

## **El Child Behavior Checklist: su estandarización en población urbana argentina**

*The Child Behavior Checklist (CBCL):  
Its standardization in the Argentine urban population*

Virginia Corina Samaniego  
Pontificia Universidad Católica Argentina

### **Resumen**

Efectuar investigaciones válidas requiere contar con instrumentos culturalmente adecuados. Este estudio tuvo como objetivo evaluar el Child Behavior Checklist (CBCL) de Thomas Achenbach (1991), versión para padres, para población urbana argentina de niños entre 6-11 años evaluando su validez y confiabilidad. El CBCL discrimina adecuadamente entre niños pertenecientes a población normal y niños derivados a servicios de salud mental. El valor promedio de la muestra argentina de población normal es de 34.5 y el de población clínica 58.2, valores más altos que en otros países. Respecto de la confiabilidad, los valores test-retest y estabilidad a largo plazo son elevados así como los de consistencia interna. El CBCL resulta ser un instrumento valioso para la investigación epidemiológica y la práctica clínica.

### **Abstract**

Culturally adequate instruments are necessary to carry out a valid research. The target of this study was to validate Thomas Achenbach's Child Behavior Checklist (CBCL) (1991), in its version for parents, meant for Argentine urban children population between 6 to 11 years of age, by the evaluation of its validity and reliability. The CBCL adequately differentiates between children belonging to a normal population and those coming from mental health centers. The mean value for normal population in the Argentine sample is of 34.5 and for clinical population of 58.2, higher values than for other countries. With regard to reliability, test-retest and long-term stability values are high, as well as those for internal consistency. The CBCL becomes a valuable instrument in epidemiologic research and clinical practice.

*Palabras clave:* Validación, confiabilidad, estandarización, CBCL, Integración escolar, Problemas de comportamiento, Programas De evaluación en Salud Mental

*Key words:* Test valisity, Test reliability, Standandardization, Child Behavior Checklist, school integrations, behavior problems, Mental Health Program Evaluation

### *Introducción*

Las prácticas tanto clínicas como de investigación requieren de instrumentos que permitan evaluar la presencia de síntomas conductuales, emocionales y sociales en los distintos momentos del ciclo vital. Como señalan Reynolds y Sattler (2003) tales medidas son útiles por variadas razones entre las que se encuentran el ayudar a identificar fortalezas y deficiencias de la persona evaluada, el proporcionar una base objetiva para valorar los cambios o los resultados de programas de intervención así como el hecho de permitir comparar la información proveniente de diferentes informantes. Respecto en particular a estudios epidemiológicos, trabajar con instrumentos validados resulta ser un requisito indispensable (Gordis, 2005).

En la Argentina existe una carencia casi absoluta de estudios de prevalencia, incidencia o comorbilidad respecto a trastornos psíquicos en la infancia que permitan orientar las acciones en salud. Para poder encarar ese tipo de estudios era necesario efectuar la validación de un instrumento adecuado.

Al revisar la literatura se observa que hasta el momento se han identificado tres modelos de clasificación en Psicopatología Infantil: el categórico, el ideográfico y el dimensional (Volkmar, 1991). En la discusión sobre la correspondencia entre los síndromes estadísticamente derivados correspondientes al modelo dimensional y los modelos categóricos, Quay (1986) comparó las principales características conductuales de las dimensiones con los criterios diagnósticos de los sistemas clínicamente derivados. Achenbach (1980) y Edelbrock y Costello (1988) han provisto nuevas pruebas de convergencia. Por esto Quay (1986) concluyó que mientras resulta fácil pensar por categorías y podemos crear arbitrariamente categorías a partir de dimensiones, parece muy verosímil que la perspectiva cuantitativa de la psicopatología infantil es la correcta.

Del enfoque *categorico* derivan las entrevistas estructuradas y semi-estructuradas mientras que las escalas y listas de confrontación de comportamientos provienen del enfoque *dimensional*. Si bien las primeras pueden suministrar una aproximación más sistemática y objetiva a la evaluación de la psicopatología infantil, su aplicación a la investigación epidemiológica es restringida debido a su extensión y a la necesidad de entrenamiento clínico y específico. Por el contrario las escalas y listas de confrontación eluden estas limitaciones aumentando el poder analítico y la confiabilidad, permiten recoger información de personas que conviven con el niño y que son significativas en su entorno. El *Child Behavior Checklist (CBCL)*, desarrollado por Achenbach y Edelbrock (1983), resulta ser uno de los instrumentos más estandarizado y empleado transculturalmente (Pedreira, Sanchez, Sardinero, Martín & Martín, 1993; Medina et al., 2007); es el que permite valorar una amplia gama psicopatológica y tomar en cuenta los aspectos evolutivos como sexo y edad y además posibilita tanto aplicaciones clínicas como de investigación. El CBCL es muy apropiado para el uso en investigaciones epidemiológicas ya que resulta factible estudiar grandes poblaciones de manera simple, confiable y eficiente. Así el objetivo del presente estudio ha sido evaluar la validez y confiabilidad del Child Behavior Checklist en su versión para padres (CBCL-P) para población urbana de niños entre 6-11 años de edad en la Argentina. Esto tuvo como interés último obtener un instrumento estandarizado para su utilización en estudios epidemiológicos y brindar información preliminar para su futuro uso en la práctica clínica.

## *Método*

### *Instrumento*

El CBCL es un instrumento estandarizado para registrar los problemas comportamentales y competencias sociales de niños entre 4 y 18 años. El inventario diseñado para padres incluye 20 ítems referidos a competencias sociales, relativos al desempeño escolar, relaciones sociales y participación en actividades, y 118 ítems de problemas comportamentales, que pueden ser categorizados de la siguiente forma: 0= no es cierto, 1= es cierto algunas veces o de cierta manera, 2= muy cierto o a menudo cierto. El puntaje total se

obtiene a partir de la suma de los parciales. Al existir numerosas versiones en idioma castellano se optó por trabajar en base a la versión genérica proveniente del autor del instrumento en la Universidad de Vermont. Se efectuaron cambios en giros idiomáticos y en distintas expresiones para hacerlo afín a la cultura argentina, manteniendo siempre el sentido original de los ítems.

En este estudio se adaptó sólo la parte que corresponde a problemas comportamentales. La sección de competencias sociales fue inicialmente incluida para su validación. Luego de un testeo del instrumento completo en una fase piloto, se llegó a la conclusión que los ítems correspondientes no eran adecuados culturalmente para evaluar competencias sociales en la población argentina, al responder a pautas culturales de la sociedad estadounidense.

El criterio externo utilizado a fin de establecer la validez del instrumento resultó de medir su poder discriminante a través de la comparación de los puntajes obtenidos por sujetos de población general y sujetos derivados a servicios de salud mental, tomando como base los estudios de Achenbach & Edelbrock (1983); Zilber, Auerbach y Lerner (1994) y Montenegro, Bralic, Edwards, Izquierdo y Maltes (1983).

### *Participantes y procedimientos de la muestra normal*

El Universo de este estudio estuvo constituido por los niños de 6-11 años de edad residentes en la Ciudad de Buenos Aires. Para ser incluidos en la muestra de sujetos normales, los niños no debían haber recibido atención en salud mental durante el último año previo a la entrevista. El tamaño de la muestra se fijó en 240 casos, tomando como base a la población infantil de 6-11 años de edad residente en la Capital Federal que es de 225.377 niños (114.218 varones, 111.159 mujeres; fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda, INDEC, 1991 ) y a las necesidades de contar para los análisis estadísticos previstos con un mínimo de 20 casos por edad y sexo. En función de ello se procedió a estimar el número necesario de conglomerados, habiendo entrado en la ecuación los valores del efecto de diseño, número de casos por conglomerado(b) y el coeficiente de correlación intraclase (Roh), y se tomó un alfa de 20%.

Se empleó un muestreo aleatorio de áreas con selección sistemática y arranque aleatorio. Se consideraron los radios censales utilizados en el relevamiento del Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991 (INDEC). Los radios

fueron ordenados según su nivel medio de hacinamiento<sup>2</sup>. Se seleccionaron 40 radios. En los radios elegidos, utilizando cartografía censal, se determinó la manzana de inicio mediante la selección aleatoria de coordenadas. En la Capital Federal cada radio censal tiene un promedio de 300 hogares.

Se establecieron ciertos criterios para la selección del hogar, en cuanto al recorrido a realizar en los distintos puntos muestra. Asimismo se produjeron dos tablas de números aleatorios para la selección probabilística por un lado de las familias, en el caso de hogares multifamiliares, y por otro para la selección de los niños en caso de la existencia en el hogar de más de un niño dentro de la franja etárea de 6 a 11 años.

En la recolección de datos de la población general se trabajó con estudiantes debidamente entrenados de las carreras de Psicología, Sociología y Comunicación quienes administraron el CBCL a los padres en el hogar entre noviembre de 1996 y abril de 1997.

Para obtener el nivel de confiabilidad del CBCL a través de pruebas *test-retest* un mismo entrevistador administró la entrevista a una submuestra de madres luego de un período que osciló entre una semana y diez días de la toma inicial. Para obtener el nivel de *acuerdo entre padres* en una submuestra se entrevistó separadamente al padre y a la madre. Para el cálculo de la *estabilidad a largo plazo*, se aplicó nuevamente el instrumento a una submuestra de madres transcurrido un intervalo de 7 meses.

### ***Participantes y procedimientos de la muestra clínica***

La muestra de sujetos quedó constituida por 241 casos, 156 niños (64,7%) y 85 niñas (35,3%) derivados a servicios de salud mental. La misma provino de distintos servicios de Psicopatología y Psiquiatría Infanto Juvenil de instituciones públicas y privadas de la ciudad de Buenos Aires<sup>3</sup>, administrando el CBCL a padres de niños durante el procedimiento de admisión.

Se intentó controlar la distribución de la muestra en términos del sexo de los niños y su nivel socioeconómico. Sin embargo, con respecto al sexo, se encontró que los niños varones entre 6 y 11 años de edad consultan con más frecuencia que las niñas, principalmente por problemas de conducta, siendo derivados de los gabinetes escolares, mientras que las niñas consultan con

más frecuencia en edades próximas a la pubertad. La misma dificultad, o sea menor proporción de niñas en la consulta, fue encontrada en el estudio realizado en Chile por Montenegro (Montenegro et al., 1983).

En relación con el Nivel Socioeconómico (NSE) se hizo dificultosa la captación de casos correspondientes al nivel socioeconómico alto (8,7% en la muestra clínica vs un 18% existente en la ciudad de Buenos Aires). Se trata de personas que no concurren a los servicios públicos sino a los privados y es aquí en donde se han encontrado obstáculos con los profesionales a nivel privado. En efecto, esos profesionales en su mayoría no accedieron a administrar el cuestionario a sus pacientes que concurren de empresas de medicina prepagada por temor a alguna queja por parte del paciente o institución.

Si bien la distribución no pudo respetarse en su totalidad, los valores obtenidos permitieron llevar a cabo análisis satisfactorios y adecuados.

Con el fin de obtener el grado de *acuerdo entre padres*, en una submuestra se administró el instrumento separadamente al padre y a la madre del niño.

Siguiendo a Achenbach (comunicación personal, año 1997) y Montenegro et al., se excluyeron de la muestra clínica “a los casos de retardo mental, patología neurológica pura y trastornos específicos del aprendizaje. No se excluyeron, en cambio, los niños que, presentando trastornos neurológicos o del aprendizaje, estaban actualmente en consulta por patología propiamente psiquiátrica” (p. 22).

La recolección de datos se efectuó entre los meses de diciembre de 1996 y setiembre de 1998. La modalidad de administración fue autoadministrada o a través de entrevistador.

### *Resultados*

Al ser consultado el Dr. Achenbach (comunicación personal, año 1998) opinó que no era necesario efectuar un nuevo Análisis de Componentes Principales (ACP) y así obtener escalas para la Argentina. Esto era debido a que su estructura factorial ha sido apoyada fuertemente por el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) de miles de protocolos holandeses de CBCL y de los protocolos a maestros (TRFs) y adolescentes (YSRs). El Dr. Achenbach sugirió utilizar sus escalas.

### Validez de Criterio del CBCL

La validez de criterio fue evaluada en términos de diferencias significativas ( $p < .01$ ) entre grupos de población normal y clínica para todas las edades y sexos, tomando el hecho de ser derivados a servicios de salud mental como criterio (Achenbach, 1983).

Los puntajes promedio para las escalas y el puntaje total fueron calculados separadamente para cada sexo, en la muestra clínica y en la muestra normal (Tabla 1). El puntaje de problemas comportamentales fue mucho más alto en la muestra clínica que en la muestra normal (58.28 vs. 34.96 en niños; 57.67 vs 34.11 en niñas). En la muestra normal las medias fueron más altas en varones que en mujeres en casi todas las escalas, salvo en *Quejas Somáticas*, *An-sioso-Depresivo* e *Internalizante*. En la muestra clínica fueron más altas en mujeres las mismas escalas, agregándosele *Problemas de Pensamiento*.

En la Tabla 1 se observa que el CBCL discriminó entre la muestra clínica y la muestra normal de población urbana argentina. Para comprobar si las diferencias eran significativas se calcularon ANOVAS de un factor separadamente para cada sexo, obteniéndose valores de significación  $< .000$  en casi todos los casos, observándose tres excepciones: a) para la escala *Problemas Sexuales* en niños ( $p = .043$ ); b) para la escala de Problemas Sexuales en niñas (no significativa); c) para la escala *Conducta Antisocial* en niñas ( $p = .007$ ).

**Tabla 1**  
Puntajes promedio del Child Behavior Checklist, escalas y total por sexo y situación de derivación, en niños de 6 a 11 años de Capital Federal

	Niños					Niñas				
	Normal (n=120)		Clínica(n=85)		<i>p</i>	Normal (n=120)		Clínica (n=156)		<i>p</i>
	Media	DE	Media	DE		Media	DE	Media	DE	
<b>Total</b>	34.96	18.04	58.28	24.05	.000	34.11	19.04	57.67	19.61	.000
<b>Escalas</b>										
Prob.pensamiento	0.24	0.66	1.35	1.64	.000	0.18	0.52	1.48	1.92	.000
Quejas somaticas	0.85	1.45	1.91	2.32	.000	1.22	2.00	2.75	2.69	.000
Prob.sociales	2.58	2.38	4.92	3.06	.000	2.33	2.34	4.82	3.10	.000
Cond.antisocial	2.67	2.42	4.54	2.95	.000	2.06	2.28	2.98	2.57	.007
Retraimiento	3.25	2.68	5.68	3.86	.000	3.22	2.65	5.61	3.76	.000
Prob. sexuales	0.39	1.00	0.67	1.20	.043	0.38	0.75	0.54	1.21	NS

	Niños					Niñas				
	Normal (n=120)		Clínica(n=85)			Normal (n=120)		Clínica (n=156)		
	Media	DE	Media	DE	p	Media	DE	Media	DE	p
Prob. de atención	4.75	3.49	8.71	4.05	.000	4.12	3.35	8.25	4.19	.000
Ansioso-depresivo	5.03	3.61	8.83	5.17	.000	5.40	4.28	9.99	5.36	.000
Agresividad	11.08	6.67	17.11	8.58	.000	10.83	6.42	15.05	7.02	.000
Internalizante*	9.13	6.11	16.42	9.23	.000	9.83	7.06	18.35	8.86	.000
Externalizante**	13.75	8.36	21.65	10.84	.000	12.89	8.05	18.02	8.87	.000

Nota:

\* Internalizante: surge de la suma de las escalas de Retraimiento, Quejas somáticas, Ansioso-Depresivo

\*\* Externalizante: surge de la suma de las escalas de Agresividad y Conducta Antisocial.

Las Tablas 2 y 3 presentan los valores del puntaje total de problemas comportamentales para cada una de las muestras clínica y normal según sexo, edad y NSE de la familia. En ambas muestras, tomados ambos sexos y todas las edades en su conjunto, el nivel socioeconómico *bajo* presentó los valores superiores.

Tabla 2

**Muestra de Población Normal Distribución de las medias de los puntajes totales del CBCL según sexo y edad del niño y nivel socioeconómico de la familia.**

Nivel Socioeconómico						
Edad	Sexo	Alto	Medio	Bajo	Total sexo	Total
6 años	Masculino	26.7	32.1	50.9	38.8	34.5
	Femenino	24.2	24.2	39.2	30.2	
7 años	Masculino	29.3	38.6	22.9	30.3	33.6
	Femenino	11.0	27.9	47.6	36.9	
8 años	Masculino	31.3	34.7	39.6	36.9	38.1
	Femenino	28.3	41.0	47.0	39.3	
9 años	Masculino	12.00	30.4	45.6	35.4	34.9
	Femenino	28.0	32.0	44.0	34.4	
10 años	Masculino	30.4	35.7	33.5	33.7	30.9
	Femenino	23.3	27.9	30.5	28.0	
11 años	Masculino	17.5	31.8	44.0	34.7	35.3
	Femenino	17.3	31.4	46.0	35.9	



<b>Nivel Socioeconómico</b>						
<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Alto</b>	<b>Medio</b>	<b>Bajo</b>	<b>Total sexo</b>	<b>Total</b>
Tot./Sex.	Masculino	26.7	33.6	40.0	35.0	34.5
	Femenino	24.6	30.7	42.5	34.1	
<b>Total</b>		<b>25.5</b>	<b>32.2</b>	<b>41.3</b>	<b>34.5</b>	

**Tabla 3**  
**Muestra de Población Clínica. Distribución de las medias de los puntajes totales del CBCL según sexo y edad del niño, y nivel socioeconómico de la familia.**

<b>Nivel Socioeconómico</b>						
<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Alto</b>	<b>Medio</b>	<b>Bajo</b>	<b>Total sexo</b>	<b>Total</b>
6 años	Masculino	54.3	58.6	69.3	61.3	58.9
	Femenino	50.0	45.3	69.8	54.4	
7 años	Masculino	52.8	54.8	71.1	59.1	58.4
	Femenino	53.5	55.3	59.1	57.4	
8 años	Masculino	51.0	47.8	65.6	56.5	56.7
	Femenino	-	52.1	66.6	56.9	
9 años	Masculino	59.0	55.2	57.8	56.6	57.4
	Femenino	-	61.0	56.6	59.2	
10 años	Masculino	35.5	58.2	81.8	61.8	59.8
	Femenino	-	49.8	60.9	57.2	
11 años	Masculino	77.0	55.0	46.8	55.0	57.5
	Femenino	-	72.5	45.3	63.4	
Tot./Sex.	Masculino	55.4	55.0	64.2	58.3	58.1
	Femenino	52.3	55.4	60.5	57.7	
<b>Total</b>		<b>55.0</b>	<b>55.1</b>	<b>62.7</b>	<b>58.1</b>	

El alto poder discriminativo del instrumento fue confirmado también con un ANOVA factorial, en el que se observó que tanto para el puntaje total como para cada una de las escalas el mayor porcentaje de variancia se explicó por el hecho de pertenecer a la muestra clínica o normal. El NSE de los sujetos explicó también cierto porcentaje pero siempre  $< 5\%$  (Tabla 4). En el ANOVA Factorial todos los promedios de escalas y puntaje total del CBCL fueron menores para la muestra normal y mayores para la muestra clínica. En el único caso en que otra variable, en este caso la edad, explicó un porcentaje mayor de la variancia que la situación de derivación fue en Problemas Sexuales.

**Tabla 4**  
**Escalas y Puntaje Total de Problemas Comportamentales del CBCL:**  
**Porcentaje de variancia explicada por efectos significativos ( $p < .01$ ) de situación de derivación y variables sociodemográficas**

	Derivación*	NSE	Sexo	Edad	Multiple R <sup>2</sup>
<b>Escalas</b>					
Agresividad	10.24	1.69	<1	—	14.5
Problemas Sociales	16.0	4.4	<1**	—	21.6
Retraimiento	12.3	2.6	—	—	15.6
Quejas somáticas	7.8	<1**	1.7**	—	10.3
Problemas sexuales	1.2**	—	—	2.9	4.5
Probl. de pensamiento	17.6	—	—	—	18.2
Conducta Antisocial	6.8	1.2	3.6	—	13.5
Problemas de Atención	21.2	4.0	<1	—	28.0
Ansioso Depresivo	16.0	3.6	—	—	20.1
Externalizante	10.24	1.7	1.4	—	15.6
Internalizante	19.4	3.6	—	—	23.2
Indice Total	23.0	4.4	<1**	—	29.0

Nota: Los Análisis efectuados fueron ANOVAS Factoriales de las distintas escalas del CBCL (estrechas y amplias) tomando situación de derivación, nivel socioeconómico (NSE), sexo y edad como variables independientes.

\* Todos los promedios de Escalas y Puntaje Total CBCL fueron menores para la muestra normal y mayores para la muestra clínica.

Los números en la tabla indican el porcentaje de variancia explicada por cada variable independiente, donde el efecto fue significativo a  $p < .01$ .

\*\*  $p < .05$

### *Puntos de Corte para el CBCL*

Siguiendo los lineamientos del autor del instrumento (Achenbach & Edelbrock, 1981), fue elegido como punto de corte el percentil 90 de la distribución de frecuencia acumulativa obtenido por los niños de la población normal. Para los niños tal valor fue de 59 y para las niñas de 61, para ambos sexos tomados en su conjunto el valor fue de 60.

Como se presenta en la Tabla 5, usando ese punto de corte como el límite superior del rango *normal* y aplicando tal valor a la distribución de puntajes para los niños de población normal, 9.2% de niños y niñas se encontraron por fuera del rango de *normalidad*. Al aplicar esos puntos de corte a la distribución de niños derivados a servicios, se encontró que un 42.3% de niños y un 40.0% de niñas se ubicaron dentro del rango de normalidad dentro de la población clínica. Se presenta entonces en la Tabla 5 el índice de Clasificación Errónea calculado para un nivel de especificidad del 90%. De acuerdo al sexo, los puntos de corte variaron de 59 a 61. El índice de Clasificación Errónea General, o sea, el total de falsos positivos y falsos negativos para las muestras clínica y normal combinadas y ambos sexos en conjunto, fue de 24.9.

**Tabla 5:**  
**Índice de clasificación errónea a puntos de corte correspondientes al percentil 90 de la distribución de frecuencia acumulada del puntaje total de problemas comportamentales obtenidos por niños de población normal. niños, niñas y ambos sexos en conjunto.**

Niños				Niñas			
Índice de Clasificación Errónea				Índice de Clasificación Errónea			
Punto de Corte	Falsos Positivos * %	Falsos Negativos**%	General %	Punto de Corte	Falsos Positivos* %	Falsos Negativos**%	General %
59	9.2	42.3	25.8	61	9.2	40.0	24.6

  

Ambos sexos			
Punto de Corte	Falsos Positivos* %	Falsos Negativos** %	General %
60	10.0	39.8	24.9

Notas:

\* falsos positivos: niños no derivados clasificados como derivados

\*\* falsos negativos: niños derivados clasificados como no derivados

### *Confiabilidad*

1. *Test-retest*: Se administró retest a un 15.4% de la muestra de población normal entre una semana y diez días posteriores a la primera aplicación. Los resultados se analizaron utilizando el coeficiente de correlación de Pearson obteniéndose un valor de .91 ( n= 37;  $p < .000$ ).

2. *Acuerdo entre padres*: En un 18% de la muestra total se administró el instrumento a ambos padres separadamente, con el fin de analizar el acuerdo entre las respuestas de ambos. Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson obteniéndose para la muestra normal un valor de .60 ( $n = 46$ ;  $p < .000$ ) y para la muestra clínica un valor de .44 ( $n=40$ ;  $p < .005$ ).
3. *Estabilidad a largo plazo*: Se administró nuevamente el instrumento a un 29% de la muestra de población normal, luego de un intervalo de 7 meses, lo cual permitió el cálculo del valor de estabilidad a largo plazo. Se utilizó para ello el coeficiente de correlación de Pearson, obteniéndose un valor de .75 ( $n= 69$ ;  $p < .000$ ).
4. *Consistencia interna de las escalas del CBCL*: La consistencia interna de cada una de las escalas amplias y estrechas y puntaje total fueron evaluadas a través del cálculo de coeficiente Alpha de Cronbach. Los valores obtenidos se presentan en la Tabla 6. Fueron encontrados altos valores de consistencia interna para las escalas amplias externalizante e internalizante del CBCL, para ambos sexos tomados separadamente y en conjunto. Los valores estuvieron en un rango que va de .85 a .90. Con respecto a las escalas estrechas la mayor parte obtuvo valores superiores a .65 considerado como adecuado. La escala *Agresividad* presentó el valor más elevado para ambos sexos separadamente (.89 vs .86) y en conjunto (.88). Achenbach (1983) ha señalado este factor como el de mayores *eigenvalues*. La escala Problemas Sexuales resultó ser la que presentó los valores más débiles de consistencia interna para ambos sexos. Los ítems que corresponden a esta escala constituyen problemas que sólo algunas veces son informados por los padres.

**Tabla 6.**  
**Alphas para escalas y puntajes totales del CBCL.**

	Niños	Niñas	Ambos sexos
<b>Escalas</b>			
Retraimiento	0.75	0.73	0.74
Quejas somáticas	0.67	0.67	0.67
Ansioso-depresivo	0.77	0.80	0.78
Problemas sociales	0.67	0.67	0.67

	Niños	Niñas	Ambos sexos
<b>Escalas</b>			
Problemas de pensamiento	0.51	0.61	0.55
Problemas de Atención	0.76	0.77	0.77
Conducta Antisocial	0.60	0.57	0.61
Agresividad	0.89	0.86	0.88

### *Discusión*

El Child Behavior Checklist (CBCL) resulta ser una escala que discrimina adecuadamente entre niños pertenecientes a población normal y niños derivados a servicios de salud mental en población urbana de 6 a 11 años de edad para la Argentina.

Comparando con valores de otros países, la muestra argentina de población normal obtiene los valores más altos de los promedios de puntajes totales de problemas conductuales: Argentina, 34.5; Australia, 31.6; E.E.U.U., 20.8; Israel, 20.8; Holanda, 20.5; Canadá, 29.2; Chile, 28.7 (Achenbach & Edelbrock, 1983; Achenbach, Hensley, Phares & Grayson, 1990; Montenegro et al., 1983; Offord et al., 1987; Verhulst, Akkerhuis & Althaus, 1985; Zilber, Auerbach & Lerner, 1994). El nivel socioeconómico (NSE) bajo tiene un peso relativo importante en los valores promedio obtenidos en la Argentina. El punto de corte que indicaría el límite del rango de normalidad (Percentil 90), también obtiene valores más altos en Argentina: 59-61; Chile: 51 puntos; Estados Unidos: 37-40 (Achenbach & Edelbrock, 1983; Montenegro et al., 1983). Estos dos últimos hallazgos indicarían que los padres perciben un mayor nivel de problemas comportamentales y emocionales en sus hijos en esta población, lo cual sería necesario evaluar a la luz de la cultura *Psi* tan particular del contexto argentino. También sería importante evaluarlo en función de variaciones temporales y su asociación con variables macrosociales, por las situaciones de crisis y ajustes sucesivos que vive el país, y que convierten el contexto en uno de continua inseguridad para las familias.

Los valores promedio en población clínica sí se asemejan a los de Estados Unidos pero son menores que los chilenos: Argentina, 58.2; Estados Unidos, 58.7; Chile, 65.4. La subrepresentación del NSE alto para esta muestra no parece haber influido en los valores definitivos: la amplitud entre NSE alto y

bajo en la Argentina fue de 7.7, mientras que en Chile fue de 16.1. Estos valores encontrados en la Argentina estarían indicando una más temprana derivación de los niños para su atención clínica, debido quizás a una menor tolerancia por parte de sus padres y/o maestros hacia las conductas que presentan ya sea en el ámbito familiar y/o escolar.

Los análisis multivariados arrojaron que el instrumento discrimina adecuadamente entre niños referidos a servicios de salud mental y sus pares de población normal. En el único caso en que tal discriminación no resultó adecuada fue en lo que respecta a la escala *Problemas Sexuales*. Esta escala no obtuvo un nivel de significación estadística satisfactorio al comparar las muestras en cada sexo por separado. Tampoco lo obtuvo al efectuar el análisis multivariado incluyendo otras variables independientes, donde finalmente la variable edad dio cuenta de un porcentaje de variancia mayor que la situación de derivación, aunque no alto (2.9%). A partir de esto puede decirse que no resulta ser una escala de validez comprobada para esta población. Esto quizás tiene que ver con la dificultad de mencionar estos temas que los padres presentan muchas veces. En los estudios de Achenbach tal escala también muestra efectos pequeños, por lo que no se presenta en el perfil final que permite obtener el protocolo. Según Achenbach (1993) esta categoría debería ser vista como proveyendo información adicional acerca de un tipo de problemas más que como un indicador importante de necesidad de atención clínica.

En relación a las medias obtenidas para cada escala, la categoría *Agresividad* es la que obtuvo los valores más elevados en ambos sexos, presentando valores mayores que las de sus pares estadounidenses en población normal (10.83 vs 7.2 para niñas; 11.8 vs 7.3 para niños) pero menores en población clínica (17.11 vs 19.1 para niños; 15.05 vs 20.2 para niñas) (Achenbach & Edelbrock, 1983).

En términos de confiabilidad, los valores test-retest y estabilidad a largo plazo obtenidos por el CBCL fueron elevados. En comparación se hallaron valores bajos para las pruebas de acuerdo entre padres en ambas muestras. Sin embargo esto no estaría indicando una limitación del instrumento, sino más bien el reflejo de los roles que en la cultura argentina cumplen todavía hoy los padres en relación a la salud de sus hijos, quizás prestando menos atención, registrando menos o evaluando de manera diferente las conductas de sus hijos en comparación con las madres. Es este un punto que necesita mayor profundización. Otra medida de la confiabilidad del instrumento ha sido seña-

lada por los altos niveles de consistencia interna encontrados, tanto en las escalas estrechas como amplias, así como en lo que respecta al puntaje total. Esto estaría indicando que el instrumento está evaluando campos comparables de problemas psicopatológicos en poblaciones de niños en la Argentina.

El CBCL puede ser considerado entonces como un instrumento valioso para su uso en la investigación epidemiológica en Argentina, como instrumento de screening y de utilidad también para el clínico en su actividad cotidiana, así como para otros profesionales de la salud no especialistas en salud mental, como por ejemplo los pediatras.

Esta versión de la escala ha sido empleada con muy buenos resultados en estudios posteriores en Argentina encontrando nuevamente niveles altos de confiabilidad (.94) medida por el coeficiente alpha de Cronbach (Samaniego, 2004a) habiéndose efectuado comparaciones con otras poblaciones ya sea clínicas (Cervone, Luzzi, Slapak & Samaniego, 1999; Cervone et al., 2007; Slapak, Cervone, Luzzi & Samaniego, 2002; Slapak et al., 2002; Taborda & Díaz, 2004; Taborda, 2006; Taborda, Berti & Del Río, 2006; Taborda & Díaz, 2007; Taborda, Díaz, Abraham & Toranzo de Sosa, 2008; Samaniego, 2007) como con población general (Samaniego, 2004a, 2004b).

## Bibliografía

- ACHENBACH, T.M. (1980). DSM-III in light of empirical research on the classification of child psychopathology . *Journal of the American Academy of Child psychiatry*, 19, 395-412.
- ACHENBACH, T. & EDELBROCK, C. (1981). Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four through sixteen. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, Serial 188, 46, 1.
- ACHENBACH, T. M. (1983). *Empirically based taxonomy: How to use syndromes and profile types derived from the CBCL/4-18, TRF, and YSR*. Burlington, VT, E.E.U.U.:Department of Psychiatry. University of Vermont.
- ACHENBACH, T. M. & EDELBROCK, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington, VT, E.E. U.U.: Department of Psychiatry. University of Vermont.
- ACHENBACH, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/ 4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT, E.E. U.U.: Department of Psychiatry. University of Vermont.

- ACHENBACH, T.M.; HENSLEY, V.R.; PHARES, V. & GRAYSON, D. (1990). Problems and competencies reported by parents of Australian and American children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 265-286.
- ACHENBACH, T.M. Comunicación personal, años 1997, 1998.
- CERVONE, N.; LUZZI, A.; SLAPAK, S. y SAMANIEGO, V. (1999). Estudio descriptivo de una población infantil derivada para su asistencia clínica en un centro comunitario *VII Anuario de Investigaciones*. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, p. 203-222.
- CERVONE, N.; LUZZI, A.; SLAPAK, S.; BELMES, D.; RAMOS, L.; WAINSZELBAUM, D.; PADAWER, MARÍA; GRIGORAVICIUS, MARCELO; FRYLINSZTEIN, CECILIA (2007). Proceso Psicoterapéutico: Estudio De Caso En Psicoterapia Psicoanalítica (Ed.) Memorias De Las XIV Jornadas De Investigación. Tercer Encuentro De Investigadores En Psicología Del Mercosur. (pp. 34-35)Argentina. Universidad De Buenos Aires.
- EDELBROCK, C. y COSTELLO, A. (1988). Convergence between statistically derived behavior problem syndromes and child psychiatry diagnoses. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16 219-231.
- GORDIS, L. (2005). *Epidemiología* (3a. ed.). Madrid, Elsevier
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS (INDEC), (1991), *Censo Nacional de Población y Vivienda*.
- MEDINA, C.; BLAS NAVARRO, J.; MARTINENA, P.; BAÑOS, I.; VICENS-VILANOVA, J.; BARRANTES-VIDAL, N.; SUBIRÁ, S. & OBIOLS, J.E. (2007). Evaluación de la conducta adolescente con las escalas de Achenbach: ¿existe concordancia entre diferentes informantes? *Salud Mental*, 30, 33-39.
- MONTENEGRO, H.; BRALIC, S.; EDWARDS, M.; IZQUIERDO, T. y MALTES, G. (1983). *Salud mental del escolar: Estandarización del Inventario de Problemas Conductuales y Destrezas Sociales de T. Achenbach en niños de 6 a 11 años*. Santiago, Chile: CEDEP-UNICEF.
- OFFORD, D.; BOYLE, M. H.; SZATMARI, P.; RAE-GRANT, N.; LINKS, P.; CADMAN, D.T. , BYLES, J. A., CRAWFOR, JW., BLUM, H. M., BYRNE, C., THOMAS, H., & WOODWARD, C. A. (1987). Ontario Child Health Study: II. Six month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Archives of General Psychiatry*, 44, 832-836.
- PEDREIRA, J.L.; SANCHEZ, B.; SARDINERO, L.; MARTÍN, L. y MARTÍN, P. (1993). Cap. 15, Aplicación del método epidemiológico para la detección de trastornos mentales en la infancia y la adolescencia. En: *El método epidemiológico en Salud Mental*. González de Rivera y Revuelta, J.L. y otros. Ed. Masson-Salvat. Barcelona, España.



- QUAY, H.C. (1986). Classification. En H.C. Quay & J.S. Werry (Eds.) *Psychopathological disorders of Childhood* (3rd Ed., pp. 1-34) New York, John Wiley & Sons.
- REYNOLDS, W. & SATTTLER, J.(2003). Evaluación de la competencia conductual social y emocional. En J. Sattler. *Evaluación infantil: aplicaciones conductuales y clínicas: Vol II*. (4ta edición, pp. 169-195). México: Editorial el Manual Moderno.
- SAMANIEGO, V. (2004). Tolerancia parental hacia las conductas infantiles: ¿factor de mediación?, Disertación doctoral no publicada. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina. Informe final Recuperado el 16 de setiembre de 2008 de Research Information System- Proyectos de investigación apoyados por PAHO. <http://ris.bvsalud.org/finals/ARG-3078.pdf>
- SAMANIEGO, V. (2004). *Prevalencia de trastornos psíquicos en población escolar de 6 a 11 años de edad* (Ed.) Memorias de las XI Jornadas de Investigación en Psicología. Psicología, Sociedad y Cultura. (pp. 226-228) Argentina. Universidad de Buenos Aires.
- SAMANIEGO, V. (2007). *Percepción de la relación con sus padres y tolerancia parental en niños que padecen enfermedades orgánicas crónicas* (Ed.) Memorias de las XIV Jornadas de Investigación. Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. (pp. 290-292) Argentina. Universidad de Buenos Aires.
- SLAPAK, S.; PASSALACQUA, A.; CERVONE, N.; MENESTRINA, N.; LUZZI, A.; SAMANIEGO, C. NUÑEZ, A.M.; PADAWER, M; SIMONOTTO, T.; RAMOS, L.; PESTANA; L. GRIGORAVICIUS, M.; MARTÍNEZ MENDOZA, R.; D'ONOFRIO, G.; ALVARADO, M; FERRARI, G. y BERENSTEIN, I. (2002). Cambio Psíquico: Técnicas e Instrumentos de evaluación aplicados a niños que realizan psicoterapia psicoanalítica grupal . *Psic-Revista De Psicologia Da Vetor Editora*, 3, 1, 86-97.
- SLAPAK, S.; CERVONE, N.; LUZZI, A. y SAMANIEGO, C. (2002). Aplicación del Enfoque Epidemiológico a una Población Clínica de niños. *Revista Psico-USF*, 7, 1, 67-76.
- TABORDA DE VELASCO, A.; y DÍAZ, D. (2004). Consideraciones Psicoanalíticas del Diagnóstico de déficit atencional. Propuesta psicoterapéutica (Ed.) Memorias de las XII Jornadas de Investigación . Psicología, Sociedad y Cultura . (pp. 84-86) Argentina. Universidad de Buenos Aires.
- TABORDA, A. (2006). Grupo psicoterapéutico de púberes. Estudio de eficacia Terapéutica (Ed.) Memorias de las XIII Jornadas de Investigación y Segundo encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur . Paradigmas, Métodos y Técnicas (pp.85-87) Argentina. Universidad de Buenos Aires.

- TABORDA, A.; BERTI, F. y DEL RÍO, M. (2006). Psicoterapia psicoanalítica de grupo de púberes. Estudio de las variaciones en los perfiles sintomáticos. *Investigaciones en Psicología. Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología. UBA 11*, 3, 103-125.
- TABORDA, A. Y DÍAZ, D. (2007). Revisión Crítica Del Diagnóstico De Déficit Atencional. Un Abordaje Psicoterapéutico Psicoanalítico. En F. Moya y M. Giordano (Comp.) *La Cultura Actual. Su Impacto En Distintos Campos Disciplinarios*. Ediciones Laes.
- TABORDA, A.; DÍAZ, D.; ABRAHAM M. y TORANZO DE SOSA, H. (2008). Abordaje psicoterapéutico psicoanalítico. Aportes empíricos para la revisión crítica del diagnóstico de déficit atencional y su tratamiento (Ed.) *Memorias de las XV Jornadas de Investigación y Cuarto encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Problemáticas actuales. Aportes de la investigación en Psicología. Argentina. Universidad de Buenos Aires*.
- VERHULST, F.; AKKERHUIS, G.W. & ALTHAUS, M. (1985). Mental Health in Dutch children I. A cross-cultural comparison. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 72, Supplement 323.
- VOLKMAR, F. R. (1991). Classification in child and adolescent psychiatry: Principles and Issues. En M. Lewis (Ed.) *Child and Adolescent Psychiatry. A comprehensive textbook* (pp. 415-421). Baltimore, Maryland: Williams & Wilkins.
- ZILBER, N.; AUERBACH, J. & LERNER, Y. (1994). Israeli norms for the Achenbach Child Behavior Checklist: Comparison of clinically referred and nonreferred children. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 31, 1, 5 -12.

## Notas

<sup>1</sup> Trabajo original presentado ante el XXVII Congreso Interamericano de Psicología. Caracas, Venezuela, 27 de Junio al 2 de Julio de 1999.

<sup>2</sup> Se entenderá por Hacinamiento = el cociente resultante de dividir el número de “Personas en el hogar” por el “Número de cuartos en el hogar”, o sea hacinamiento expresado en términos de personas por cuarto.

<sup>3</sup> La mayor proporción de casos provino de los Hospitales Públicos Argerich, Penna, Elizalde, Centro de Salud Mental Arturo Ameghino, del Hospital Francés y del Instituto Municipal de Obra Social.

Copyright of Revista de Psicología (1669-2438) is the property of Pontificia Universidad Católica Argentina and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.