

Evaluación psicométrica de la lista de comportamiento de Achenbach y Edelbrock en pre-escolares de 4.0 - 5.5 años de nivel socioeconómico bajo

Sonia Zambrano Hernández ¹
Alba Lucía Meneses Báez ²
Universidad Católica de Colombia

Resumen

Se evaluó psicométricamente la Lista de Verificación de la conducta infantil de Achenbach y Edelbrock en un grupo de 100 preescolares entre 4.0 y 5.5 años de un colegio público de Suba en Bogotá, mediante la aplicación de los formatos de padres y maestros, previa traducción, adaptación lingüística y pilotaje. El coeficiente Alfa de Cronbach para la escala global fue de 0,94 para padres y para maestros 0,95. El análisis de factores por componentes principales saturó la varianza en el 87%, aunque no correspondió con los factores propuestos por el modelo original. Este instrumento proporciona información diagnóstica sobre la estructura comportamental de los niños desde una visión multiaxial e identifica perfiles de las dimensiones internalizantes y externalizantes de la conducta.

Palabras Clave: Problemas de conducta, Preescolares, Evaluación, Psicometría, instrumento

Abstract

The Achenbach and Edelbrock Child Behavior Checklist was assessed psychometrically in a group of 100 preschool students between 4,0 and 5,5 years old who attend a public school at Bogota city. It was done by applying formats to parents and teachers. These formats were previously translated, linguistically adapted and piloted. The Cronbach's Alpha for the total scale was 0,94 -0,94 for parents and 0,95 for teachers-. The analysis of factors by main components saturated the variance in 87%, although it did not correspond to the factors proposed by the original model. This measure gives diagnostic information about the children's behavioral structure from a multiaxial perspective. Moreover, it identifies profiles of the internalizing and externalizing dimensions of behavior.

Keywords: Behavior Problems, Preschool students, Assessment, Psychometrics, Instrument

Recibido: 8 de Octubre de 2013
Aceptado: 3 de Diciembre de 2013

1. Msc en Psicología. Universidad Católica de Colombia. Correspondencia: szambrano@ucatolica.edu.co
2. Msc en Psicología. Universidad Católica de Colombia

Introducción

En la mayoría de las culturas se han marcado límites entre las conductas aceptables e inaceptables, dentro de las cuales se encuentran la agresión y la violencia. El límite de aceptación para cada cultura se define en función de la legitimización propiamente dicha de la violencia y la agresión y, en algunos casos, se da una cierta preferencia a estos patrones de comportamiento como estrategia de interacción entre los miembros del grupo.

En Colombia, hay un número creciente de actos de violencia cometidos por menores de edad. De hecho, la edad de inicio de las infracciones ha descendido hasta los siete años, momento en que los niños comienzan a requerir atención por parte de los defensores de familia y los centros especiales de atención al menor. La legislación anterior protegía a los menores contraventores; ellos no recibían una condena criminal, pero eran sometidos a “observación y protección”. Desde el año 2006, se dio un giro a la política criminal en este campo a partir de la Ley 1098, que introdujo el Código de Infancia y Adolescencia. En el año 2013, se reportaron 28.324 casos de menores infractores con acusación por comisión de una tipología delictiva similar. El 37,5% pertenecía al segmento poblacional comprendido entre los 14 y los 18 años, y el 45%, al comprendido entre los 12 a 16 años. Los datos anteriores concuerdan con investigaciones internacionales que muestran; por un lado, la estabilidad temporal y situacional y; por otro lado, la progresión de la conducta agresiva y el hecho de que la agresión infantil temprana es un factor de riesgo predictor del desarrollo de la conducta antisocial y delictiva posterior (Loeber y Farrington, 1998; Farrington y Loeber, 2000; Loeber y Farrington, 2000 & El Tiempo, 2013).

Análisis de riesgo y prevención

La violencia es el resultado de un complejo conjunto de conductas denominado agresividad, el cual ha sido parte de la historia de la humanidad desde sus inicios. Aún en la actualidad, muchos psicólogos definen la agresividad en términos de conducta. Además, se han propuesto varias teorías para explicar la agresividad humana; éstas van desde la simple teoría instintiva, hasta la social constructivista, pasando por las teorías de la frustración/agresión y el aprendizaje social, entre otras (Araya y Salazar (2005). Así, el desarrollo y valoración de la agresión durante la edad temprana cobra importancia en la medida en que diferentes

estudios sugieren que la edad o la etapa del ciclo de vida en la que se encuentre el individuo hacen que la manifestación de las conductas agresivas sea más evidente, corroborando que la agresión es un patrón de socialización, sobre todo en las primeras etapas de la vida.

Loeber y Hay (1997); Hay, et al 2003 & Broidy, et al (2003) han indicado que las manifestaciones de la agresión cambian de una manera dramática entre la infancia, la adolescencia y la edad adulta y que, adicionalmente, los cambios no son los mismos en los dos géneros. El concepto mismo de desarrollo implica cambios cualitativos y cuantitativos, además de continuidad en los procesos. Por esto, la conducta agresiva es un proceso que se va dando con el tiempo, pero que se va modificando a medida que el niño es expuesto a formas alternativas de interacción.

En la niñez; por ejemplo, aparecen los signos comportamentales de las pataletas o “explosiones de temperamento” si así se le pueden llamar. Aquí, las diferencias de género son casi imperceptibles. En algunos estudios (Hay et al, 1995; Hawkins et al, 1998; San Román et al, 2002) se ha reportado que los niños son más agresivos que las niñas en esta etapa de la vida. En esta edad, también es frecuente encontrar que se reportan mayores dificultades en cuanto al comportamiento de los niños, en comparación con las niñas. Esto se da siempre y cuando el evaluador sea uno de los padres, ya que estas mismas diferencias no se reportan en el caso de que los maestros sean los encargados de suministrar tal información.

En la etapa escolar, los niveles de agresión se hacen más evidentes entre los 3 y los 6 años. Los varones muestran tasas más altas, en relación con la agresión física, que las mujeres (Dodge y Coie, 1998; Hay et al, 2003 & Hubbard, 2001). Además, la evolución de las conductas oposicionistas y agresivas en la infancia son predictores del comportamiento delincuente en la juventud y la adultez. En relación con los factores de riesgo y el curso y desarrollo de la delincuencia, Klevens et al (2000) llevaron a cabo un estudio en cinco ciudades del país. Allí, mostraron que los niños que presentan conductas antisociales en la infancia temprana son más proclives a manifestar problemas múltiples de comportamiento en la adolescencia.

En estudios de la población general, alrededor de un 10 a 30% de niños preescolares y escolares presentan manifestaciones de agresión. Hasta un 17% de los niños en edad

preescolar manifiestan problemas de conducta (Campell, como se citó en San Román et al., 2002). La agresión en la edad preescolar o escolar es el mejor predictor de criminalidad en la vida adulta, especialmente para aquellos que presentan problemas más graves, a más temprana edad y en múltiples contextos (Loeber, 1990; Dodge, Coie et al, 2006; Cohen, 2005; Conduct Problems prevention Research Group (CPPRG), 2011). Esto se ha comprobado varias veces, en distintos períodos históricos y con diferentes métodos de medición.

Modelo jerárquico de taxonomía basada empíricamente

En oposición a los sistemas clasificatorios, que organizan las alteraciones conductuales o psicopatología en categorías diagnósticas como el DSM o la CIE, las taxonomías empíricas, de base matemática, se basan en las correlaciones o la covariación de signos, síntomas o conductas. Así, la utilización de las técnicas estadísticas multivariadas en la investigación se acomoda al referido supuesto de continuidad de las experiencias y de los comportamientos normales y anormales, lo cual permite ubicar cada caso concreto dentro de un conjunto de dimensiones (Lemos, 2003). Mientras que la visión de las alteraciones en el DSM o la CIE se concreta en centenares de categorías diagnósticas, las taxonomías de base matemática permiten organizar los trastornos, atendiendo a una estructura jerárquica más simple. Con esta metodología, Krueger y Piasecki (como se citó en Lemos, 2003) han propuesto un modelo heurístico de tipo jerárquico para la descripción y la explicación etiológica de las dos grandes dimensiones de la psicopatología: la internalizante y la externalizante, que han permitido identificar factores de primer y segundo orden como dimensiones psicopatológicas de banda ancha en los niños y los adolescentes (Achenbach; Achenbach y Edelbrock, como se citaron en Lemos, 2003).

La primera dimensión, que incluye los trastornos de ansiedad y la depresión, ha sido denominada *internalizante* (por definición, perturbaciones asociadas a estados o experiencias subjetivas de tensión psicológica). La segunda dimensión, que incluye los trastornos de conducta y la hiperactividad, se conoce como *externalizante* (agrupa comportamientos disruptivos o que causan malestar en el entorno) (Lemos et al., 2002). Los factores centrales de primer orden, de los que se derivan dichas dimensiones,

incluyen ocho o diez síndromes más específicos. Los factores de primer orden han sido: depresión, agresividad, conducta problemática, quejas somáticas y problemas de relación social (aislamiento). Cada uno de estos factores se puede manifestar en distintas facetas o dimensiones de primer orden, que conforman patrones de conducta desadaptada. Dichas facetas pueden asemejarse a diversos síndromes clínicos o categorías, descritos en los sistemas de clasificación oficiales como entidades diferenciadas. Teniendo en cuenta que existe una alta comorbilidad de diferentes síndromes clínicos en el mismo individuo, o la co-ocurrencia de síntomas pertenecientes a diferentes entidades clínicas, la explicación de este fenómeno puede deberse a que la covariación responda a características subyacentes, comunes a varios trastornos; lo anterior podría significar que algunos diagnósticos representan facetas de una misma dimensión de banda ancha (Lemos, 2003). Si esta fuera la naturaleza de la psicopatología, la doble representación jerárquica permitiría dar una solución a la combinación de un modelo dimensional para los factores de banda ancha, y un sistema categorial para sus variaciones en patrones de conducta más específicos. Así, se supone que trastornos específicos como la dependencia de sustancias, la conducta antisocial y la conducta desinhibida, comparten mecanismos biológicos o genéticos de vulnerabilidad comunes de la dimensión externalizante, que dan lugar a una deficiente auto-regulación de la conducta; por otra parte, los diferentes ambientes a los que están expuestas las personas que manifiestan esta vulnerabilidad permitirían explicar su expresión diferencial en patrones de conducta o síndromes específicos. Lo mismo ocurriría con los síndromes específicos de depresión o de ansiedad, que serían expresiones de las influencias ambientales sobre la dimensión amplia o internalizante, genética o biológicamente determinada (Lemos, 2003).

Así, se establecen síndromes que existen sobre la base de características que tienden a co-ocurrir conjuntamente. De esta forma, los desórdenes comportamentales o emocionales quedarán establecidos como variables continuas, constituyéndose gradientes dentro de los síndromes, según el grado en el que se manifiesten o no los rasgos que forman dichos trastornos (López et al, 1995; Hubbard et al, 2001; Dodge, Coie et al, 2006 & CPPRG, 2011). Por otro lado, este acercamiento taxonómico implica análisis cuantitativos de evaluaciones estandarizadas de datos, para identificar agrupaciones de problemas que tienden a co-ocurrir, tal y como es referido por las diferentes fuentes de información (padres o sustitutos, profesores, observadores

directos, evaluadores clínicos y los propios sujetos). Tales datos son tratados mediante análisis factorial y análisis de componentes principales con el fin de obtener síndromes empíricos. La palabra “síndrome” es utilizada sin ninguna asunción acerca de la entidad perturbadora biológica vs. ambiental, que puede estar determinando tal co-ocurrencia de problemas particulares.

El modelo de Achenbach establece síndromes que existen sobre la base de características que tienden a co-ocurrir conjuntamente. De esta forma, los desórdenes comportamentales o emocionales quedarán establecidos como variables continuas, constituyéndose gradientes dentro de los síndromes, según el grado en el que se manifiesten o no los rasgos que forman dichos trastornos. Así, esta forma de realizar la evaluación y establecer taxonomías es uno de los posibles acercamientos. Su grupo ha elegido una forma de evaluación en la que se obtienen datos en formato similar y estandarizado para diversos informantes, los cuales perciben o ven a los niños en diferentes condiciones.

Por otro lado, este acercamiento taxonómico implica análisis cuantitativos de evaluaciones estandarizadas de datos, para identificar agrupaciones de problemas que tienden a co-ocurrir, tal y como es referido por las diferentes fuentes de información (padres o sustitutos, profesores, observadores directos, evaluadores clínicos y los propios sujetos). Según López et al. (1995), el modelo psicopatológico de Achenbach (Tabla 1) supone un enfoque taxonómico y evaluativo de tipo empírico y multiaxial: empírico porque los síndromes que conforman las taxonomías son extraídos de los análisis multivariados efectuados sobre datos estandarizados de conductas infantiles, y multiaxial porque se basa en el análisis de ejes múltiples, configurados sobre las diferentes fuentes de información y clases de datos.

Tabla 2

Síndromes derivados de la CBCL (Child Behavior Checklist)

Sexo	Interiorizante	Mixtos	Exteriorizante
Niño	Esquizoide o ansioso depresivo No comunicativo	Obsesivo compulsivo Quejas somáticas	Retraimiento social Hiperactivo Agresivo Delincuente
Niña	Deprimido Retraimiento social Quejas somáticas Esquizoide obsesivo		Hiperactivo Problemas sexuales Delincuente Agresivo

Tabla 1

Esquema básico sobre taxonomía basada empíricamente de Achenbach

Principios de taxonomía basada empíricamente

1. El objetivo es aislar agrupaciones que co-ocurren en población objeto de estudio.
2. Uso de instrumentos estandarizados para evaluar las características distintivas de los individuos.
3. Análisis cuantitativo de datos de evaluación para detectar asociaciones entre características.
4. Taxonomías derivadas mediante la identificación de asociaciones entre características.

Instrumentos de evaluación estandarizados

1. CBCL, TRF y YSR evalúan ítems comunes como base para taxonomías a través de informantes.
2. CBCL, TRF y YSR evaluación de ítems adicionales, específicos de informantes particulares.

Síndromes según informantes derivados CBCL, TRF

1. Describe el funcionamiento infantil en 8 áreas de problemas en comparación con muestras normativas de iguales.
2. Comparación pre y post-tratamiento y correlatos externos.

Tipos de perfiles derivados de síndromes

1. Identificación de patrones a partir de síndromes empíricos.
2. Base más comprensiva para taxonomía que para síndromes individuales.
3. Puntuación requerida para problema total ≥ 30 ; puntuación factorial ≥ 0.445

Es en este marco general, Achenbach y Edelbrock mencionan los síndromes de banda ancha y de banda estrecha (Tabla 2), obtenidos de la escala de evaluación, y han construido un grupo de cuestionarios estandarizados, basados en el *Child Behavior Checklist* (CBCL) (Achenbach y Edelbrock, 1992), como el *Teacher's Report Form* (TRF) (Achenbach y Edelbrock, 1992).

La validez última de los sistemas diagnósticos dependerá de rasgos psicopatológicos latentes que subyacen a éstos, sus etiologías, y no como se propone en este modelo, de estructuras correlacionales basadas en los síntomas superficiales (Lemos, 2003). De acuerdo con ello, las grandes dimensiones psicopatológicas, internalizante y externalizante, tienen su origen en predisposiciones biológicas específicas hacia un espectro de trastornos (por ejemplo, alteraciones cuyo rasgo principal es la elevación del nivel de ansiedad), pero no hacia otros (por ejemplo, alteraciones cuya característica central es la desinhibición, auto-regulación deficiente y un control atencional pobre). En efecto, la aplicación de los instrumentos de evaluación derivados de este modelo indica la existencia de síndromes empíricos de gran relevancia, pero lamentablemente de escaso uso en el diagnóstico psicopatológico en la infancia y adolescencia. Su conocimiento por parte de los clínicos y su uso en la exploración de los síntomas, aumentará la eficacia de las psicoterapias que se apliquen para su tratamiento. Así, la escala CBCL (*The Child Behavior Checklist*) de Achenbach y Edelbrock (1992) evalúa las alteraciones del desarrollo en el niño (aspectos cognitivos, conductuales, emocionales y psicósomáticos). Éste es un método muy utilizado por su sencillez, confiabilidad, validez, poder discriminante y aplicación transcultural y trans-racial; además, ha mostrado su validez como herramienta de investigación. En conjunto, la tabla 3 (Pedreira, 2005) resume los argumentos de Achenbach al defender las visiones taxométricas multiaxiales en la clínica y en su aplicación epidemiológica en el abordaje de la problemática conductual.

Tabla 3
Alcances de la evaluación taxonómica basada empíricamente

1. Ayuda a reformular casos de forma segura, reduciendo sobrecarga informativa, predisposiciones subjetivas y categorías rotuladoras inapropiadas.
2. Las variadas facetas del funcionamiento de los niños/as requieren procedimientos múltiples de valoración que no necesariamente tienen que converger en una sola categoría para cada niño/a.
3. Cada eje ilumina diferentes facetas del funcionamiento y no se colapsan en un solo constructo categorial.
4. Los métodos taxométricos multiaxiales pueden clasificar objetivamente según perfiles-tipo, puntuados por procedimientos de valoración estandarizados en sus propios ejes.
5. El uso de instrumentos estandarizados acerca la práctica clínica, la investigación y los estudios epidemiológicos.

6. Las valoraciones taxométricas multiaxiales pueden ser repetidas para evaluar los cambios en el desarrollo y el efecto de las intervenciones.

7. El enfoque taxométrico multiaxial puede desarrollar la investigación, completando otros procedimientos taxométricos de evaluación clínica. Además, puede verificar las relaciones en un sistema de clasificación con los diferentes ejes y las correlaciones existentes con los perfiles-tipo, etc.

Evaluación temprana de alteraciones conductuales

Los estudios epidemiológicos de los desórdenes de la niñez se han concentrado en los niños de edad escolar y los adolescentes. Las revisiones han estimado que los desórdenes psiquiátricos en estos grupos etéreos llegan al 11.8%, aunque estas estimaciones pueden ser conservadoras ya que la comorbilidad puede ser alta y llegar al 40% o al 50% (Lavigne et al., 1996; Loeber, 1990; Dodge, Coie et al., 2006; Cohen, 2005; Conduct Problems prevention Research Group [CPPRG], 2011). No obstante, son poco conocidos los niveles epidemiológicos de morbilidad de desórdenes entre los niños de edad preescolar. Históricamente, los estudios de los problemas de niños preescolares se han concentrado en un rango limitado de conductas problema específicas y, a menudo, se han enfocado en muestras clínicas pequeñas, o muestreo por conveniencia.

El interés por los factores de riesgo y las alteraciones conductuales en la primera infancia se debe fundamentalmente a su proyección preventiva, ya que es en esta temática donde la evaluación y la intervención se orientan a la prevención (Lavigne et al., 1993). Sin embargo, son escasas las investigaciones sobre el comportamiento de los factores de riesgos precoces del desarrollo y, más escasas aún, las investigaciones sobre la instrumentación para la medición, tanto de factores de riesgo como de conductas sugestivas de alteraciones comportamentales. Este tipo de investigaciones son necesarias para apoyar la detección precoz y posterior desarrollo de intervenciones apropiadas en este campo.

Adaptación y validación de escalas

A través de la investigación teórica de la naturaleza del comportamiento; por una parte, y de la investigación aplicada acerca de la validez de pruebas específicas para medir

constructos; por otra, los psicólogos se orientaron hacia la elaboración y diseño de pruebas para ser usadas en la atención psicológica, tanto clínica como educativa. En términos explícitos, la validez se refiere a que la escala o instrumento mida; es decir, que el resultado obtenido corresponda al resultado real y no a otro (Pardo, 2000). Así, la validez se define como un juicio evaluativo integral del grado en el cual la evidencia empírica y teórica soportan las interpretaciones y acciones basadas en los puntajes de una prueba u otra forma de evaluación. Por esto, actualmente se acepta que la validez no es una propiedad de la prueba, sino del significado de los puntajes de la misma; y estos puntajes no son sólo una función de las condiciones del ítem, sino también de las personas que responden y del contexto de la evaluación. Específicamente, lo que debe ser válido es el significado o interpretación del puntaje, así como cualquier implicación que este puntaje tenga para la acción. Ésta es la razón principal por la cual la validez es una propiedad cambiante y la validación, un proceso continuo (Pardo, 2000).

Por otra parte, la confiabilidad, como lo mencionan Lord y Novick (como se citó en Pardo, 2000a), es un concepto genérico que se refiere a la precisión en la medición (equivalencia y estabilidad) y es referida también como reproducibilidad. Consiste en la capacidad de la escala para proveer los mismos resultados en mediciones sucesivas, en las mismas características. Hay tres tipos de confiabilidad: homogeneidad o consistencia interna, test-re-test e inter-evaluador.

Tabla 4
Variables de investigación

Definición operacional de variables			
Evaluación comportamental según padres y maestros			
Variable	Definición	Medición	Indicador/categoría
Grado afección dimensión internalizante	Afecciones socio-afectivas respecto a los problemas de ajuste ambiental que se dan como parte de la estructura intrínseca del individuo, que incluyen los trastornos de ansiedad y la depresión, y se manifiestan en conductas de inhibición, inquietud, evitación, timidez, etc. (Achenbach y Rescorla, 2000)	Ordinal. Escala de internalización	Puntaje porcentual. Un mayor valor indica mayor nivel de compromiso en esta dimensión, que incluye reactividad emocional, ansiedad/ depresión, quejas somáticas y aislamiento social.
Reactividad emocional	Nivel de expresividad psicoafectiva de estados de ánimo positivos o negativos que cursan con concomitantes de activación psicofisiológica.	Ordinal. Subescala.	Puntaje porcentual.
Ansiedad/ Depresión	Grado en que se detectan signos y síntomas ansioso-depresivos, que sugieren trastornos de la esfera afectiva.	Ordinal Subescala.	Puntaje porcentual.

Etapas del proceso de validación de escalas

Para la validación de una escala, deben cumplirse los siguientes pasos:

1. Revisión sistemática de ítems y clasificación de equivalencia por parte del equipo de investigación, lo que dará lugar a la primera versión consensuada.
2. Se realizan grupos de discusión, entrevistas y panel de expertos para obtener una segunda o tercera versión consensuada.
3. Se realiza la re-traducción al idioma original, así como la revisión sistemática de la versión final del pre-test.
4. Se administra la prueba piloto para la comprobación de propiedades psicométricas (Serra-Sutton y Herdman, 2001).

Propósito

Aportar evidencia para adaptar al medio colombiano la Lista de verificación Achenbach y Edelbrock para la evaluación de problemas conductuales y emocionales internalizantes y externalizantes en el nivel pre- escolar de una población de estrato socioeconómico bajo.

Definición de variables

La definición conceptual y operacional de cada una de las variables de estudio se encuentran en la tabla 4

Definición operacional de variables			
Evaluación comportamental según padres y maestros			
Variable	Definición	Medición	Indicador/categoría
Quejas Somáticas	Grado en que se dan conductas asociadas con alteraciones orgánicas y psicósomáticas, sea que existan o no estas alteraciones.	Ordinal. Subescala	Puntaje porcentual.
Aislamiento	Grado de alejamiento de las actividades sociales en que se comparte la interacción con otras personas.	Ordinal. Subescala.	Puntaje porcentual.
Grado afectación dimensión externalizante	Alteraciones del control del comportamiento, como: agresión, impulsividad, negativismo desafiante, hiperactividad y problemas de conducta disocial. Éstas se expresan en trastornos de conducta, abuso de sustancias o la hiperactividad, y se entienden como elementos de expresión del individuo en su entorno. (Achenbach y Rescorla, 2000)	Ordinal. Escala de externalización	Puntaje porcentual. Un mayor valor indica mayor nivel de compromiso en esta dimensión, que incluye problemas de atención y conducta agresiva.
Problemas de atención	Nivel de dificultad en la concentración necesaria para el desarrollo de actividades, lo cual conlleva a una elevación de la emisión de conductas diferentes a la deseada en un momento específico.	Ordinal. Subescala.	Puntaje porcentual.
Conducta agresiva	Grado en que se da la expresión de conductas opositoras, lesivas o potencialmente lesivas	Ordinal. Subescala.	Puntaje porcentual.
Grado afectación problemas de sueño	Grado en que se dan alteraciones en los hábitos de la actividad cotidiana de dormir	Ordinal. Escala de Problemas de sueño	Puntaje porcentual.
Grado afectación otros problemas	Nivel de presentación de variantes comportamentales de los trastornos conductuales	Ordinal Escala otras conductas problema	Puntaje porcentual.

Método

Diseño

Este estudio siguió un diseño no analítico observacional (Hernández, Fernández y Baptista, 1998) psicométrico, dirigido adicionalmente a evaluar las características de un instrumento tipo papel y lápiz, utilizando los principios y técnicas de la investigación psicométrica en la evaluación de escalas.

Participantes

Se seleccionaron 100 niños y niñas cuya edad promedio fue de 4.9 ± 0.19 años, oscilando entre 4.0 y 5.5 años de

edad. Estos asistían con regularidad a un colegio de la localidad de Suba, en Bogotá, cuya característica socioeconómica corresponde al estrato bajo. Lo anterior lleva a que el marco muestral para el análisis de la prueba de Achenbach y Edelbrock se circunscriba a un rango de edad de 4.0 a 5,5 años, y no al rango propuesto por los autores. La composición muestral indicó que se dio una representación aproximadamente similar de niños (48%) y niñas (52%).

Instrumentos

Lista de verificación de conducta infantil de Achenbach y Edelbrock (1992): esta lista de comportamientos ofrece un perfil comportamental de capacidades y problemas individuales de los niños a partir de un reporte para padres

y otro para maestros, en lo que respecta al desarrollo de las actividades del niño en las relaciones sociales y funcionamiento escolar. Toma en cuenta dos dimensiones específicas, referidas a la conducta internalizante o externalizante, e informa de seis síndromes asociados (reactividad emocional, ansiedad–depresión, quejas somáticas, aisla-

miento, problemas de atención y conducta agresiva). La prueba está conformada por dos formatos independientes, aunque equivalentes, los cuales deben ser diligenciados por los padres o cuidadores y por los maestros. Tales formatos constan de 100 ítems que miden las escalas sindromáticas que se enuncian en la tabla 5.

Tabla 5

Estructura de la prueba del Cuestionario de Achenbach y Edelbrock

Escalas	Subescalas sindromáticas	Alfa	Ítems
Dimensión Internalizante	Reactividad emocional	0,73	21, 46, 51, 79, 82, 83, 92, 97, 99
	Ansiedad/ Depresión	0,66	10, 33, 37, 43, 47, 68, 87, 90
	Quejas somáticas	0,80	1, 7, 12, 19, 24, 39, 45, 52, 78, 86, 93
	Aislamiento	0,75	2, 4, 23, 62, 67, 70, 71, 98
	Dimensión Internalizante (total)	0,89	
Dimensión Externalizante	Problemas de atención	0,68	5, 6, 56, 59, 95
	Conducta agresiva	0,92	8, 15, 16, 18, 20, 27, 29, 35, 40, 42, 44, 53, 58, 66, 69, 81, 85, 88, 96
	Dimensión Externalizante (total)	0,92	
Problemas de sueño	Problemas de sueño	0,78	22, 38, 48, 64, 74, 84, 94
Otros problemas	Otros problemas	0,95	3, 9, 11, 13, 14, 17, 25, 26, 28, 30, 31, 32, 34, 36, 41, 49, 50, 54, 55, 57, 60, 61, 63, 65, 72, 73, 75, 76, 77, 80, 89, 91, 100
Secundarias (Orientadas al D.S.M.)	Alteraciones afectivas	0,69	13, 24, 38, 43, 49, 50, 71, 74, 89, 90
	Problemas de Ansiedad	0,63	10, 22, 28, 32, 37, 47, 48, 51, 87, 99
	Alteraciones severas del desarrollo	0,80	3, 4, 7, 21, 23, 25, 63, 67, 70, 76, 80, 92, 98
	Alteraciones de Hiperactividad y déficit de atención	0,78	5, 6, 8, 6, 36, 59
	Conducta opositorista Desafiante	0,86	15, 20, 44, 81, 85, 88

Procedimiento

Primera fase. Se hizo la traducción y adaptación lingüística de los formatos y de los ítems de la prueba de Achenbach y Edelbrock (1992) para padres y maestros. Se realizó la traducción y la re-traducción, tanto de ítems como de instrucciones, hasta que se obtuvo una versión consensuada, en la cual participaron tres expertos temáticos con conocimiento de las dos lenguas y en construcción de pruebas.

Segunda fase. Se contactó a las directivas académicas de un colegio distrital de la localidad de Suba con el fin de obtener la autorización para realizar una prueba piloto con una muestra intencional de 28 niños. Lo anterior para ajustar el léxico de los ítems y de las instrucciones desde la perspectiva de los usuarios potenciales. Se aplicó la prueba a padres y maestros de estos niños, previa firma de un consentimiento informado. Se estimó la consistencia interna de la prueba (0.9537) y se modificaron dos ítems

para la versión colombiana, previa autorización escrita de los autores de la prueba.

Tercera fase. Se contactó nuevamente a las directivas académicas del colegio distrital de la localidad de Suba con el fin de obtener la autorización para evaluar 100 niños y niñas preescolares de dos Jardines Infantiles con edades entre los 1½ y 5 años para el desarrollo de este estudio.

Una vez autorizada la aplicación se hizo la selección de los 100 niños para conformar una muestra, de manera que estuviesen entre los 1½ y 5 años para la fecha de evaluación. Luego se hizo una reunión con los padres y las maestras encargadas de los niños y niñas seleccionados para invitarles a participar, previa firma de un consentimiento informado.

Paralelamente, se entrenaron cinco auxiliares de investigación, estudiantes de pregrado, acerca de la aplicación de los instrumentos, por cuanto ellos fueron los encargados de la aplicación de los instrumentos a los docentes y los padres de familia de los niños y niñas participantes.

Cuarta fase. Se aplicó el instrumento de verificación de la conducta infantil de Achenback y Edelbrock (1992), versión colombiana, por cada niño o niña seleccionada en las instalaciones del colegio, tanto a docentes como a padres de familia.

Quinta Fase. Para el análisis estadístico se elaboró una base de datos en formato .sav para procesamiento, con el paquete estadístico S.P.S.S. ® versión 11.0 para Windows ® (Ferrán, 1996).

En primera instancia, se realizó un análisis descriptivo univariado según el nivel de medición de las variables. Adicionalmente, se analizó el comportamiento de las distribuciones de frecuencias de las sub-escalas y la escala general para verificar la normalidad, en términos de la función normal gaussiana, con base en las pruebas de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (Siegel y Castellan, 1995) y la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk, tomando un nivel $\leq 0,05$ como criterio de aceptación/rechazo de las hipótesis de nulidad correspondientes. Seguidamente, se procesó un análisis inferencial comparativo, el cual permitió poner a prueba las hipótesis de diferencias de promedios entre subgrupos. Para ello, se construyeron y graficaron los intervalos del 95% de confianza para los promedios. Luego, se procede a verificar el posible traslapamiento de sus límites y, en el caso de no darse, se interpreta como evidencia de diferencias significativas entre los promedios,

con dicho nivel de significancia (Daniel, 2002). Ante la situación de posible inaplicabilidad del modelo paramétrico por no cumplimiento de sus supuestos, a nivel no paramétrico se procesó la prueba U de Mann-Whitney y Wilcoxon.

Finalmente, a nivel psicométrico, se analizaron las características de confiabilidad (consistencia interna). Para tal fin, se estimó el coeficiente alfa de Cronbach para la escala global y para cada una de sus dimensiones.

Se obtuvo evidencia para la estructura conceptual de la prueba mediante el modelo de Análisis Factorial de componentes principales. Además, se procesó un análisis factorial de máxima verosimilitud con rotación de maximización de varianza, para verificar la saturación de la varianza con el número de factores teóricamente esperados. Finalmente, también se elaboraron tablas piloto de baremación, tanto para muestra mixta como desagregada, para los géneros masculino y femenino.

Resultados

Los resultados que se presentan a continuación se hacen con base en 100 niños y niñas preescolares de dos Jardines Infantiles con edades entre 4 y 5½ años.

Evaluación basada empíricamente: perspectiva de los padres

El perfil de alteraciones según los padres se puede apreciar en la figura 1. Se pudo notar que los promedios de las sub-escalas en su totalidad están por debajo del valor 50, que corresponde a la mitad del dominio conceptual respectivo, según el marco muestral dado por los ítems. En tal perfil también se incluyó el puntaje de la Media + 2 D.E., que corresponde a un puntaje T de 70, bajo una distribución normal y sugerido por los autores de la escala, como criterio para definir el punto de corte que identifica los valores sugestivos de alteración clínicamente relevante.

La zona enmarcada entre la media y la media + 2 D.E., se podría considerar como una zona gris, donde los puntajes por sí mismos no serían indicadores de alteración clínica, pero sugieren una elevación conductual con afección potencial que amerita observación, evaluación específica y/o seguimiento clínico. Además, la escala de Achenbach y Edelbrock contempla la agrupación de las sub-escalas en las alteraciones según su tipología internalizante o externalizante (Tabla 6).

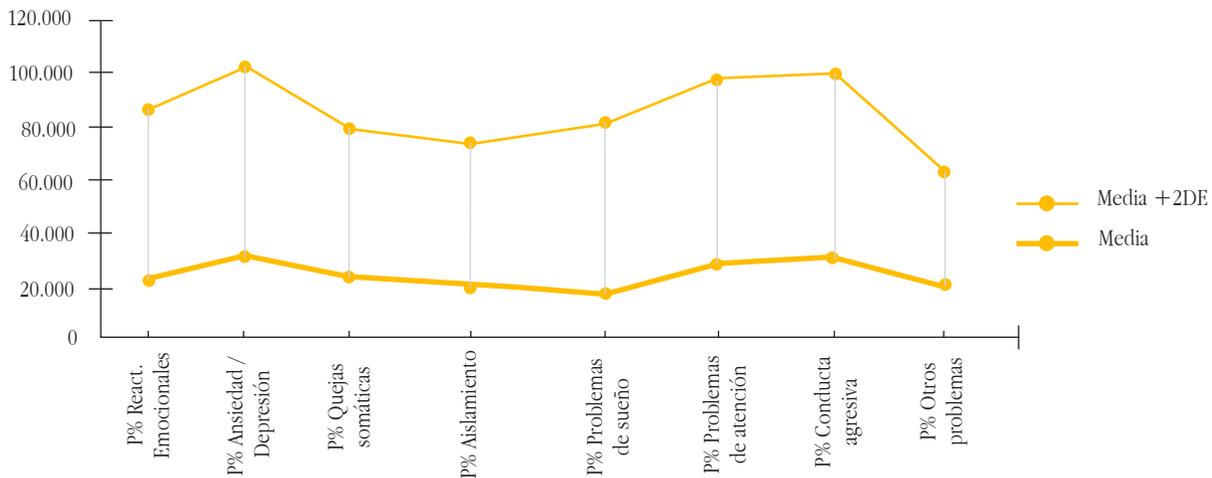


Figura 1. Perfil de alteraciones según los padres en la Lista de chequeo de Achenbach

Tabla 6

Estadígrafos de las dimensiones internalizantes y externalizantes

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la medida al 95%		Mínimo	Máximo
				Límite inferior	Límite superior		
P% Dim internalizate	100	26.208	12.3070	23.766	28.650	4.2	51.4
P%. Dim externalizante	100	31.646	16.9915	28.274	35.017	.0	79.2
P%. Otros problemas	100	23.000	11.2591	20.266	25.234	45	51.5
P%. Total problemas	100	25.985	11.9417	23.316	28.354	4.0	53.5

Finalmente, Achenbach y Edelbrock, con un interés clínico, también derivaron escalas de segundo orden que permitiesen analizar el comportamiento en función de síndromes ya reconocidos por las taxonomías psiquiátricas del D.S.M. y

el C.I.E.-10. Así, se encontró (Tabla 7) que el cuadro sindromático de mayor puntaje en la muestra de niños de este colegio distrital, fueron las Alteraciones del desorden de hiperactividad/atención, seguido por la escala de conducta oposicionista-desafiante. En tal perfil, también se incluyó

el puntaje de la Media + 2 D.E., que corresponde al punto de corte de un puntaje T de 70.

Tabla 7

Estadígrafos de las dimensiones clínicas de segundo orden

	N Válidos	Media	Mediana	Desv. Típ	Media +2D.E	Mínimo	Máximo	Percentiles
								95
P% ALT Afectivas	100	22.950	20.000	17.2049	56.67	.0	75.0	60.000
P%. Alt. Ansiedad	100	29.450	30.000	14.4930	57.86	.0	65.0	55.000
P%. ALT. SEV Desarrollo	100	22.115	19.231	13.4393	48.46	.0	53.8	53.462
P%. ALT. hiperact Atencion	100	45.250	41.667	23.1272	90.58	.0	100.0	83.333
P% CDTA. Oposic. Desaf	100	36.500	33.333	23.2037	81.98	.0	100.0	82.917

Evaluación basada empíricamente: valoración de los maestros vs. los padres

Por otra parte, en la investigación también se aplicó la forma de reporte de los maestros de los niños evaluados en el colegio distrital. Los profesores entrevistados fueron 4, con un tiempo promedio de 13.3 años de experiencia docente. En general, los puntajes son proporcionalmente bajos en atención al dominio de las sub-escalas. De hecho, los promedios se ubicaron por debajo de 12, sugiriendo una baja incidencia de las alteraciones comportamentales según la valoración docente. Incluso la línea referente a la cota de la media + 2 D.E. también se ubicó por debajo del punto 50.

Al hacer el análisis comparativo de los puntajes promedio de cada escala según la valoración de padres y maestros se encontraron los datos presentados en la tabla 8. Se pudo ver que había diferencias significativas entre los promedios de todas las sub-escalas y dimensiones entre la valoración

hecha por padres y maestros. Para la validación inferencial se aplicó la prueba de rangos pareados de Wilcoxon para cada sub-escala, arrojando una $p < 0.001$.

Análisis psicométrico

Con el objetivo de valorar las características psicométricas de la lista de chequeo de Achenbach y Edelbrock, se realizó un análisis de confiabilidad, el cual permite estudiar las propiedades de consistencia interna y replicabilidad de las escalas de medición y de los elementos que las constituyen. En la Tabla 9 se muestran los resultados en la consistencia interna según el alfa de Cronbach. Las sub-escalas de mayor consistencia interna (puntuaron arriba de la cota 0.70) en el formato para padres fueron la conducta agresiva, otros problemas y reactividad emocional, mientras que las demás sub-escalas puntuaron debajo de ésta.

Tabla 8

Subescala y dimensiones de Achenbach: Padres vs. Maestros

		N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95 %			
					Límite inferior	Límite superior	Mínimo	Máximo
P% React. emocional	Padres	100	25.778	17.6835	22.269	29.287	.0	72.2
	Maestros	100	2.571	6.30.10	1.321	3.822	.0	42.9
P%. Ansiedad / Depresión	Padres	100	33.250	18.5465	29.570	36.930	.0	81.3
	Maestros	100	6.063	8.9035	4.296	7.829	.0	50.0
P%. Quejas somáticas	Padres	100	23.909	12.9635	21.337	26.481	.0	50.0
	Maestros	100	1.500	4.6850	.570	2.430	.0	28.6
P%. Aislamiento	Padres	100	22.813	16.9338	19.452	26.173	.0	62.5
	Maestros	100	4.9000	9.9995	2.916	6.884	.0	70.0
P% Proble. Atención	Padres	100	31.000	18.2297	27.383	34.617	.0	70.0
	Maestros	100	11.611	14.0833	8.817	14.406	.0	72.2

		Intervalo de confianza para la media al 95 %						
		N	Media	Desviación típica	Límite inferior	Límite superior	Mínimo	Máximo
P% ACTA Agresiva	Padres	100	32.053	18.5945	28.363	35.742	.0	895
	Maestros	100	4.120	9.1135	2.312	5.928	.0	56.0
Otros Problemas	Padres	100	23.000	11.2591	20.766	25.234	4.5	51.5
	Maestros	100	4.588	5.3588	3.525	5.652	.0	30.9
P% Dim. Internalizante	Padres	100	26.208	12.3070	23.766	28.650	4.2	51.4
	Maestros	100	3.938	5.6815	2.810	5.065	.0	29.7
P% Dim. Externalizante	Padres	100	31.646	16.9915	28.274	35.017	.0	79.2
	Maestros	100	7.155	11.2950	4.914	9.396	.0	70.7
P% Total Problemas CDTLES	Padres	100	25.985	11.9417	32.616	28.354	4.0	53.5
	Maestros	100	4.895	6.3194	3.641	6.149	.0	40.5

Se hace notar que las dimensiones categoriales de internalización y externalización arrojaron niveles de consistencia interna de 0,84 y 0,88, respectivamente. En conjunto, la lista de chequeo de Achenbach y Edelbrock mostró un nivel de consistencia interna (confiabilidad) de 0,94. Al hacer el análisis de factores para la validación empírica de constructos, mediante la técnica de componentes principales con rotación varimax, se encontraron los resultados presentados en la tabla 10.

Tabla 9
Alfa de Cronbach de subescala de la prueba de Achenbach y Edelbrock

Subescala	Padres	Maestros
Reactividad emocional	0,7398	0,6333
Ansiedad/depresión	0,6379	0,6510
Quejas somáticas	0,5635	0,5252
Aislamiento social	0,6352	0,8198
Problemas de sueño	0,6220	

Subescala	Padres	Maestros
Problemas de atención	0,5364	0,8090
Conducta agresiva	0,8770	0,9283
Otros problemas	0,7922	0,7902
Dimensión internalizante	0,8375	0,8364
Dimensión externalizante	0,8831	0,9321
Escala General	0,9388	0,9486

Tabla 10
Saturación de la varianza en el análisis factorial de la prueba de Achenbach y Edelbrock

Formas padres			
Varianza total explicada			
Componente	Suma de las saturaciones al cuadro de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado
1	9.463	9.558	9.558
2	5.119	5.171	14.729
3	2.914	2.944	17.673
4	2.709	2.737	20.409
5	2.706	2.733	23.143
6	2.683	2.710	25.853
7	2.646	2.673	28.526
8	2.460	2.485	31.011
9	2.407	2.431	33.442
10	2.360	2.384	35.826
11	2.357	2.381	38.826
12	2.352	2.376	38.207
13	2.307	2.331	40.583
14	2.301	2.325	42.914
15	2.286	2.309	45.238
16	2.284	2.307	47.547
17	2.218	2.240	49.854
18	2.205	2.227	54.321
19	2.204	2.226	56.547
20	2.178	2.200	58.747
21	2.167	2.189	60.935
22	2.167	2.189	63.124
23	2.123	2.144	67.401
24	2.112	2.133	69.461
25	2.040	2.060	71.403
26	1.923	1.942	73.283
27	1.861	1.880	75.151
28	1.850	1.868	75.151
29	1.844	1.863	77.014
30	1.687	1.740	78.717
31	1.621	1.638	80.355

Método de extracción: Análisis de componentes principales

Formas maestros			
Varianza total explicada			
Componente	Suma de las saturaciones al cuadro de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado
1	12.309	13.236	13.236
2	8.308	8.927	22.162
3	4.457	4.792	26.955
4	4.231	4.549	31.504
5	4.088	4.396	35.900
6	4.045	4.350	40.294
7	3.836	4.125	44.374
8	3.792	4.077	48.451
9	3.274	3.520	51.971
10	3.195	3.436	55.407
11	3.053	3.282	58.689
12	2.904	3.122	61.811
13	2.566	2.759	64.571
14	2.554	2.746	67.317
15	2.512	2.701	70.018
16	2.249	2.418	72.436
17	1.975	2.123	74.559
18	1.884	2.026	76.585
19	1.859	1.999	78.584
20	1.857	1.997	80.581
21	1.635	1.758	82.338
22	1.580	1.698	84.037
23	1.493	1.605	85.642
24	1.472	1.583	87.225

Método de extracción: Análisis de componentes principales

Mientras la escala de padres convergió en 31 factores y llegó a saturar el 80.4% de la varianza general de la prueba, la forma Achenbach para maestros convergió en 24 factores, saturando o explicando el 87.2% de la varianza.

No obstante, cabe anotar que no se replicaron los factores propuestos por los autores de la escala, al identificar más componentes principales que los previstos.

Dado lo anterior, se procesó un análisis factorial confirmatorio mediante la técnica de máxima verosimilitud, buscando un resultado que confirmase los 8 factores en que teóricamente se fundamenta la prueba original (tabla 11). La varianza explicada llega a suturar sólo hasta el 37,1% de la varianza total. Finalmente, se procesó un análisis de concordancia diagnóstica entre la valoración

de padres y maestros, dándosele papel de patrón de oro (*Gold standard*) a la valoración de los padres y tomando las categorizaciones comentadas anteriormente, donde se diferenciaba entre valoración normal y valoración clínica (a ésta se le adicionaron los casos sugestivos de seguimiento por puntuación elevada (media + 2D.E.) en los valores del puntaje T ($T \geq 70$)).

Tabla 11
Saturación de la varianza en el Análisis factorial de máxima verosimilitud

Varianza total explicada						
Factor	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones alcuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulación	Total	% de la varianza	% acumulación
1	16.214	16.378	16.378	15.631	15.789	15.789
2	5.881	5.940	22.318	5.260	5.313	21.102
3	3.877	3.917	26.235	2.794	3.195	24.297
4	3.413	3.448	29.683	2.664	2.822	27.119
5	3.339	3.373	33.291	2.587	2.691	29.810
6	3.203	3.236	39.339	2.452	2.613	32.423
7	3.017	3.048	39.339	2.452	2.477	34.900
8	2.777	2.805	42.144	2.225	2.248	37.148

Método de extracción: Máxima verosimilitud

Con base en ello, se calcularon los valores del coeficiente de correlación de Pearson, Kappa ponderado y el análisis de productos cruzados con el Odds ratio que se presentan en la tabla 12. Las sub-escalas que mostraron mayor nivel de correlación fueron los problemas de atención y conducta agresiva, además de las dimensiones externalizante e internalizante, y la escala general que mostró, en su conjunto, una correlación significativa directa. Esto indica que en estas sub-escalas hay mayor grado de coincidencia entre las evaluaciones que de manera independiente hicieron

los padres y los maestros. Con respecto a los valores categóricos, las sub-escalas que mostraron una mayor concordancia diagnóstica fueron: problemas de atención, conducta agresiva y ansiedad/depresión, además de la dimensión externalizante. No obstante, la escala general no mostró en su conjunto una concordancia diagnóstica significativa. Es llamativo que los valores del coeficiente Kappa fueron relativamente bajos, incluso en los que lograron la significancia. Sólo se alcanzó el 0,48 en la sub-escala de problemas de atención, donde se da la mayor concordancia.

Tabla 12
Correlación y concordancia diagnóstica de la prueba de Achenbach y Edelbrock

Subescala	r	p	Kappa	Odds ratio	Significancia
Reactividad emocional	0,11	0,254	0,051	1,57	0,593
Ansiedad/depresión	0,22	0,025*	0,207	4,05	0,035 *

Subescala	r	p	Kappa	Odds ratio	Significancia
Quejas somáticas	-0,07	0,472	0,077	1,76	0,432
Aislamiento social	0,24	0,017*	0,123	2,24	0,214
Problemas de atención	0,49	<0,01**	0,482	14,20	<0,001 **
Conducta agresiva	0,29	0,004**	0,268	6,48	0,006 **
Otros problemas	0,18	0,077	0,087	1,98	0,350
Dimensión internalizante	0,234	0,019*	0,138	2,33	0,161
Dimensión externalizante	0,376	<0,01**	0,263	5,79	0,008 **
Escala General	0,305	0,002**	0,172	3,17	0,081

*p<0.05; **p<0.01

Test		Si	No	Total	Nivel de confianza
		+	4	12	
	-	8	76	84	975%
	Total	12	88	100	99%
					995%

Resultados			
	%	Lim. inferior	Lim. superior
Sencibilidad	33.333	6.661	60.006
Especificidad	86.364	79.193	93.534
Prevalencia verdadera	12.000	5.631	18.369
Prevalencia aparente	16.000	8.815	23.185
Valor predictivo +	25.000	3.782	46.282
Valor predictivo -	90.476	84.199	96.754
	Valor	Lim. inferior	Lim. superior
J de Youden	0.1970	0.0792	0.4732

Figura 2. Análisis ROC Puntaje Maestros vs. Padres

Tales relaciones diagnósticas, con $p < 0.05$, muestran que en la valoración de los problemas de atención, se observó que el 71% de los niños con alteraciones según los maestros, también fueron clasificados del mismo modo por los

padres, y en el grupo de los afectados, este porcentaje fue de 86%, mostrándose así la concordancia diagnóstica.

Por su parte, en lo concerniente a la conducta agresiva, el 44% de los niños así percibidos por los maestros, igualmente lo fueron por parte de los padres. En lo que respecta al grupo de los no agresivos, la concordancia llegó al 91%.

Adicionalmente, al realizar los análisis ROC de la escala general de la valoración de los maestros vs. la valoración categórica según los padres, se obtuvo la información de la Figura 2. Y, con los puntajes generales, se elaboró la curva ROC de la Figura 3. Como se puede ver, la sensibilidad de la calificación de los maestros sólo fue del 33%, mientras que la especificidad alcanzó el 86,4%. Esto indicaría que la prueba de los maestros tiene una mayor utilidad diagnóstica para identificar a los niños no afectados que a los afectados.

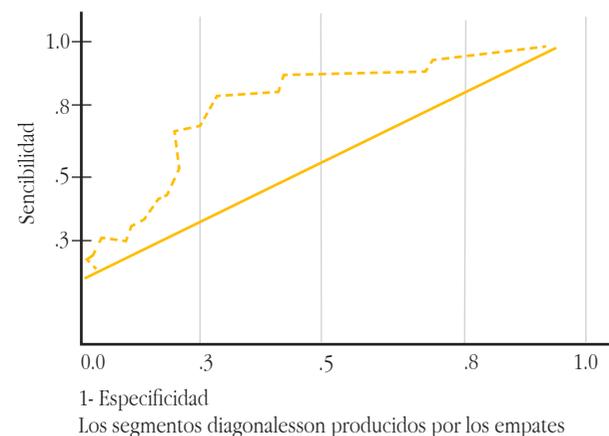


Figura 3. Curva R.O.C Escala general Maestros vs. Padres

Discusión

Esta investigación pretendió estudiar las características de validez y confiabilidad de la Lista de verificación de la conducta infantil de Achenbach y Edelbrock en la evaluación de los problemas conductuales y emocionales según las dimensiones internalizantes y externalizantes. Lo anterior se observó en pre-escolares de estrato socioeconómico bajo de un colegio distrital de Suba de Bogotá, con el ánimo de aportar una herramienta que permita describir los problemas conductuales y emocionales según las dimensiones internalizantes y externalizantes del comportamiento. Así, se podrían llegar a identificar síndromes psicopatológicos asociados, aunque se hace notar que en este estudio no se consideró toda la amplitud del rango etéreo propuesto por los autores, el cual era de 1.0½-5.0 años (Achenbach y Rescorla, 2000). No obstante, se tomó la amplitud dada por la condición de escolaridad dentro de la cobertura de la prueba, que para el efecto incluía sólo a los niveles de jardín y pre-jardín. Por tal motivo, el marco muestral de los análisis conceptuales y la generalización que permitan los análisis empíricos queda acotada a un rango etéreo de 4.0 a 5.5 años, que fue el nivel incluido en la muestra final.

Es conocido que la conceptualización y variedad de definiciones de la conducta socialmente no aceptada ha llevado a multiplicidad de acepciones de la conducta antisocial, y en ellas se hacen evidentes tanto la variedad de posturas teóricas, como las implicaciones y restricciones prácticas que ello conlleva (Pedreira, 2005). Así, es evidente la carencia de herramientas evaluativas que lleven a unificar criterios conceptuales. Según Loeber (1990), al analizar la literatura especializada convergen dimensiones diferentes como conducta disruptiva, trastorno o alteración de la conducta, agresión, conducta delictiva y conducta externalizada, como términos utilizados para referirse al mismo fenómeno psicopatológico.

En oposición a los sistemas clasificatorios que organizan las alteraciones conductuales en categorías diagnósticas como el D.S.M. o la C.I.E., las taxonomías empíricas derivadas estadísticamente se basan en las correlaciones o la covariación de signos, síntomas o conductas en personas afectadas por una condición clínica similar. Así, la utilización de técnicas estadísticas multivariadas en la investigación se convierte en herramienta de fortalecimiento de la estructura conceptual. La variabilidad abordable estadísticamente se acomoda al referido supuesto de continuidad de las

experiencias y de los comportamientos normales y anormales, lo que permite ubicar cada caso concreto dentro de un conjunto de dimensiones multivariadas (Lemos, 2003).

Mientras el D.S.M. o la C.I.E. proponen centenares de categorías diagnósticas, las taxonomías basadas empíricamente permiten organizar los trastornos atendiendo a una estructura jerárquica más dimensional, que como modelo heurístico jerárquico permite la descripción y la explicación etiológica en la interacción de dimensiones como los aspectos internalizante y externalizantes del comportamiento (Lemos, 2003). Por ende, algunos trastornos del comportamiento (como la dependencia de sustancias, la conducta antisocial y la conducta desinhibida) compartirían mecanismos biológicos o genéticos de vulnerabilidad comunes de la dimensión externalizante y dan lugar a una deficiente auto-regulación de la conducta. Por otra parte, los diferentes ambientes a los que están expuestas las personas que manifiestan esta vulnerabilidad permitirían explicar su expresión diferencial en patrones de conducta o síndromes específicos. Lo mismo ocurriría con los síndromes internalizantes específicos de depresión o de ansiedad, que serían expresiones de las influencias ambientales sobre la dimensión amplia, genética o biológicamente determinada. Así, el Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach y Edelbrock, 1992) y el Teacher's Report Form (TRF) (Achenbach y Edelbrock, 1992), están fundamentados en el modelo psicopatológico de Achenbach como enfoque empírico taxonómico multiaxial que conforma opciones nominales extraídas de análisis multivariados de la conducta infantil en múltiples ejes conceptuales. En el medio colombiano, no se cuenta con tales opciones, e incluso se sigue con fuerte preferencias el D.S.M., particularmente en el ambiente psiquiátrico. En efecto, contar con los instrumentos de evaluación derivados del modelo jerárquico basado empíricamente permitiría identificar síndromes empíricos relevantes para el entendimiento de la problemática. Su apropiación por parte de los clínicos permitiría aumentar la eficacia diagnóstica y; por ende, de las terapias que se apliquen para su tratamiento.

Cabe anotar que la lista de Achenbach y Edelbrock, como método para evaluar las alteraciones comportamentales, se destaca por su fácil aplicación, además de que hace posible evaluar comparativamente entre dimensiones de diferente tenor clínico. Ahora bien, para que la puntuación del test sea considerada como de moderado o alto grado de afectación, es necesario que se considere tanto el dominio de la escala como las pautas normativas de una población de

referencia; hoy se sabe que no es la simple existencia de un solo puntaje lo que puede determinar una patología, sino la concurrencia de varios hallazgos en distintas sub-escalas.

Además, la sencillez, confiabilidad, validez, poder discriminante y aplicación transcultural y trans-racial, así como la utilidad que ha demostrado como herramienta de investigación, han sido la base de la popularidad del CBCL de Achenbach y Edelbrock en el contexto profesional.

En este estudio, la consistencia interna, como modelo de confiabilidad, fue probada mediante el Alfa de Cronbach, que aportó resultados generales de 0,93, que corresponde a una confiabilidad alta. Además, las sub-escalas, en su mayoría, superaron el nivel de 0,70, lo que sería considerado como una confiabilidad buena. Aunque algunas sub-escalas puntuaron debajo de esta cota, los niveles se podrían considerar como moderados, pero razonables, al tratarse de aspectos psicosociales. No obstante, estos niveles de consistencia interna fueron superiores a los hallados en estudios como el de San Román y otros (2002), donde el Alfa de Cronbach arrojó un valor global de 0.80. Acorde con la literatura (San Román y otros, 2002) se consideran niveles de 0 a 0,2 como pésimos; del 0,2 al 0,4, como malos; del 0,4 al 0,6, como discretos; del 0,6 al 0,8, como buenos; y del 0,8 al 1,0, como muy buenos. En este orden de ideas, ninguna de las sub-escalas cayó en el nivel más bajo; sólo en la sub-escala de quejas somáticas, dicho nivel llegó a ser de 0,52. El haber obtenido niveles más bajos en la sub-escalas somática y ansiedad/depresión, podría deberse a que es un cuestionario contestado por los padres, lo que puede afectar la puntuación de estas dimensiones de conductas internalizadas (subescala somática, emocional y cognitiva), pues ésta depende del estado psicológico y afectivo de los padres y/o de su capacidad perceptiva; además, es posible que, en una casuística mayor, el nivel de consistencia interna del CBCL hubiera aumentado en estas sub-escalas.

Ahora bien, el modelo de Achenbach permite que la inclusión o exclusión de los ítems en cada sub-escala sea realizada según criterio conceptual del investigador, siempre que exista la debida operacionalización. En este caso, la selección de los ítems para la medición de las distintas sub-escalas se hizo acorde a lo manifestado por los autores. Por esta razón, no se ve si la inclusión de algunos ítems en las mismas o la exclusión de algunos de los que se incluyeron, pudieran suponer variaciones en los niveles del Alfa de Cronbach. No obstante, al agrupar los ítems en internalización y externalización, el Alfa de Cronbach que se obtuvo es "muy bueno" (0,83) para internalización y

para externalización (0,88). Por tanto, los valores obtenidos para el Alfa de Cronbach del instrumento sugieren que los resultados descritos para la aplicación del CBCL pueden ser utilizables, si bien con la prudencia acorde a cada caso del análisis, según los valores de la escala.

Psicométricamente, interesaba conocer la correlación y las diferencias en la valoración de padres y maestros, que actúan como dos puntos de referencia al estudiar la conducta infantil. De hecho, son los dos ambientes predominantes en la vida del niño/a. Se encontraron diferencias marcadas entre los puntajes de todas las sub-escalas y dimensiones, por lo cual se podría afirmar que las alteraciones conductuales reportadas por los padres son significativamente superiores a las reportadas por los maestros. Esto se puede deber a que los maestros no tienen una muestra completa del comportamiento infantil, lo que los lleva a subestimar las alteraciones observadas. Además, fenómenos como el contraste conductual pueden llevar a que, en realidad, existan diferencias en la expresión comportamental en los ambientes del hogar y de la escuela. Así mismo, es posible que el manejo de la disciplina en los dos contextos sea diferente. Mientras el padre sólo tiene como referente el comportamiento de su hijo o de sus otros hijos, el maestro puede apreciar una mayor gama de variabilidad, pues tiene que manejar múltiples niños con diversidad de manifestaciones y formas de comportarse.

Finalmente, desde el aspecto de los aportes psicométricos, la aplicación de los instrumentos de evaluación derivados del modelo de referentes empíricos de Achenbach, indica la existencia de alteraciones sindromáticas relevantes ante un panorama de escaso uso en el diagnóstico psicopatológico en la infancia y la adolescencia. De hecho, se consideraría que estos modelos diagnósticos permitirían reformular la panorámica de la psicopatología infantil, pues reducirían el uso de nosologías categoriales rotulantes, y ocasionalmente peyorativas, y eliminarían predisposiciones subjetivas. Así, no sólo se reconocen las variadas facetas del funcionamiento de los niños/as, sino que se acepta que se debe recurrir a procedimientos múltiples de valoración que no necesariamente converjan en categorías diagnósticas limitadas.

Se resalta que los análisis de factores no correspondieron con las dimensiones propuestas por los autores, comprometiéndose así la validez de constructo. De hecho, el análisis factorial por componentes principales con rotación varimax saturó en una cantidad de factores mayores a los planteados por los autores. Además, el modelo factorial confirmatorio de los 8 factores por la técnica de máxima verosimilitud, mostró

que la varianza explicada llega a suturar sólo el 37,1% de la varianza total que, para el efecto, se podría considerar como una proporción baja. Esto lleva a concluir que mediante esta muestra no se reproduce la estructura factorial reportada por Achenbach y Rescorla (2000).

Esto se puede deber a que el proceso de captura de la muestra no corresponde con una muestra normativa aleatoriamente seleccionada, o también que al reproducir los factores clínicos en esta población, no se da el mismo cuadro psicopatológico que han descritos los autores. En estudios futuros, se debe proceder con planes de muestreo que garanticen las características normativas, tanto en el estrato estudiado como en otros.

A nivel disciplinar, en psicopatología infantil, se sabe que existe un serio sub-registro, entre otras variadas razones, porque muchos de los niños no son llevados a las instituciones de servicios al considerar que tales comportamientos forman parte de su “personalidad”, o porque la intensidad inicial no llega a causar lesiones serias. La percepción adecuada de su magnitud y trascendencia se dificulta; además, por razones de tipo sociocultural y/o por distorsiones derivadas de la estructura y del funcionamiento de los servicios de salud, e incluso, los centros formativos, de educación tradicional o especial, no se perciben a sí mismos como agentes con responsabilidad de hacer vigilancia epidemiológica para la detección temprana de individuos potencialmente violentos y sólo lo hacen cuando la problemática ya es severa según las alteraciones en la estructura conductual.

En el sector educativo, en particular en la educación oficial, son muy pocas las experiencias de sistemas de registro y seguimiento de casos de niños agresivos. Parecería que prima la actitud de descarga de la problemática en otros segmentos como el familiar, bajo el supuesto de que es en este ambiente donde se originan las actitudes agresivas, que a la postre son semilla de las conductas violentas. Para el futuro, se recomienda que se desarrollen estudios de mayor cobertura poblacional. Esto hará posible la generación de tablas finales de baremación con base en muestras normativas y soportadas en un muestreo aleatorio, que permita la identificación de errores de muestreo y de expansores poblacionales. Así, se podría llegar a la identificación de un cuadro poblacional de morbilidad psicopatológica, el cual resultaría de gran utilidad en los programas de promoción de la conducta ajustada y la prevención de alteración conductual.

Ahora bien, se presentan varias limitaciones en el presente estudio. Se consideró un marco muestral poco

amplio que permitiese la generalización a poblaciones específicas y, más bien, se limita a este grupo de estrato bajo. No es conocido cómo estas muestras lleguen a diferir de la comunidad global en el contexto cultural y; por ende, las comparaciones demográficas son difíciles. También hay limitaciones en el uso de procedimientos de diagnóstico al darse la situación de un solo maestro evaluador vs. muchos niños evaluados, hecho que pudo afectar la validez de las respuestas y conllevar a la baja correlación entre el formato de padres y el de cuidadores

Por último, este estudio tiene varias implicaciones, tanto para la investigación como para la posible intervención clínica. Así, dado que también se han diseñado versiones del instrumento estudiado para poblaciones de edades superiores, éstas se podrían utilizar en estudios longitudinales con las ventajas epidemiológicas que ello conlleva; se podrían examinar o monitorear la estabilidad y los modelos de cambio que ocurren entre los individuos y se detectan desde los años preescolares. Clínicamente, las prevalencias identificadas de problemas conductuales y posibles afecciones psiquiátricas en los niños preescolares de nivel socioeconómico bajo, constituyen un llamado a las directivas educativas que, junto con los docentes, tendrían la responsabilidad ético-social de hacer una detección temprana y; por ende, intervención y seguimiento que prevengan escenarios de mayor afección y severidad. Así, actuarían como agentes sociales importantes para la prevención temprana de las alteraciones de la salud mental y la promoción de la salud bajo un trabajo colaborativo con los profesionales de la salud.

Referencias

- Achenbach, T. y Edelbrock, C. (1992). *Child Behavior Checklist*. Burlington VT: University Associates in Psychiatric.
- Achenbach, T. y Rescorla, L. (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms & profiles: An integrated system of multi-informant assessment*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for children, youth and families.
- Aiken, L. (2000). *Test psicológicos y evaluación*. México: Prentice Hall Hispanoamericana.
- Araya, G. y Salazar, W. (2005). Violencia en el fútbol: tres estudios sobre la conducta agresiva en situación de competencia y sus implicaciones sociales. *Efdeportes Revista Digital*. 10 (80), 1-10. Recuperado de <http://www.efdeportes.com/sociales/index.htm>

- Broidy, L., Nagin, D., Tremblay, R., Bates, J., Brane, B., Dodge, K., ... Moffit, T. (2003). Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: A cross – national study. *Developmental Psychology*, 39 (2), 222 – 245.
- Cohen, M. A. (2005). *The costs of crime and justice*. New York: Routledge.
- Congreso de la República. (2006). *Ley 1098 Código de infancia y adolescencia*. Bogotá: Congreso de la República.
- Conduct problems Prevention Research Group (CPPRG). (2011). The effects of the Fast Track preventive Intervention on the development of conduct disorder across childhood. *Child Development*, 82, 331 – 345.
- Daniel, W. (2002). *Bioestadística: Bases para el análisis de las ciencias de la salud*. México: Limusa Wiley.
- Dodge, K. y Coie, J. (1998). Social-cognitive and behavioral correlates of aggression and victimization in boys play groups. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26 (6), 431–460.
- Dodge, K., Coie, J. y Lynan, D. (2006). Aggression and antisocial behavior in youth. En W. Damon. y N. Eisenbers. (Eds). *Handbook of child psychology*. (pp. 719 – 788). New York: Wiley.
- El Tiempo. (2013). *Editorial: Frente a los menores infractores*. Recuperado de http://www.eltiempo.com/opinion/editoriales/ARTICULOWEBNEW_NOTA_INTERIOR-12613014.html
- Farrington, D. y Loeber, R. (2000). Epidemiology of juvenile violence. *Child and Adolescents Psychiatric Clinics of North America*, 9 (4), 733–748
- Ferrán, M. (1996). *SPSS para Windows: Programación y análisis estadístico*. Madrid: McGraw-Hill.
- Hawkins, D., Herrenkohl, T., Farrington, D., Catalano, R. y Harachi, T. (1998). A review of predictors of youth violence. *In serious and violent juvenile offenders*. London: Sage Publication.
- Hay, D., Powly, S., Angold, A., Harold, G. y Shorp, D. (2003). Pathways to violence in the children of mothers who were depressed postpartum. *Developmental Psychology*, 39 (6), 1083–1094.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, L. (1998). *Metodología de la investigación científica*. Segunda edición. México: Mc Graw Hill.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: Mc Graw Hill.
- Klevens, J., Restrepo, O., Roca, J. y Martínez, A. (2000). Comparison of offenders with early and late starting antisocial behavior in Colombia. *International Journal of Offender therapy and Comparative Criminology*, 44 (2), 194–203.
- Hubbord, J., Dodge, K., Gillisen, A., Coie, J. y Schwartz, D. (2001). The dyadic nature of social information processing in boy's reactive and proactive aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80 (2), 268 – 280.
- Lavigne, J. (1993). Behavioral and Emotional Problems Among Preschool Children in Pediatric Primary Care: Prevalence and Pediatricians' Recognition. *Pediatrics*, 91 (3), 649-655.
- Lavigne, J. (1996) Prevalence Rates and Correlates of Psychiatric Disorders among Preschool Children. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 35 (2), 204-214.
- Lemos, S. y otros (2002). Estructura factorial del Youth Self-Report (YSR). *Psicobema*, 14 (4), 816-822.
- Lemos, S. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del psicólogo*, 35. Recuperado de <http://www.cop.es/publicaciones/papeles/visualizar.asp?id=1075>
- Loeber, R. (1990). Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Clinical Psychology Review*, 10 (1), 11– 41.
- Loeber, R. y Farrington, D. (1998). *Serious and violent juvenile offenders*. London: Sage Publication.
- Loeber, R. y Farrington, D. (2000). Young children who commit crime: Epidemiology, developmental, origins, risk factors, early interventions, and policy implications, *Development and Psychopathology*, 737 – 762
- Loeber, R., y Hay, D. (1997). Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. *Annual Review Psychology*, 48, 371 – 410.
- López, C. (1995). Problemas psicopatológicos en una muestra clínica de niños-niñas: Taxonomías empíricas. *Anales de psicología*, 11 (2), 129-141.
- Ministerio de Salud República de Colombia (1993). *Resolución 3430 de 1993*. Colombia: Ministerio de Salud Colombia.
- Pardo, C. (2000). *Psicometría. Serie Nuevo examen del estado para el ingreso a la educación superior Cambios para el siglo XXI*. Recuperado de: <http://www.icfes.gov.co/psicometria.pdf>
- Pardo, C. (2000a). *Transformaciones en las pruebas para obtener resultados diferentes. Serie Nuevo examen del estado para el ingreso a la educación superior Cambios para el siglo XXI*. Recuperado de: http://www.icfes.gov.co/arc_351.pdf

- Pedreira, J. (2005). *La evaluación de los trastornos mentales en la infancia en atención primaria*. Recuperado de: WWW.Scip-1/Congreso_AEP_2000/Programa_científico.htm
- San Román, P. (2002). Impacto del riesgo psicosocial en los bebés: un estudio longitudinal. *Interpsiquis*, 28 (2), 1-15.
- Serra-Sutton, V. y Herdman, M. (2001). *Metodología de adaptación transcultural de instrumentos de medida de la calidad de vida relacionada con la salud*. Recuperado de: <http://www.aatrm.net/html/es/dir384/doc8075.html>
- Siegel, S. y Castellan, N. (1995). *Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta*. México: Trillas.
- Solholm, R., Kjobli, J. y Christiansen, T. (2013). Early initiatives for children at risk-development of a program for the prevention and treatment of behavior problems in primary services. *Prevention Science*, 14, 535 – 534.
- Thorndike, R. y Hagen, E. (1991). *Medición y evaluación en psicología y educación*. México: Trillas