

# Validación del Inventario de Conductas Infantiles para niños de entre 1½-5 años (CBCL 1½-5) en la Ciudad de Santiago de Chile\*

Validation of Child Behavior Inventory for children ages 1 ½ to 5 years (CBCL 1 ½-5) at the Santiago de Chile City

Recibido: agosto 23 de 2011 | Revisado: agosto 23 de 2012 | Aceptado: julio 21 de 2013

FELIPE LECANNELIER \*\*  
J. CAROLA PÉREZ EWERT \*\*\*  
STEPHANIE GROISSMAN  
DANIELA GALLARDO  
ANA MARÍA BARDET  
ANDREA BASCUÑAN  
Universidad del Desarrollo, Chile  
JORGE RODRÍGUEZ \*\*\*\*  
Universidad de Chile, Chile

doi:10.11144/Javeriana.UPSY13-2.vici

Para citar este artículo: Lecannelier, F., Pérez, J. C., Groissman, S., Gallardo, D., Bardet, A. M., Bascuñan, A. & Rodríguez, J. (2014). Validación del Inventario de Conductas Infantiles para niños de entre 1½-5 años (CBCL 1½-5) en la Ciudad de Santiago de Chile. *Universitas Psychologica*, 13(2), 491-500. doi:10.11144/Javeriana.UPSY13-2.vici

\* Agradecimientos: Los autores agradecen a Marianela Hoffmann y Carlos Núñez por su colaboración.

\*\* Director Centro de Estudios Evolutivos e Intervención en el Niño (CEEIN). Facultad de Psicología. Universidad del Desarrollo, Chile. Correo electrónico: flecannelier@udd.cl

\*\*\* Universidad del Desarrollo, Chile. Correos electrónicos: janetperez@udd.cl, sgroissman@gmail.com, dgallardoas@gmail.com, pazbardet@gmail.com, abi.bascunan@gmail.com

\*\*\*\* Universidad de Chile, Chile. Correo electrónico: jrodrigu@med.uchile.cl

## RESUMEN

Los estudios de prevalencia en salud mental en edades tempranas (primeros 5 años de vida) han sido insuficientes y escasos. Dado que la evidencia neurobiológica, económica, psicológica y social ha demostrado que intervenir durante los primeros años de vida es altamente efectivo para disminuir los problemas psicosociales, es que es urgente obtener datos nacionales sobre problemas afectivos y conductuales en la temprana infancia y edad preescolar. El presente trabajo tuvo como objetivo validar un instrumento de reporte parental denominado Inventario de Conductas Infantiles para niños de entre 1½-5 años (CBCL 1½-5). El test fue validado a través de un proceso de jueces expertos, para posteriormente obtener indicadores de confiabilidad y validez en una muestra de 418 niños pertenecientes a la Región Metropolitana. Los resultados obtenidos en la muestra chilena son coherentes con el modelo bifactorial propuesto por los autores del instrumento, la dimensión Internalización da cuenta de los problemas ansioso-depresivos, quejas somáticas y retraimiento en los niños/as y la Externalización, de los aspectos atencionales y la conducta agresiva. Se concluye que el CBCL 1½-5 es un instrumento válido y confiable para ser aplicado a la realidad nacional, permitiendo ser utilizado para obtener indicadores de diversos trastornos de salud mental en la temprana infancia y edad preescolar.

## Palabras clave

Infancia; trastornos en salud mental infantil; instrumentos de evaluación.

## ABSTRACT

Prevalence studies in infant and preschool mental health have been scarce and insufficient. Considering the ample neurobiological, psychological, economical and social evidence that has demonstrated that intervening in early years may be a highly effective strategy for lowering the rates of mental health problems, is urgent to find prevalence data about early emotional and behavioral problems. To validate an instrument called Child Behavior Checklist for ages 1.5-5 (CBCL 1-5-5). The study was made through a process with expert judges, and subsequently, reliability and validation results were obtained in a sample of 418 children from Region Metropolitana. Data from a Chilean sample confirmed the bi-factorial model originally proposed by the authors who create the instrument. Internalizing dimension account for anxious-depression symptoms', somatic

complaints, and withdrawal in children, and Externalizing dimension account for attentional and behavioral problems. The CBCL 1.5-5 is a valid and reliable instrument and can be applied to Chilean reality, obtaining good signs of emotional and behavioral problems in infancy and preschool ages.

**Keywords**

Infancy, emotional and behavioral problems, assessment instruments.

## Introducción

Los estudios sobre los problemas conductuales y emocionales en la infancia temprana y edad preescolar “se encuentran treinta años atrasados en relación a (sic) las investigaciones de la psicopatología en la edad escolar y adolescente” (Angold & Egger, 2004, p. 127). Tres posibles razones de este preocupante atraso pueden ser: 1) la noción cultural e históricamente arraigada de que los niños en sus etapas tempranas de la vida no tienen dificultades y problemas de salud mental (Lecannelier, 2006; Lecannelier, Hoffmann & Ascanio, 2008); 2) la ocurrencia de un efecto de confusión entre la identificación de conductas problemáticas, pero propias de la maduración de un niño preescolar (oposicionismo, actividad aumentada, ansiedad, irritabilidad, agresividad, etc.) con la existencia de un trastorno clínico claramente identificable (Wakschlag et al., 2007); 3) la inexistencia de un consenso sobre los mejores criterios y sistemas taxonómicos para clasificar problemas de salud mental en niños preescolares (Egger & Angold, 2006; Postert, Averbek-Holocher, Beyer, Muller & Furniss, 2009).

Las últimas investigaciones internacionales sobre la prevalencia de problemas de salud mental en la infancia temprana y edad preescolar, se han desarrollado en EE. UU. (Egger & Angold, 2006; Ivanova et al., 2010). La prevalencia de problemas de salud mental reportada en estos estudios oscila entre el 14% y 26%. Específicamente, se ha encontrado que el 2-4% de niños preescolares presenta trastornos afectivos (Kashani, Allan, Beck, Bledsoe & Reid, 1997; Lavigne, Le Bailly, Hopkins, Gouze & Binns, 2009), y entre el 6%-16% evidencia proble-

mas de conducta (Tremblay, Masse, Vitaro & Pihl, 1995). La prevalencia del Trastorno Oposicionista Desafiante es aproximadamente del 16.8%, y el Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad alcanza el 2% (Lavigne et al., 2009).

En el campo de la psiquiatría y de la psicología infantil, los Inventarios de Conducta Infantil (*Child Behavior Checklist*), creados por Thomas Achenbach, se han convertido en un referente en los estudios sobre psicopatología y epidemiología del desarrollo (Angold & Egger, 2004), debido al bajo costo y entrenamiento que requiere su administración y –particularmente– porque evalúan cuantitativamente una amplia gama de trastornos (Achenbach & Rescorla, 2001).

Aunque inicialmente estas escalas fueron creadas para niños entre 6 y 18 años, en los últimos años se desarrolló una versión para preescolares. La primera versión fue construida para niños de 2 a 3 años (Achenbach, 1992). Su aplicación reportó una prevalencia de problemas totales en una muestra representativa de EE. UU. del 34.4%. Posteriormente, se ampliaron estos estudios a otros países, encontrándose una proporción del 27.5% de problemas totales en Islandia (Hannesdóttir & Einarsdóttir, 1995), un 30.4% en Finlandia (Sourander, 2001), un 39.5% en Turquía (Erol, Simsek, Oner & Munir, 2005), un 34.6% para niños provenientes de los Emiratos Árabes (Eapen, Yunis, Zoubeidi & Sabri, 2004) y un 34.4% de niños y 32.3% de niñas de Holanda (Van den Oord, Koot, Boomsma, Verhulst & Orlebeke, 1995).

El año 2000, se creó una nueva versión de este instrumento para niños de entre 1½-5 años (Achenbach & Rescorla, 2000). Estudios llevados a cabo con este instrumento indican que el 17.3% de los niños presentan problemas (externalizantes e internalizantes) en Dinamarca (Kristensen, Henriksen & Bilenberg, 2010), 30.5% en niños Daneses (Tick, van der Ende, Koot & Verhulst, 2007), 33.4% en Italia (Frigerio et al., 2006) y 33.6% en China (Liu et al., 2010). En el año 2010, se publicó el primer estudio multicultural de prevalencia en salud mental en la infancia temprana y edad preescolar en 23 países, utilizando el instrumento CBCL 1½-5, e incluyendo a Chile dentro de estos

23 países (a través de datos entregados por el equipo del CEEIN-Universidad del Desarrollo) (Ivanova et al., 2010).

En Chile, los estudios de prevalencia en salud mental infantil han abordado principalmente la población escolar (De la Barra, Toledo & Rodríguez, 2004). En un estudio en curso sobre prevalencia de problemas de salud mental en niños de 4 a 18 años, se ha encontrado preliminarmente frecuencia de problemas similares a las encontradas en la edad escolar y adolescente (Vicente et al., 2010), pero no obteniendo datos en niños menores.

Por lo tanto, considerando la presencia y prevalencia internacional de trastornos en la infancia, y la carencia de instrumentos que permitan estudiar este fenómeno en la población nacional, es que el objetivo del presente estudio es validar un instrumento mundialmente utilizado que mide diversos trastornos de salud mental para niños de entre 1½ y 5 años de vida, para ser utilizado en el contexto chileno.

## Método

El estudio metodológico utiliza un diseño descriptivo. El estudio fue aprobado por el comité de ética de la Facultad de Psicología de la Universidad del Desarrollo, Chile. En lo que respecta al consentimiento informado, los directores de las instituciones educacionales que participaron en el estudio firmaron un consentimiento aceptando la evaluación de los niños de cada establecimiento, e informaron a los padres del objetivo y alcances del estudio, quienes también firmaron un consentimiento informado.

## Participantes

La muestra no probabilística consta de 418 niños asistentes a centros abiertos, salas cunas, jardines infantiles y colegios de la Región Metropolitana (344 recolectados, el año 2005 y 74, el año 2009). La edad promedio fue 47.57 meses de edad (18-71 meses) y se distribuyeron en forma homogénea según género (Hombres = 51.2%, ver Tabla 1). La muestra abarca los diferentes niveles socioeconómicos: alto (35%), medio (33%) y bajo (32%). Solo el 4.78% de estos niños había consultado durante el año anterior algún especialista de salud mental.

## Instrumentos

El CBCL 1½-5 es un instrumento desarrollado por Achenbach y Rescorla (Achenbach & Rescorla, 2000) para medir la percepción parental de un conjunto de problemas emocionales, conductuales y sociales del hijo/a. El instrumento consta de 100 ítems (99 cerrados y uno de respuesta abierta) que indican la presencia de las conductas que denotan algún tipo de dificultad en los ámbitos antes mencionados durante los últimos 2 meses: *no lo describe/ no es cierto* (0), *lo describe en cierta manera o algunas veces* (1), *lo describe muy a menudo* (2).

Los puntajes de los ítems son sumados conformando un puntaje total, puntaje de internalización y externalización, y siete puntajes correspondientes a las escalas de síndromes: Problemas Afectivos, Problemas de Ansiedad, Somatización, Conductas de Retraimiento y/o Problemas del Pensamiento; Alteraciones del Sueño, Problemas de Atención y Comportamiento Agresivo. El puntaje de interna-

**TABLA 1**  
*Descripción de la muestra según género y edad de los niños*

Género	Edad						Total	
	18 -35 Meses		36-54 Meses		55-71 Meses		fc	%
	fc	%	fc	%	fc	%	fc	%
Hombre	45	53.6	105	52.2	64	48.1	214	51.2
Mujer	39	46.4	96	47.8	69	51.9	204	48.8
Total	84	100	201	100	133	100	418	100

Fuente: elaboración propia

lización se conforma sumando los puntaje de las primeras cuatro escalas sindromáticas, y el puntaje de externalización considera las dos últimas escalas (ver, Tabla 2 y Figura 1). Los puntajes brutos son transformados a puntajes estándar, categorizando a los niños en: Normal, Borderline y Rango Clínico (Achenbach & Rescorla, 2000).

Achenbach y Rescorla (2000) realizaron estudios de confiabilidad y validez (interna, discriminante y de constructo) con población estadounidense. Recientemente, Ivanova et al. (2010) confirma la validez interna de la escala en 23 países de Asia, Australia, Europa y Latinoamérica.

### Procedimientos

En una primera fase, se contactó a los establecimientos y se convocó a una reunión con su Director para explicar los objetivos y alcances del estudio. Una vez obtenido su consentimiento, dos investigadores aplicaron los cuestionarios a los padres, en dos contextos diferentes: 1) reuniones de padres

y 2) visitas domiciliarias. Los padres firmaron un consentimiento explicitando la confidencialidad, voluntariedad y anonimato de su participación (93.3% Madre, 5.7% Padre y 1% Otros cuidadores).

### Análisis de datos

Para dar cuenta de la validez de constructo del instrumento, se desarrolló un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC). El AFC permite evaluar el grado de ajuste del modelo factorial propuesto por los autores con base en una muestra norteamericana con los datos de la muestra nacional. Se analizó el modelado establecido por los autores, en dos etapas sucesivas: (1) Evaluación de los indicadores de las Escalas de Síndromes: se realizaron AFC independientes para cada una de las escalas de síndromes (también llamados factores de primer orden), con el objeto de determinar si los ítems teóricamente asignados cargan en el factor propuesto. Por ejemplo, ítem 21 correspondería al Síndrome Problemas Afectivos. Los ítems fueron

**TABLA 2**  
Estadística descriptiva de los indicadores de los factores de primer orden

Escala de Síndrome (Factor Primer Orden) "Parcel" N° Ítems CBCL incluidos	$\alpha$	M	DS	Asimetría	Curtosis
<b>Problemas Afectivos</b>					
Afectos_1 21 46 51 79 97	0.58	1.25	1.25	0.84	-0.03
Afectos_2 82 83 92 99	0.64	1.6	1.33	0.36	-1.03
<b>Problemas de Ansiedad</b>					
Ansiedad_1 10 33 68 87	0.55	2.25	1.22	-0.21	-0.95
Ansiedad_2 37 43 47 90	0.57	1.19	1.09	0.76	-0.03
<b>Somatizaciones</b>					
Somatiza_1 7 19 24 52 78 86	0.44	1.76	1.29	0.47	-0.03
Somatiza_2 1 12 39 45 93	0.5	0.84	1.07	1.33	1.27
<b>Conductas de Retraimiento y/o Problemas del Pensamiento</b>					
Retraido_1 2 62 67 71	0.52	0.86	1.06	1.15	0.63
Retraido_2 4 23 70 98	0.58	1.37	1.19	0.58	-0.56
<b>Problemas de Atención</b>					
Atención_1 56 59	0.12	0.94	0.6	0.02	-0.18
Atención_2 5 6 95	0.47	1.33	0.84	-0.34	-0.95
<b>Comportamiento Agresivo</b>					
Agresivo_1 15 27 29 35 40 42 66 81 88	0.76	4.4	2.43	-0.1	-1.04
Agresivo_2 8 16 18 20 44 53 58 69 85 96	0.82	6.32	3.41	-0.66	-0.15

Nota. N = 415.

Fuente: elaboración propia

dicotomizados (0 vs. 1= 1 o 2), desarrollándose un AFC para variables ordinales y utilizando el método de estimación Diagonally Weighted Least Squares (DWLS) (Jöreskog & Sörbom, 1995). Este método de estimación es apropiado para datos categóricos y para tamaños muestrales moderados (Flora & Curran, 2004). (2) Evaluación del modelo internalización-externalización: se realizó un AFC jerárquico para evaluar el ajuste del modelo propuesto a los datos nacionales utilizando “*parcels*” (Figura 1), que son la combinación de ítems en pequeños grupos dentro de las escalas o subescalas (Bandalos & Finney, 2001). Se construyeron dos *parcels* como indicadores de cada uno de los factores de primer orden. Los ítems fueron asignados al azar a dichos *parcels*. En total, se formaron 12 *parcels* que reunieron 60 de los 100 ítems del instrumento. Los ítems asignados a cada *parcel* y la consistencia interna (alfa de Cronbach) de estos se detallan en la Tabla 2. Al igual que en el paso anterior, se desarrolló un AFC para variables ordinales (Flora & Curran, 2004), y se utilizó el DWLS como método de estimación, utilizando el software Lisrel 8.5. Esta solución disminuyó el número de parámetros que se debían estimar, permitiendo evaluar el AFC con el tamaño muestral disponible.

Para medir el ajuste de los AFC estimados, se utilizaron diferentes indicadores: (a) El índice Bondad de Ajuste Satorra-Bentler ( $SB\chi^2$ ): cuando este indicador no es significativo ( $p \geq 0.05$ ) indica que el modelo ajusta bien con los datos (Satorra & Bentler, 1994). No obstante, debido a la sensibilidad de este indicador al tamaño muestral y al no al cumplimiento de los supuestos de linealidad y normalidad multivariada (Jöreskog & Sörbom, 1995), se interpretó además la razón entre el valor  $SB\chi^2$  y sus grados de libertad ( $SB\chi^2/df$ ), considerando que el ajuste del modelo es adecuado cuando su valor es  $\leq 3$  (Carmines & McIver, 1981). (b) Raíz Media Cuadrática del Error de Aproximación (Root Mean Square Error of Approximation; RMSEA): Valores  $RMSEA \leq 0.05$  indican un buen ajuste, valores mayores que 0.05 y menores que 0.08 indican un ajuste aceptable (Browne & Cudeck, 1993). (c) Índice de Ajuste Comparativo (Comparative Fit Index [CFI]; Bentler, 1990). Hu

y Bentler (1999) sugieren que valores  $CFI \geq 0.95$  indican un buen ajuste del modelo.

## Resultados

### *Validez de contenido*

El cuestionario original fue traducido y retraducido. La versión en español fue revisada por 3 jueces expertos en psicopatología infantil, quienes dieron su opinión respecto a la forma y contenido de los ítems. Doce ítems fueron modificados sobre la base del desacuerdo de los jueces, conformando la escala definitiva que fue aplicada a la muestra.

### *Validez de constructo*

#### *Evaluación de los indicadores de las escalas de síndromes*

Los indicadores de ajuste de los AFC se presentan en la Tabla 3. Los indicadores de ajuste (CFI y RMSEA) son aceptables para la mayoría de las escalas de síndromes. La única excepción la constituye la escala de Alteraciones del Sueño ( $RMSEA > 0.08$ ). El índice de ajuste  $SB\chi^2$  muestra nivel de ajuste aceptable para las escalas Problemas Afectivos, Conductas de Retraimiento y/o Problemas del Pensamiento y Problemas de Atención. No obstante, al considerar el índice  $SB\chi^2/df$ , nuevamente solo la escala Alteraciones del Sueño muestra un mal ajuste del modelo a los datos. Adicionalmente, las cargas factoriales de los ítems en sus respectivas escalas sindromáticas varían entre 0.33 y 0.88 (ver Tabla 3), siendo cada una de ellas significativa ( $p \leq 0.05$ ).

#### *Evaluación del modelo internalización-externalización*

La Figura 1 muestra los parámetros estandarizados del modelo bifactorial propuesto por Achenbach y Rescorla (18) en la muestra nacional. Dos de los tres indicadores de ajuste de este modelo sugieren un buen ajuste:  $RMSEA = 0.044$  (90% IC: 0.03-0.06) y  $CFI = 1$ . El índice Satorra-Bentler indica que hay una falta de ajuste,  $SB\chi^2 (47, N = 415)$



**TABLA 3**

Indicadores de ajuste y cargas factoriales de los indicadores de las escalas sindromáticas

	SB $\chi^2$			RMSEA		CFI	Cargas Factoriales	
	Valor	gl	SB $\chi^2$ /gl	Valor	90%IC	Valor	Mediana	Rango <sup>a</sup>
Problemas Afectivos	36.21	27	1.34	0.03	0 - 0.05	1	0.59	0.33 - 0.88
Problemas de Ansiedad	46.5***	20	2.33	0.06	0.04 - 0.08	0.99	0.61	0.5 - 0.82
Somatizaciones	65.9*	44	1.5	0.04	0.02 - 0.05	0.98	0.54	0.38 - 0.78
Conductas de Retraimiento y/o Problemas del Pensamiento	24.86	20	1.24	0.03	0 - 0.05	1	0.63	0.45 - 0.82
Alteraciones del Sueño	103.13***	14	7.37	0.12	0.10 - 0.15	0.96	0.66	0.46 - 0.8
Problemas de Atención	7	5	1.4	0.03	0 - 0.08	1	0.51	0.47 - 0.82
Comportamiento Agresivo	357.44***	152	2.35	0.06	0.05 - 0.07	0.99	0.65	0.43 - 0.81

Nota: <sup>a</sup> Todos los ítems presentan cargas estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ) respecto del factor propuesto.

\*\*\*  $p < 0.001$ . \*\*  $p < 0.01$ . \*  $p < 0.05$ .

Fuente: elaboración propia

= 84.66,  $p < 0.001$ , pero el índice ajustado por los grados de libertad  $SB\chi^2/gl = 1.8$ , sugiere un buen ajuste del modelo. Este modelo indica que los *parcels*, que operan como indicadores de los factores de primer orden (o Escalas de Síndromes), presentan cargas factoriales cuyos valores oscilan entre 0.64 a 0.92, y que los factores de primer orden cargan en los factores de segundo orden con valores entre 0.82 a 1. Así, los factores

Problemas Afectivos, Problemas de Ansiedad, Somatizaciones y Conductas de Retraimiento y/o Problemas de Pensamiento presentan cargas factoriales significativas ( $p < 0.001$ ) en el factor Internalización. Lo mismo ocurre para los factores Problemas de Atención y Comportamiento Agresivo respecto del Factor Externalización. La correlación entre los factores Internalización y Externalización es de 0.84.

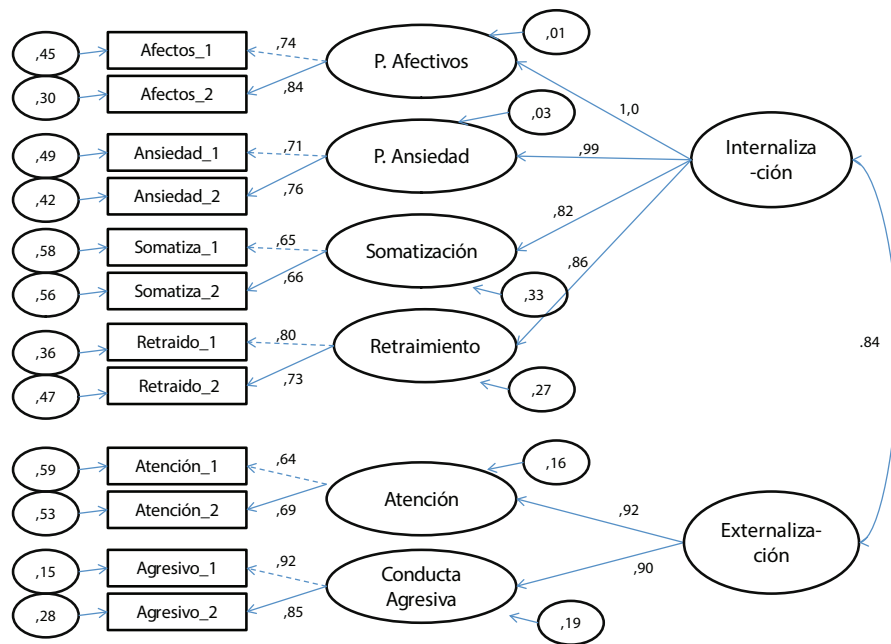


Figura 1. Parámetros Estandarizados del Modelo Bifactorial de Achenbach y Rescola (2000).

Fuente: elaboración propia

## Consistencia Interna

Se estimó la confiabilidad de la Escala Total, Puntaje de Internalización y Externalización, así como de cada una de las Escala de Síndromes, utilizando los puntajes originales de los ítems (0 a 2 pts., ver Tabla 4). Las escalas Problemas de Atención, Somatizaciones y Problemas de Ansiedad presentan índices de confiabilidad deficientes ( $\alpha < 0.7$ ) y dos de estas presentan niveles de confiabilidad inferior a los obtenidos en la muestra estadounidense. No obstante, la confiabilidad del factor Internalización es similar en ambas muestras. La confiabilidad de la escala Comportamiento Agresivo muestra es la más elevada en la muestra nacional ( $\alpha = 0.89$ ), pese a ello la confiabilidad del factor Externalización es menor que la obtenida en la muestra foránea. La escala total presenta una buena confiabilidad, y su nivel es similar a la obtenida en la muestra original.

## Discusión

Basado en los patrones de ajuste y las cargas factoriales del modelo, los resultados del estudio apoyan la aplicabilidad del modelo bifactorial propuesto por Achenbach y Rescorla (2000) en la muestra nacional. Los factores de primer orden: Problemas

Afectivos, Problemas de Ansiedad, Somatización, y Conductas de Retraimiento y/o Problemas del Pensamiento son indicadores de los problemas de Internalización de los niños chilenos, y los Problemas de Atención y el Comportamiento Agresivo dan cuenta de los problemas de externalización en la población nacional. Por lo tanto, el procedimiento indicado por los autores de sumar los puntajes de las escalas (o factores de primer orden) para estimar los puntajes de Internalización y Externalización son adecuados y utilizables en Chile. De hecho, solo los ítems del factor Alteraciones del Sueño, que no forma parte de la distinción internalización-externalización, se distancian del modelo propuesto.

Además, el modelo muestra una correlación elevada entre los puntajes en el factor internalización y externalización. Esta correlación indica que ambos tipos de problemas pueden coexistir en un mismo sujeto. Achenbach y Rescorla (2000) indican que en aquellos casos donde coexiste una sintomatología prioritariamente internalizadora y externalizadora, existirían altos índices de riesgo y vulnerabilidad psicopatológica.

El modelo propuesto de siete síndromes y dos dimensiones jerárquicamente superiores (internalización-externalización) captura adecuadamente el rango de problemas de los niños tal como son percibidos por sus padres en Chile y en otros paí-

**TABLA 4**  
Confiabilidad de la escalas en muestra de Chile y Estados Unidos

Escala	N° de Ítems	alfa de Cronbach		<i>p</i> <sup>a</sup>
		Muestra chilena (N= 415)	Muestra USA (N=1126)	
Problemas Afectivos	9	0.76	0.73	n. s.
Problemas de Ansiedad	8	0.69	0.66	n. s.
Somatizaciones	11	0.6	0.8	< 0.001
Conductas de Retraimiento y/o Problemas del Pensamiento	8	0.7	0.75	< 0.05
Alteraciones del Sueño	7	0.75	0.78	n. s.
Problemas de Atención	5	0.55	0.68	< 0.001
Comportamiento Agresivo	19	0.89	0.92	< 0.001
Internalización	36	0.88	0.89	n. s.
Externalización	24	0.9	0.92	< 0.01
Escala Total	100	0.95	0.95	n. s.

*Nota. a.* Comparación de alfa de Cronbach utilizando el método desarrollado por Hakstian y Whalen (1976). Datos de la muestra estadounidense extraídos del ASEBA Preschool Forms & Profiles, by T. M. Achenbach and L. A. Rescorla (2000). Fuente: elaboración propia

ses de Asia, Europa, Medio Este y Latinoamérica (Ivanova et al., 2010) que se pueden diferenciar en las formas de criar a los niños y en la identificación de problemas y/o dificultades en estos.

La confiabilidad de la escala total así como los factores internalización y externalización son adecuados, no obstante, los puntajes de los factores problemas de atención y somatización son deficientes ( $\leq 0.6$ ) e inferiores a la confiabilidad obtenida en la muestra en que se desarrolló el instrumento.

Si bien los resultados fueron obtenidos en una muestra que cubre el espectro de edad en estudio y los diferentes niveles socioeconómicos de la realidad nacional, se considera que una limitación del presente estudio fue la dificultad de comprobar el modelo completo en una muestra que presente características clínicas. Futuros estudios requieren estimar la estabilidad de los resultados obtenidos al diferenciar según el género, los tramos etarios específicos de los niños y condiciones de mayor vulnerabilidad.

Finalmente, estos resultados indican que el CBCL 1½-5 es un instrumento válido, que puede ser una herramienta útil para estudiar la prevalencia de problemas de salud mental en los niños chilenos.

## Referencias

- Achenbach, T. M. (1992). *Manual for the Child Behavior Checklist/2-3 and profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Angold, A., & Egger, H. L. (2004). Psychiatric diagnosis in preschool children. En R. Del Carmen-Wiggins & A. Carter (Eds.), *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment* (pp. 123-139). New York: Oxford University Press.
- Bandalos, D. L., & Finney, S. J. (2001). Item parceling issues in structural equation modeling. En G. A. Marcoulides & R. E. Schumacker (Eds.), *Advanced structural equation modeling: New developments and techniques* (pp. 269-296). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107(2), 238-246. doi:10.1037/0033-2909.107.2.238
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. En K. A. Bollen & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). Beverly Hills, CA: Sage.
- Carmines, E. G., & McIver, J. P. (1981). Analyzing models with unobserved variables. En G. W. Bohrnstedt & E. F. Borgatta (Eds.), *Social measurement: Current issues* (pp. 122-133). Beverly Hills, CA: Sage.
- De la Barra, F., Toledo, V., & Rodríguez, J. (2004). Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago Occidente. I: Prevalencia y seguimiento de problemas conductuales y cognitivos. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 42(4), 259-272.
- Eapen, V., Yunis, F., Zoubeidi, T., & Sabri, S. (2004). Problem behaviors in 3-year-old children in the United Arab Emirates. *Journal of Pediatric Health Care*, 18(4), 186-191. doi:10.1016/j.pedhc.2004.02.005
- Egger, H. L., & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3-4), 313-337. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01618.x
- Erol, N., Simsek, Z., Oner, O., & Munir, K. (2005). Behavioral and emotional problems among Turkish children at ages 2 to 3 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(1), 80-87. doi:10.1097/01.chi.0000145234.18056.82
- Flora, D. B., & Curran, P. J. (2004). An empirical evaluation of alternative methods of estimation for confirmatory factor analysis with ordinal data. *Psychological Methods*, 9(4), 466-491. doi:10.1037/1082-989X.9.4.466
- Frigerio, A., Cozzi, P., Pastore, V., Molteni, M., Borgatti, R., & Montiroso, R. (2006). La valutazione dei problemi emotivo comportamentali in un campio-



- ne italiano di bambini in eta prescolare attraverso la Child Behavior Checklist e il Caregiver Teacher Report Form. *Infanzia e Adolescenza*, 5(1), 24-32.
- Hannesdóttir, H., & Einarsdóttir, S. (1995). The Icelandic child mental health study, an epidemiological study of Icelandic children 2-18 years of age using the Child Behavior Checklist as a screening instrument. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 4(4), 237-248.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. doi:10.1080/10705519909540118
- Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Harder, V. S., Ang, R. P., Bilenberg, N., Bjarnadottir, G., et al. (2010). Preschool psychopathology reported by parents in 23 societies: Testing the seven-syndrome model of the Child Behavior Checklist for ages 1.5-5. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(12), 1215-1224. doi:10.1016/j.jaac.2010.08.019
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1995). *LISREL 8 User's reference guide* [Software manual]. Chicago: Scientific Software Inc.
- Kashani, J. H., Allan, W. D., Beck, N. C. J., Bledsoe, Y., & Reid, J. C. (1997). Dysthymic disorder in clinically referred preschool children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(10), 1426-1433. doi:10.1097/00004583-199710000-00025
- Kristensen, S., Henriksen, T. B., & Bilenberg, N. (2010). The Child Behavior Checklist for Ages 1.5-5 (CBCL/1½-5): Assessment and analysis of parent- and caregiver-reported problems in a population-based sample of Danish preschool children. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64(3), 203-209. doi:10.3109/08039480903456595
- Lavigne, J. V., Le Bailly, S. A., Hopkins, J., Gouze, K. R., & Binns, H. J. (2009). The prevalence of ADHD, ODD, depression and anxiety in a community sample of 4-year-olds. *Journal Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(3), 315-328. doi:10.1080/15374410902851382
- Lecannelier, F. (2006). *Apego e intersubjetividad*. Santiago: LOM Ediciones.
- Lecannelier, F., Hoffmann, M., & Ascanio, L. (2008). Problemas, proyecciones, y desafíos en la salud mental infantil: Necesidad de reformular el rol profesional. *Horizonte de Enfermería*, 19(1), 45-56.
- Liu, J., McCauley, L. A., Zhao, Y., Zhang, H., Pinto-Martin, J., & Jintan Cohort Study Group (2010). Cohort Profile: The China Jintan Child Cohort Study. *International Journal of Epidemiology*, 39(3), 668-674.
- Postert, C., Averbek-Holocher, M., Beyer, T., Muller, J., & Furniss, T. (2009). Five systems of psychiatric classification for preschool children: Do differences in validity, usefulness, and reliability make for competitive or complimentary constellations? *Child Psychiatry & Human Development*, 40(1), 25-41. doi:10.1007/s10578-008-0113-x
- Satorra, A., & Bentler, P. M. (1994). Corrections for test statistics and standard errors in covariance structure analysis. En A. Von Eye & C. C. Clogg (Eds.), *Latent variable analysis: Applications for developmental research* (pp. 399-419). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sourander, A. (2001). Emotional and behavioral problems in a sample of Finnish three-year-olds. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10(2), 98-104.
- Tick, N. T., van der Ende, J., Koot, H. M., & Verhulst, F. C. (2007). 14-year changes in emotional and behavioral problems of very young Dutch children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(10), 1333-1340. doi:10.1097/chi.0b013e3181337532
- Tremblay, R. E., Masse, L. C., Vitaro, F., & Pihl, R. O. (1995). The impact of friends' deviant behavior on early onset delinquency: Longitudinal data from 6 to 13 years of age. *Development & Psychopathology*, 7(4), 649-667. doi:10.1017/S0954579400006763
- Van den Oord, E. J. C. G., Koot, H. M., Boomsma, D. I., Verhulst, F. C., & Orlebeke, J. F. (1995). A twin-singleton comparison of problem behavior in 2-3 year-olds. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36(3), 449-458. doi:10.1111/j.1469-7610.1995.tb01302.x
- Vicente, B., Saldivia, S., Rioseco, P., De la Barra, F., Valdivia, M., Melipillan, R., Zúñiga, M., et al. (2010). Epidemiología de trastornos mentales infanto-

juveniles en la Provincia de Cautín. *Revista Médica de Chile*, 138(8), 965-973.

Wakschlag, L. S., Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Hill, C., Danis, B., Keenan, K., McCarthy, K. J., et al. (2007). A developmental framework for

distinguishing disruptive behavior from normative misbehavior in preschool children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(10), 976-987. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01786.x