaron grandes ($r>.50$), siendo todas estadísticamente significativas ($p=.000$). Para las escalas estrechas se obtuvieron valores entre $r=.472$ y $r=.664$ ($p=.000$).

Validez de criterio:

La validez de criterio fue estudiada mediante la técnica de grupos contrastados, a partir de un análisis de diferencias de medias, prueba t de student.

Se presentan las medias de las escalas amplias y estrechas para cada población según sexo (ver Tabla 1). Se observa que las medias discriminan en niños entre población clínica y población general en todas las escalas. En niñas en cambio las medias discriminan adecuadamente en el puntaje total y las escalas amplias; mientras que las escalas estrechas problemas de sueño y quejas somáticas no discriminan entre población clínica y población general.

Tabla 1

Diferencia de Medias en el puntaje total y escalas del CBCL 1½-5 según sexo y tipo de población

	Niños				p	Niños				p
	General (N=184)		Clínica (N=110)			General (N=188)		Clínica (N=52)		
	Media	DS	Media	DS		Media	DS	Media	DS	
Nivel total de problemas	41,53	19,10	65,73	26,24	.000	37,64	19,99	53,75	27,16	.000
Escalas amplias										
Internalizantes	10,90	6,94	19,89	10,25	.000	10,35	6,92	16,17	10,10	.000
Externalizantes	16,85	7,92	23,75	9,41	.000	14,52	7,62	18,87	10,57	.007
Escalas estrechas										
Emocionalmente Reactivo	2,42	2,39	4,56	3,53	.000	2,22	2,15	3,52	3,10	.006
Ansioso Depresivo	4,29	2,60	6,49	3,25	.000	4,10	2,57	5,56	2,96	.001
Quejas Somáticas	2,30	1,91	3,43	2,86	.000	2,21	2,06	3,21	3,58	.059
Retraimiento	1,89	1,97	5,41	3,56	.000	1,82	1,88	3,88	3,11	.000
Problemas de Atención	3,18	1,73	5,01	2,00	.000	2,58	1,72	4,13	2,16	.000
Comportamiento Agresivo	13,67	6,68	18,75	8,10	.000	11,94	6,40	14,73	9,20	.044
Problemas de Sueño	2,49	1,89	4,04	2,99	.000	2,88	2,53	3,50	2,68	.123

CONCLUSIONES

Se presentan los resultados preliminares de la estandarización del CBCL/1½-5. En cuanto a la validez del instrumento, el CBCL/1½-5 es capaz de discriminar entre grupos de población general y de población clínica en población argentina, salvo en el caso de las escalas estrechas de quejas somáticas y problemas de sueño en niñas. Se requerirán nuevos estudios para evaluar esta cuestión. Los valores de confiabilidad encontrados en este estudio son semejantes a los informados por los autores del instrumento respecto del nivel de consistencia interna (Argentina $\alpha=.948$ vs. Estados Unidos $\alpha=.950$); y el grado de acuerdo entre padres para el puntaje total de problemas (Argentina= .63 vs. Estados Unidos= .65).

Según los resultados preliminares el CBCL/1½-5 resulta ser un instrumento de medición confiable y válido para ser aplicado en nuestro medio. Restan realizar otros análisis para obtener resultados concluyentes.

BIBLIOGRAFIA

- Achenbach, T. M. (1992). *Manual for the child behavior checklist/2-3*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. & Rescola, L.S. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Briegel, W., Schneider, M. & Schwab, K.O. (2006). 22q11.2 Deletion syndrome: behaviour problems of infants and parental stress. *Blackwell Publishing Ltd, Child: care, health and development*, 33(3), 319-324.
- Egger, H.L. & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology and epidemiology, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47(3/4), 313-337.
- Kristensen, S., Henriksen, T. B. & Bilenberg, N. (2010). The Child Behavior Checklist for Ages 1.5-5 (CBCL/11/2-5): Assessment and analysis of parent-and caregiver-reported problems in a population-based sample of Danish preschool children. *Nordic journal of psychiatry*, 64(3), 203-209.
- Liu, J., McCauley, L.A., Zhao, Y., Pinto-Martin, J. & Jintan Cohort Study Group (2010). Cohort Profile: The China Jintan Child Cohort Study. *International Journal of Epidemiology*, 39, 668-674.
- Martínez, C. (2009). Salud Mental en la infancia y adolescencia. En J. Rodríguez, S. Malvárez, R. González & I. Levav *Salud mental en la Comunidad* (231-244), segunda edición. Washington. D.C. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Serie Paltext.
- Oliva, Z.L., Castro, L.C. & García, F.G. (2009). Adaptación del cuestionario sobre el comportamiento en niños de 1 1/2 a 5 años de Achenbach para niños de 4 a 5 años. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14 (1), 179-191.
- Pihlakoski, L., Sourander, A., Aromaa, M., Rautava, P., Helenius, H. & Siillanpaa, M. (2006). The continuity of psychopathology from early childhood to preadolescence. A prospective cohort study of 3-12-year-old-children. *Eur Child Adolesc. Psychiatry*, 15, 409-417.
- Rescorla, L. (2005). Assessment of young children using the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). *Mental retardation and developmental disabilities. Research Reviews*, 11, 226-237.
- Rescorla, L. A., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Harder, V. S., Otten, L., Bilenberg, N. et al. (2011). International comparisons of behavioral and emotional problems in preschool children: parents' reports from 24 societies. *J Clin Child Adolesc Psycho*, 40(3), 456-67.
- Rivas, M.S., Vázquez, N. y Samaniego, V. C. (2011) La salud mental de los más pequeños, su relación con la salud mental de sus padres. *Memorias III congreso internacional de investigación y práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR 22 al 25 de noviembre de 2011*. pp 237-238.
- Samaniego, V.C. (2008). El Child Behavior Check List: su estandarización en población urbana Argentina. *Revista de Psicología, UCA*, 4 (8), 113-130.
- Samaniego V.C. (2004). Prevalencia de trastornos psíquicos en población escolar de 6 a 11 años de edad. Informe final Beca Ramón Carrillo- Arturo Oñativia. Comisión Nacional de Programas de Investigaciones Sanitarias (CONAPRIS). Ministerio de Salud de la Nación.
- Schu, M., Zan & Vázquez, N. (2011) Motivos de consulta infanto-juveniles: diferencias según variables sociodemográficas Póster evaluado satisfactoriamente y aceptado por el Comité Científico para ser presentado con opción a Premio en el XVIII Congreso Latinoamericano de FLAPIA y XV Congreso de AAPI, "Revisando nuestra práctica: Nuevos Desafíos" 2 y 3 de junio de 2011 Asociación Médica Argentina, Buenos Aires, Argentina.
- Slapak, S., Cervone, N., Luzzi, A. & Samaniego, C. (2002). Aplicación del enfoque epidemiológico a una población clínica de niños. *Revista Psico-USF*, 7(1), 67-76.
- Skovgaard, A. M., Houmann, T., Christiansen, E., Landorph, S., Jorgensen, T. & Olsen, E. M. (2007). The prevalence of mental health problems in children 1 1/2 years of age-the Copenhagen Child Cohort 2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(1) , 62-70.
- Skovgaard, A. M., Houmann, T., Landorph, S. L. & Christiansen, E. (2004). Assessment and classification of psychopathology in epidemiological research of children 0-3 years of age. A review of the literature. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13, 337-346.
- World Health Organization, Geneva, (2003), *Caring for children and adolescents with mental disorders: setting WHO directions*. Recuperado http://www.who.int/mental_health/media/en/785.pdf