



**Propiedades psicométricas del *Children Behavior Check List*
(CBCL) - Versión 1 ½-5 en una muestra representativa
uruguaya**

Análisis de confiabilidad y validez utilizando datos de la ENDIS

Mag. Lucía Alvarez-Nuñez

Mag. Meliza González

Dr. Alejandro Vásquez Echeverría

Tabla de contenido

1. Introducción	3
2. Método	8
2.1. Participantes y procedimiento	8
2.2. Instrumentos	9
2.3. Análisis de datos:	10
2.4. Tratamiento de la base	11
3. Resultados	11
3.1. Dimensionalidad y consistencia interna	11
3.1. Descriptivos y comparación de medias	14
4. Discusión	19
5. Referencias bibliográficas	21

Validación del *Children Behavior Check List* (CBCL) - Versión 1 ½-5

1. Introducción

El *Child Behavior Check List* (CBCL 1 ½-5) es un instrumento de *screening* que evalúa los problemas conductuales, emocionales y sociales de los niños de un año y medio a cinco años de edad. Es completada por los padres biológicos, sustitutos o referentes de los niños, quienes a su vez, informan sobre su situación laboral actual y relación con el/la niño/a (Achenbach, 1991; Achenbach & Rescorla, 2000). El CBCL posee versiones para otras edades y es parte del sistema de evaluación del comportamiento ASEBA.

La versión más actualizada del CBCL es la publicada en Achenbach & Rescorla (2000) para niños de 1.5 a 5 (en adelante 1½ - 5) años de edad. El CBCL 1½-5 está conformado por 100 ítems de los cuales 99 son cerrados y el último es de respuesta abierta. Los primeros 99 ítems tienen tres valores de respuestas (0= No es cierto; 1= En cierta manera, algunas veces; 2= Muy cierto o cierto a menudo), en alguno de los cuales los respondientes pueden brindar información descriptiva. En el último ítem los participantes detallan si el niño presenta algún problema no contemplado previamente en el instrumento.

La estructura factorial del CBCL 1½-5 fue evaluada por Achenbach & Rescorla (2000) mediante un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) y Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) en una muestra de población norteamericana. Para realizar ambos análisis dicotomizan las respuestas de los participantes con el fin de evitar riesgos estadísticos de emplear valores de respuestas con poca frecuencia. En ese estudio se obtuvo evidencia que el CBCL 1½-5 se compone de siete factores correlacionados. Los factores fueron denominados: (I) Emocionalmente reactivo (con cargas factoriales que oscilan entre 0.33 a 0.73); (II) Ansioso / Deprimido (0.21 a 0.76); (III) Quejas somáticas (0.38 a 0.96). (IV) Retraído (0.28 a 0.86); (V) Problemas para dormir (0.44 a 0.76); (VI) Problemas de atención (0.39 a 0.59) y (VII) Conductas agresivas (0.16 a 0.79). El modelo sugerido presenta adecuados índices de ajustes sin mostrar diferencias entre niñas y varones (Achenbach & Rescorla, 2000).

En Achenbach & Rescorla (2000) también testean un modelo de segundo orden en una muestra norteamericana. En el primer nivel se encuentran los siete síndromes mencionados previamente. En el segundo nivel, se identifican dos factores: *Comportamientos internalizantes* y *Comportamientos externalizantes*. El primero, refiere a los problemas vinculados al “yo” (compuesto por los síndromes I, II, III y VI). El segundo, refiere a los conflictos con otras personas y con las expectativas del niño (incluye los síndromes VI y VII). El factor Problemas para dormir presentó cargas factoriales bajas, por lo cual, no es incorporado en este modelo.

Para calcular las puntuaciones del CBCL 1½ - 5 Achenbach & Rescorla (2000) sugieren cuatro cálculos diferentes. En el primero, se propone la suma de las puntuaciones de cada ítem en su respectivo síndrome y la suma de cada síndrome en su respectivo factor de

segundo orden (con la excepción del síndrome Problemas para dormir que no es ingresado en los factores de segundo orden). El segundo, sugiere el cálculo de *Problemas totales* conformado por la suma de los 99 ítems con su puntuación en escala Likert. La tercera puntuación propuesta por Achenbach & Rescorla (2000) es la clasificación de la escala continuando con los patrones de evaluación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). Para esto propone cinco agrupaciones: Problemas afectivos; Problemas de ansiedad; Problemas de desarrollo generalizados; Déficit atencional/Problemas de hiperactividad; Problemas de oposición desafiante. Adicionalmente los autores proponen la escala de Problemas de estrés cuyo puntaje se obtiene como la suma de siete ítems del instrumento. Por último, sugieren la evaluación de las puntuaciones en base a tres categorías: Normal, *Bordelinde* y Clínico.

En la Tabla 1 se presentan las medias y desvíos de cada una de las puntuaciones descritas en la muestra normativa de 700 niños norteamericanos (Achenbach & Rescorla, 2000).

Tabla 1. Medias y desviación típica de los puntajes CBCL de Achenbach & Rescorla (2000)

Dominios	M (DT)
Síndromes	
Emocionalmente reactivo	2.4(2.2)
Ansioso/Deprimido	2.9(2.3)
Quejas somáticas	1.8(1.9)
Retraído	1.5(1.7)
Problemas para dormir	2.8(2.4)
Problemas de atención	2.5(1.9)
Conducta agresiva	10.4(6.4)
Factores de segundo orden	
Comportamientos Internalizantes	8.6(6.2)
Comportamientos Externalizantes	12.9(7.7)
Agrupaciones del DSM	
Problemas afectivos	2.1 (2.0)
Problemas de ansiedad	3.4(2.5)
Problemas de desarrollo generalizados	2.8(2.4)
Déficit atencional/Problemas de hiperactividad	5(2.8)
Problemas oposición desafiante	3.6(2.5)
Estrés	1.8(1.6)
Problemas totales	33.3(18.7)

Notas. M (DT) = Media (Desviación Típica)

Estudios transculturales

Achenbach & Rescorla (2010) realizan una agrupación en función del nivel de los puntajes/ómnibus de Problemas totales en la cual categorizan a 23 sociedades (Tabla 2). En la Tabla 2 se presenta la agrupación realizada por Achenbach & Rescorla (2010) en función de los puntajes de problemas totales del CBCL.

Tabla 2. Grupos de sociedades según Puntaje de Problemas totales según Achenbach & Rescorla (2000)

Sociedad	Grupo	N
Australia	2	1793
Bélgica	2	1117
Chile	3	483
China	2	908
Dinamarca	1	851
Finlandia	2	370
Francia	2	1204
Alemania	2	850
Islandia	1	305
Irán	2	1346
Italia	2	466
Corea del Sur	2	2327
Kosovo	2	481
Lituania	3	931
Países Bajos	2	608
Perú	2	1027
Portugal	2	407
Rumania	2	938
Singapur	2	301
España	1	570
Taiwán	3	306
Turquía	2	825
Emiratos Árabes Unidos	2	692
Estados Unidos	2	700

Cada sociedad es categorizada en el grupo 1 si la media de los Problemas totales está por debajo en un desvío estándar de la media *omnicultural*; en el grupo 2 si la media de Problemas totales está entre -1 y 1 desvío estándar o en el grupo 3 si la media está por encima de 1 desvío estándar de la media *omnicultural*.

Los puntos de corte recomendados para las sociedades de cada grupo se presentan en la Tabla 3. Los autores proponen que se utilice el grupos 2 (estándar ASEBA) correspondiente a Estados Unidos –cuya muestra se describe en Achenbach & Rescorla (2000)– en las sociedades que no dispongan de la norma (Achenbach & Rescorla, 2010).

Tabla 3: Puntos de corte para cada grupo de sociedades (Achenbach & Rescorla, 2010).

Factor	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	<i>Borderline</i>	Clínico	<i>Borderline</i>	Clínico	<i>Borderline</i>	Clínico
Síndrome						
Emocionalmente reactivo	5	6	6	9	7	8
Ansioso/Deprimido	5	7	7	9	9	11
Quejas somáticas	4	6	5	7	7	9
Retraído	4	5	5	6	7	9
Problemas para dormir	6	8	8	9	8	10
Problemas de atención	4	6	6	7	6	8
Conducta agresiva	16	20	21	25	23	28
Segundo orden						
C. Internalizantes	10	13	14	18	19	23
C. Externalizantes	14	18	21	25	23	27
Problemas totales	34	42	52	61	64	75

Notas. C= Comportamiento.

Estudios de validación del Children Behavior Check List 1½ - 5

El modelo de siete factores correlacionados y el modelo de segundo orden de Achenbach & Rescorla (2000) es testado por Lecannelier et al. (2014) y Cova et al. (2016) en una muestra de población chilena con las puntuaciones dicotomizadas. A su vez, Ivanova et al. (2010) evalúan el modelo de siete factores correlacionados (luego de dicotomizar las respuestas) en 23 países provenientes de Asia, Australia, Europa, Medio Oriente y Sudáfrica. Por último, Dedrick, Tan, & Marfo (2008) testean el modelo de siete factores correlacionados con las puntuaciones originales (valores posibles 0, 1 y 2) y las dicotomizadas con una población proveniente de China.

Los dos modelos evaluados por Lecannelier et al. (2014) obtienen índices de ajustes aceptables en la mayoría de los factores evaluados. Por un lado, en el modelo de siete factores correlacionados las cargas factoriales oscilan entre 0.33 a 0.88 (todas estadísticamente significativas). Por otro lado, el modelo de segundo orden presenta saturaciones en los factores de primer orden de entre 0.64 a 0.92 con una carga de entre 0.82 a 1.00 con los factores de segundo orden. El alfa de Cronbach (en adelante α) es mayor a .70 en todos los factores, con la excepción de Ansiedad/Depresión ($\alpha = 0.69$), Quejas somáticas ($\alpha = 0.60$) y Problemas atencionales ($\alpha = 0.55$). El α fue evaluado con los ítems originales (no dicotomizados).

Cova et al. (2016) reportan adecuados índices de ajustes de ambos modelos evaluados al igual que en Achenbach & Rescorla (2000) y Lecannelier et al. (2014). El modelo de siete factores correlacionados obtuvo cargas factoriales que oscilan entre .20 a .79 (todas con significancia estadística) con una mediana de .60. En el modelo de segundo orden los ítems del primer nivel presentan cargas factoriales estadísticamente significativas y mayores a .70, con un alfa de Cronbach mayor a .60, con la excepción de Quejas somáticas ($\alpha = .54$) y Problemas

atencionales ($\alpha = .51$). Los factores de segundo orden presentan un α mayor a $.86$ y una correlación de la puntuación factorial (latente) de $.80$. La puntuación total presenta una mediana de 45.52 ($DT = 21.96$), Comportamientos Internalizantes de 12.8 ($DT = 8.22$) y Comportamientos externalizantes de 16.89 ($DT = 8.26$). No se reportan diferencias estadísticamente significativas según la edad de los niños. Sin embargo, Cova et al. (2016) destacan que los niños de tres años presentan mayores conductas desadaptativas que en el resto de las edades evaluadas. A su vez, los varones presentan mayores conductas desadaptativas que las niñas.

Ivanova et al. (2010) reportan adecuados índices de ajustes del modelo de siete factores correlacionados en 23 países. A su vez, indican que la mediana de las cargas factoriales a nivel ítem fue alta (mayor a 0.61). Ivanova et al. (2010) concluyen que el patrón similar entre las 23 sociedades permite sugerir que el modelo las puntuaciones obtenidas mediante el modelo de siete factores son comparables. De todas formas, en algunas sociedades se observan índices de ajuste algo por debajo de lo recomendado.

Por último, en Dedrick et al. (2008) el modelo de siete factores correlacionados presenta adecuados índices de ajustes con las puntuaciones originales ($0,1$ y 2) y las dicotómicas. El alfa de Cronbach de los síndromes evaluados, Comportamientos Internalizantes, Comportamientos externalizantes y Problemas totales fue levemente menor al reportado originalmente en Achenbach & Rescorla (2000). La mayor diferencia se observa en Quejas somáticas con un alfa de 0.41 (en comparación con $.80$ del estudio original) y Retraído con $.63$ (en comparación a $.75$ del original). Las cargas factoriales presentadas en Dedrick et al. (2008) son similares a las reportadas en Achenbach & Rescorla (2000).

Estudios latinoamericanos con el CBCL 1½ - 5

Por otra parte, diversos estudios han reportado las puntuaciones del CBCL 1½ - 5 con población latinoamericana. Por ejemplo, Vázquez & Corina (2017) con población urbana argentina ($N = 541$) y Albores-Gallo, Hernández-Guzmán, Hasfura-Buenaga, & Navarro-Luna (2016) con una muestra de mexicanos ($N = 438$).

El primer estudio, está conformado por niños escolarizados de la población general y por clínica de niños derivado de servicios de salud mental, para los cuales se adaptó la redacción de algunos ítems. En esta investigación se reportan alfas de Cronbach de 0.90 para la Puntuación total, 0.89 en Comportamientos externalizantes y 0.81 en Comportamientos Internalizantes. A su vez, los síndromes del CBCL obtuvieron alfas de entre 0.45 (Quejas somáticas) y 0.88 (Comportamiento agresivo).

En la segunda investigación, realizan un test-retest con un intervalo de una semana reportando coeficientes de correlación de Pearson de 0.88 en Problemas totales, 0.89 en Comportamientos externalizantes, 0.85 en Comportamientos Internalizantes. Los coeficientes de correlación test-retest de los síndromes oscilan entre 0.70 y 0.89 . A su vez, en la investigación de Vázquez & Corina (2017) realizan un test-retest con un intervalo de 6 meses

reportando coeficientes de correlación de Pearson superiores a 0.50 (todos con significancia estadística).

En el estudio de Albores-Gallo et al. (2016) se adaptó el CBCL al lenguaje coloquial mexicano. En este estudio reportan un alfa de Cronbach de 0.95 para Problemas totales, 0.89 en Comportamientos internalizantes y 0.91 en Comportamientos externalizantes. A su vez, todos los síndromes presentan α mayores a 0.70, salvo Quejas somáticas ($\alpha = 0.61$), Problemas para dormir ($\alpha = 0.68$) y Problemas atencionales ($\alpha = 0.57$). Albores-Gallo et al., 2016 indican que no hay diferencias entre los alfas de Cronbach del grupo clínico y comunitario (evaluado mediante la prueba de Feldt).

Albores-Gallo et al. (2016) evalúan la estabilidad temporal de la escala mediante un test-retest con un intervalo de una semana obteniendo un coeficiente de correlación de 0.92 en la Puntuación Total. Mientras que los síndromes oscilaron entre 0.79 (Quejas somáticas) y 0.95 (en Comportamientos externalizantes y Comportamientos internalizantes).

Objetivos de este estudio

Este estudio tiene por objetivo determinar algunas propiedades psicométricas, especialmente vinculadas a la confiabilidad y validez de la estructura interna del CBCL utilizando una muestra representativa de Uruguay. Asimismo, se pretende analizar el patrón de relación con otras variables, para determinar si el funcionamiento psicométrico del instrumento es el esperado. Por último, tenemos el objetivo de analizar el comportamiento de las puntuaciones en Uruguay en comparación con las normas multiculturales propuestas por Rescorla et al. (2011).

2. Método

2.1. Participantes y procedimiento

La aplicación del CBCL se realizó en el marco de la segunda ronda de la Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS). La ENDIS es una encuesta con metodología panel, que relevó en su primera ronda a una muestra representativa a nivel nacional de hogares en áreas urbanas con niños de 0 a 48 meses de edad, la cual fue realizada en el año 2013. La muestra se corresponde con los hogares entrevistados entre febrero de 2012 y noviembre de 2013 por la Encuesta Continua de Hogares (ECH) del Instituto Nacional de Estadística (INE) ubicados en áreas urbanas que incluían niños de 0 a 3 años cumplidos. La tasa de respuesta efectiva de la primera ronda fue del 66%. En la segunda ronda, dos años después (año 2015), se volvió a visitar a los hogares particulares, donde residían los niños que participaron en la primera ronda. La tasa de respuesta fue del 77%. Además, se encuestaron

228 que no se habían podido entrevistar en la primera ola, obteniéndose un total de 2.611 niños evaluados (52.7% varones).

El instrumento CBCL fue suministrado por estudiantes de psicometría. El 96% de las encuestas fueron respondidas por la madre del niño, un 2% por el padre y resto por otro familiar o no familiar. El rango de edad en meses de los niños evaluados fue de 24 a 79 (M=51.3; DT=11).

En cuanto a la situación socioeconómica del hogar al que pertenecían los niños, el 19% vive en condiciones de hacinamiento. El 65% de los niños vive en hogares nucleares (integrados por ambos padres), seguidos de hogares extendidos (21%), monoparentales (12%) y compuestos (2%).

La proporción de niños evaluados con madres ocupadas es del 65%. En cuanto a la educación de la madre el 56% de los niños tienen madres que han alcanzado 10 o más años de educación, el 26% ha alcanzado entre 7 y 9 años de educación y el 18% cuenta con 6 o menos años de educación (Mides, 2018).

2.2. Instrumentos

En este estudio se utilizó la versión del CBCL adaptada y traducida al español autorizada por los autores del instrumento (Achenbach & Rescorla, 2000). En este estudio se empleó la versión de 1½-5 compuesta por 99 ítems con tres escalas de valoración (0= No es cierto -que sepa usted-; 1= En cierta manera, algunas veces; 2= Muy cierto o cierto a menudo) y por un ítem de respuesta semi-abierta en la cual los participantes pueden anotar otros problemas que presente el niño y no estén contempladas en el cuestionario.

Con los primeros 99 ítems se calculan siete síndromes: (I) Emocionalmente reactivo (ejemplo de ítem: *Cualquier cambio de rutina lo/la perturba*); (II) Ansioso / Deprimido (*Es demasiado dependiente o apegado(a) a los adultos*); (III) Quejas somáticas (*Dolores o malestares (sin causa médica; o incluye dolor de estómago o dolor de cabeza)*), (IV) Retraído (*Evita el contacto visual con otras personas*); (V) Problemas para dormir (*No quiere dormir solo(a)*); (VI) Problemas de atención (*No puede concentrarse o prestar atención por mucho tiempo*), (VII) Conductas agresivas (*No puede esperar lo quiere todo de inmediato*) (Achenbach & Rescorla, 2000). Cada síndrome es obtenido mediante la suma de los ítems correspondientes.

A su vez, como se mencionó anteriormente, en el CBCL se calculan dos factores: Comportamientos internalizantes y Comportamientos externalizante. El primero, se obtiene mediante la suma de las puntuaciones de los síndromes: Emocionalmente Reactivo, Ansioso/Depresivo, Quejas somáticas y Retraído. El segundo, se calcula mediante la suma de Problemas atencionales y Conductas agresivas. Por último, se calculó el puntaje de los Problemas Totales mediante la suma de las puntuaciones en todos los 99 ítems.

2.3. Análisis de datos:

En este estudio se empleó el paquete estadístico SPSS versión 19 para calcular los estadísticos descriptivos y realizar la comparación de medias entre los síndromes. En los análisis mencionados anteriormente se imputaron los valores perdidos empleando el método EM (del inglés *Expectation Maximization*) (Soley-bori, 2013). A su vez, se empleó el programa JASP con el cual se calcularon el tamaño del efecto de d-Cohen.

En esta investigación también se utilizó el programa MPLUS versión 7 para realizar el Análisis Factorial Confirmatorio, calcular las correlaciones y estimar el omega de McDonald. Ambos análisis fueron realizados con el estimador MLR (del inglés *Maximum Likelihood Robust*) con el fin de calcular las estimaciones de máxima verosimilitud con errores estándares robustos (Byrne, 2013) y el estimador FIML (del inglés *Full Information Maximum Likelihood*) para trabajar con los valores perdidos.

La dimensionalidad de la escala fue evaluada mediante el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC). El AFC fue realizado con el método MLR. En ningún modelo se especificaron correlaciones de los términos de error entre los ítems al no identificarse índices de modificación elevados. En el AFC se testeo el modelo unifactorial de los siete síndromes de la escala; un modelo de 7 factores correlacionados y un modelo de segundo orden al igual que en (Achenbach & Rescorla, 2000). Para evaluar la estructura factorial de la escala se dicotomizaron las respuestas de los sujetos al igual que en Achenbach & Rescorla (2000): 0= No es cierto; 1= En cierta manera, algunas veces y Muy cierto o cierto a menudo.

Luego de determinar la dimensionalidad del instrumento se evaluó la consistencia interna de los factores obtenidos mediante la estimación del omega de McDonald. Los valores mayores o iguales a .70 fueron considerados adecuados (Cicchetti, 1994; Viladrich, Angulo-Brunet, & Doval, 2017), valores de entre .80 a .89 buenos y desde .90 excelentes (Cicchetti, 1994).

En el análisis descriptivo se calcularon los puntajes suma de la escala y las subescalas. A su vez, se reportó el efecto suelo y techo (porcentaje de casos que tienen el mínimo y máximo puntaje posible) de cada puntuación compuesta. Para explorar las diferencias en los puntajes entre niños y niñas se realizaron pruebas con el estadístico t-Student y se estimó el tamaño del efecto a través de la medida d-Cohen. Las diferencias según años de edad y quintil de ingreso del hogar se estimaron mediante un ANOVA de un factor y la prueba no paramétrica Kruskal-Wallis, tomando en cuenta el contraste del supuesto de homocedasticidad mediante la prueba de Levene. Además, se realiza la comparación múltiple de medias, sin asumir igualdad de varianzas en los grupos, utilizando el estadístico T2 de Tamhane. Se considera un nivel de significación con un p -valor menor a 0.05.

2.4. Tratamiento de la base

Se eliminó las respuestas de seis sujetos por no contestar ocho ítems del CBCL como se recomienda en Achenbach & Rescorla (2000) y dos por no contestar los primeros 5 ítems de la escala. A su vez, se excluyeron las respuestas de 32 participantes por tener 72 o más meses de edad (6 años) a la fecha de evaluación, quedando 2.571 casos disponibles para los análisis.

Se identificó un total de 88 valores perdidos (0.03% del total de los datos) el máximo se obtuvo en el ítem 41 (0.7%). Para los análisis realizados en el SPSS se imputaron valores perdidos en 72 individuos: 61 niños con un ítem no respondido, 6 niños con dos ítems no respondidos y 5 niños con tres ítems sin respuesta.

3. Resultados

3.1. Dimensionalidad y consistencia interna

Los ocho síndromes de la escala CBCL 1½-5 presentan adecuados índices de ajuste y cargas factoriales al ser evaluados unidimensionalmente. En la Tabla 4 se presentan los índices de ajuste del modelo de siete factores correlacionados y de segundo orden. El modelo de siete factores correlacionados y el de segundo orden presentan índices de ajustes adecuados en esta muestra.

Tabla 4: Índices de ajuste del análisis factorial confirmatorio

Modelo	χ^2	gl	CFI	TLI	RMSEA (IC 90%)	WRMR
1. Siete factores correlacionados	5.196.941	2123	0.932	0.93	0.024 (0.023 - 0.025)	1.705
2. Segundo orden	7.333.427	1824	0.874	0.87	0.034 (0.033 - 0.035)	2.294

En la Tabla 5 se presentan las cargas factoriales y confiabilidad del modelo de siete factores correlacionados. En la Tabla 6 se presentan las cargas factoriales y confiabilidad del modelo de segundo orden.

Tabla 5: Cargas factoriales y confiabilidad del modelo de siete factores correlacionados

ER ($\omega=0.79$)			AD ($\omega=0.76$)			QS ($\omega=0.80$)			R ($\omega=0.80$)			PD ($\omega=0.72$)			PA ($\omega=0.68$)			CA ($\omega=0.89$)		
It.	β	R ²	It.	β	R ²	It.	β	R ²	It.	β	R ²	It.	β	R ²	It.	β	R ²	It.	β	R ²
21	0.60	0.36	10	0.54	0.29	1	0.53	0.29	2	0.58	0.34	22	0.53	0.28	5	0.65	0.42	8	0.73	0.53
46	0.43	0.19	33	0.66	0.44	7	0.47	0.22	4	0.56	0.32	38	0.57	0.33	6	0.72	0.52	15	0.63	0.39
51	0.52	0.27	37	0.57	0.33	12	0.54	0.29	23	0.70	0.49	48	0.67	0.45	56	0.55	0.30	16	0.63	0.39
79	0.75	0.56	43	0.71	0.50	19	0.63	0.40	62	0.68	0.46	64	0.65	0.42	59	0.63	0.39	18	0.61	0.37
82	0.79	0.63	47	0.74	0.55	24	0.52	0.27	67	0.75	0.56	74	0.56	0.32	95	0.63	0.40	20	0.69	0.48
83	0.80	0.63	68	0.52	0.27	39	0.64	0.40	70	0.74	0.57	84	0.63	0.39				27	0.57	0.33
92	0.62	0.39	87	0.71	0.50	45	0.68	0.47	71	0.76	0.56	94	0.61	0.37				29	0.59	0.35
97	0.66	0.44	90	0.57	0.32	52	0.59	0.35	98	0.74	0.55							35	0.59	0.35
99	0.53	0.28				78	0.71	0.50										40	0.71	0.50
						86	0.53	0.28										42	0.57	0.33
						93	0.67	0.45										44	0.74	0.55
																		53	0.73	0.53
																		58	0.62	0.39
																		66	0.72	0.52
																		69	0.61	0.37
																		81	0.81	0.66
																		85	0.76	0.57
																		88	0.57	0.32
																		96	0.67	0.45

Notas. It= Ítem; ER= Emocionalmente Reactivo; AD= Ansiedad/Depresión; QS= Quejas Somáticas; R= Retraído; PD= Problemas para dormir; PA= Problemas atencionales; CA= Comportamiento agresivo; Todas las cargas son significativas con $p < .001$.

Tabla 6: Cargas factoriales y confiabilidad del modelo de segundo orden

ER ($\omega = .79$)			AD ($\omega = .76$)			QS ($\omega = .80$)			R ($\omega = .80$)			PA ($\omega = .68$)			CA ($\omega = .89$)			C. In. ($\omega = .75$)		C. Ex. ($\omega = .64$)	
It.	β	r2	It.	β	r2	It.	β	r2	It.	β	r2	It.	B	r2	It.	β	r2	It.	β	It.	β
21	0.60	0.35	10	0.53	0.29	1	0.54	0.29	2	0.58	0.34	5	0.65	0.42	8	0.73	0.53	ER	0.98	PA	0.91
46	0.43	0.18	33	0.67	0.45	7	0.48	0.23	4	0.57	0.32	6	0.73	0.53	15	0.63	0.39	AD	0.96	CA	0.97
51	0.52	0.27	37	0.57	0.33	12	0.54	0.29	23	0.69	0.48	59	0.63	0.29	16	0.63	0.40	QS	0.68		
79	0.75	0.56	43	0.70	0.50	19	0.61	0.38	62	0.68	0.46	56	0.54	0.40	18	0.61	0.38	R	0.79		
82	0.79	0.63	47	0.74	0.55	24	0.51	0.26	67	0.74	0.55	95	0.62	0.38	20	0.69	0.48				
83	0.80	0.64	68	0.53	0.28	39	0.62	0.39	79	0.74	0.55				27	0.57	0.32				
92	0.62	0.39	87	0.70	0.49	45	0.69	0.48	71	0.77	0.59				29	0.59	0.35				
97	0.66	0.43	90	0.57	0.32	52	0.59	0.35	98	0.74	0.55				35	0.59	0.35				
99	0.53	0.28				78	0.71	0.50							40	0.71	0.50				
						86	0.54	0.30							42	0.56	0.32				
						93	0.69	0.47							44	0.74	0.55				
															53	0.73	0.53				
															58	0.63	0.39				
															66	0.72	0.51				
															69	0.61	0.37				
															81	0.82	0.67				
															85	0.75	0.57				
															88	0.57	0.32				
															96	0.67	0.45				

Notas. It= Ítem; ER= Emocionalmente Reactivo; AD= Ansiedad/Depresión; QS= Quejas Somáticas; R= Retraído; PA= Problemas atencionales; CA= Comportamiento agresivo; C. Ex.= Comportamiento Externalizante; C. In.= Comportamiento Internalizante; Todas las cargas son significativas con $p < .001$.

3.1. Descriptivos y comparación de medias

En la Tabla 7 se presenta la cantidad de ítems, media junto a su desvío estándar y el efecto suelo de todos los síndromes, Comportamientos Internalizantes, Comportamientos externalizantes, cinco agrupaciones del DSM, estrés y puntuación total.

Tabla 7: Cantidad de ítems, media (desvío estándar) y efecto suelo en los puntajes del CBCL

Factores	Cantidad de ítems	M (DT)	% Efecto suelo
Síndromes			
Emocionalmente reactivo	9	1.3 (2.2)	54.6
Ansioso/Deprimido	8	2.7 (2.7)	27.3
Quejas somáticas	11	1 (1.6)	57.1
Retraído	8	0.9 (1.7)	59.3
Problemas para dormir	7	1.6 (1.9)	39.8
Problemas de atención	5	2 (1.9)	29.6
Conducta agresiva	19	7.4 (6.8)	13.1
Otros problemas	32	6.4 (5.9)	12.3
Factores de segundo orden			
Comportamientos Internalizantes	36	6 (6.5)	17
Comportamientos Externalizantes	24	9.5 (8.1)	10
Agrupaciones del DSM			
Problemas afectivos	10	1.2(1.8)	52.8
Problemas de ansiedad	10	3.2(3.1)	23.3
Problemas de desarrollo generalizados	13	1.8(2.5)	40.6
Déficit atencional/Problemas de hiperactividad	6	3.9(3.2)	17.6
Problemas oposición desafiante	6	3(2.9)	26
Estrés	7	1.1(1.8)	55.3
Problemas totales	99	23.5 (19.9)	4.7

Notas. M (DT) = Media (DesviaciónTípica); % = Porcentaje.

El efecto suelo de Problemas totales es 4.7% y en Comportamientos externalizantes y Comportamientos Internalizantes es 10% y 17%, respectivamente. En los síndromes el efecto suelo oscila entre 13.1% y 54.6% (excluyendo el agrupamiento Otros problemas). Conducta agresiva es el que presenta menor efecto suelo (ítems con menor prevalencia) y Emocionalmente reactivo el mayor efecto suelo (ítems con mayor prevalencia). El efecto techo es 0% en todos los casos debido a que en la muestra no hay casos que obtengan el máximo puntaje posible. En las agrupaciones del DSM el efecto suelo está entre 18% (Déficit atencional/Problemas de hiperactividad) y 53% (Problemas afectivos). El efecto techo es 0 salvo en Déficit atencional/Problemas de hiperactividad y Problemas oposición desafiante donde alcanza al 1.2% de la población.

El ítem con menor variabilidad (en tanto concentra las respuestas en una de las categorías extremas) es el ítem 75 del CBCL (ítem: *Se unta o juega con excremento*) con el 99.2% de casos con respuesta 0= “No es cierto”.

En la Tabla 7 se presenta la media, desvío estándar, prueba t y tamaño del efecto de cada síndrome y puntuaciones complejas de los varones y niñas. En promedio las niñas presentan menor puntaje de Problemas totales, Comportamientos Internalizantes y Comportamientos externalizantes que los varones. La diferencia entre las medias de Problemas totales es de 2.7, en Comportamientos Internalizantes de 0.6 y en Comportamientos externalizantes de 1.4; las diferencias señaladas son estadísticamente significativas según la prueba T. Las niñas también presentan menor puntaje en los síndromes Ansioso/Deprimido, Retraído, Problemas de atención y Conducta agresiva que los varones, con diferencias estadísticamente significativas, al igual que en el puntaje de Otros problemas. Los resultados concuerdan con la medida d-Cohen, a partir de la cual se estima que la magnitud del efecto por sexo es pequeña (≈ 0.2) en los puntajes mencionados y estadísticamente significativa. En Emocionalmente reactivo, Quejas somáticas y Problemas para dormir no se encuentran diferencias significativas entre varones y niñas.

Tabla 8: Media (desvío estándar) y diferencias según sexo del niño

Factor	Comparación de medias			D- Cohen (IC 95%)
	Varón	Mujer	T-Student	
	M (DT)	M (DT)		
Síndrome				
Emocionalmente reactivo	1.4 (2.2)	1.3 (2.2)	0.8	0.03 (-0.05 – 0.11)
Ansioso/Deprimido	2.8 (2.8)	2.5 (2.6)	3.1	0.12 (0.04 - 0.20)
Quejas somáticas	1 (1.6)	1.1 (1.7)	-0.7	-0.03(-0.10 - 0.05)
Retraído	1 (1.7)	0.8 (1.6)	3	0.12 (0.04 – 0.20)
Problemas para dormir	1.6 (1.9)	1.6 (1.9)	0	0 (-0.08 - 0.08)
Problemas de atención	2.2 (1.9)	1.9 (1.8)	4.4	0.17 (0.10 – 0.3)
Conducta agresiva	7.9 (6.9)	6.9 (6.6)	3.9	0.15 (0.08 - 0.23)
Otros problemas	6.8 (6.1)	6 (5.6)	3.5	0.14 (0.06 - 0.22)
Segundo orden				
C. Internalizantes	6.2 (6.6)	5.7 (6.3)	2.2	0.09 (0.01 - 0.16)
C. Externalizantes	10.1 (8.2)	8.8 (7.9)	4.3	0.17 (0.09 – 0.25)
Problemas totales	24.8 (20.2)	22.1 (19.4)	3.5	0.14 (0.06 - 0.22)

Notas. M(DT)= Media (Desviación Típica); C. = Comportamiento; En negrita se señalan las puntuaciones con diferencias estadísticamente significativas con $p < .05$.

En la Tabla 8 se presenta la media junto al desvío estándar de las puntuaciones complejas del CBCL 1½-5según la edad en años (de 2 a 5 años). El ANOVA de un factor y la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis presentan diferencias estadísticamente significativas

($p < .05$) en Problemas para dormir ($F=4,574$; $K-W=18,7$), Conducta agresiva ($F=6,808$; $K-W=24,8$), Otros problemas ($F=4,364$; $K-W=20,6$), Comportamientos externalizantes ($F=6,117$; $K-W=21,57$) y Problemas totales ($F=4,104$; $K-W=18,06$). El contraste de homocedasticidad rechaza el supuesto para cuatro subescalas al nivel de significación de 5% (Ansioso/Deprimido, Problemas de Atención, Conducta agresiva y Comportamientos externalizantes).

Tabla 9: Media (desvío estándar) de los puntajes CBCL según años de edad del niño

Factor	Edad en años			
	2 años	3 años	4 años	5 años
	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)
Síndromes				
Emocionalmente reactivo	1.4(2.2)	1.3(2.1)	1.4(2.2)	1.3(2.2)
Ansioso/Deprimido	2.5(2.4)	2.7(2.7)	2.8(2.9)	2.6(2.7)
Quejas somáticas	1(1.5)	1.1(1.7)	1.1(1.7)	1.0(1.6)
Retraído	1.1(2)	1(1.8)	0.9(1.6)	0.8(1.6)
Problemas para dormir	1.7(1.9)	1.7(1.9)	1.7(2)	1.4(1.8)*
Problemas de atención	2.2(1.8)	2(1.8)	2.1(1.9)	1.9(1.9)
Conducta agresiva	8.3(6.7)	7.7(6.7)	7.7(7.1)	6.5(6.3)*
Otros problemas	7.2(6)	6.6(5.7)	6.5(6.1)	5.8(5.8)*
Segundo orden				
C. Internalizantes	5.9(6.2)	6.1(6.5)	6.1(6.6)	5.7(6.4)
C. Externalizantes	10.5(7.9)	9.7(7.9)	9.8(8.5)	8.4(7.7)*
Problemas totales	25.4(19.1)	24.1(19.2)	24.2(20.9)	21.3(19.3)*

Notas. M (DT) = Media (Desviación Típica); C= Comportamiento; * diferencias estadísticamente según T2 de Tamhane.

La comparación múltiple de medias mediante el estadístico T2 de Tamhane para contrastes post hoc indica que las diferencias entre los rangos etarios se producen en los niños de 5 años. Los niños de 5 años de edad presentan menor puntaje en Problemas Totales, Comportamientos externalizantes, Problemas para dormir, Conductas de agresividad y Otros problemas en comparación con los niños de menor edad con diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$). Las restantes diferencias por edad entre los puntajes no resultan estadísticamente significativas.

En la Tabla 10 se presenta la media y el desvío estándar de cada puntuación compleja según el nivel socioeconómico del hogar, aproximado por el quintil de ingreso per cápita del hogar que integra el niño. El supuesto de homocedasticidad se rechaza en todos los puntajes salvo en Problemas para dormir por lo cual no se consideran los resultados de los test propuestos. Como puede observarse en la Tabla 10 las medias de los puntajes son menores conforme aumentan los ingresos del hogar. En todos los puntajes de escala y subescalas se encuentran diferencias significativas por quintil de ingreso según el estadístico T2 de Tamhane. Los resultados de las pruebas no se exponen por motivos de espacio.

Tabla 10: Media (desvío estándar) de los puntajes del CBCL según quintil de ingreso del hogar

Factor	Puntaje en el CBCL				
	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5
	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)
Síndromes					
Emocionalmente reactivo	1.8(2.6)	1.7(2.5)	1.3(2.1)	0.9(1.8)	0.8(1.4)
Ansioso/Deprimido	3.4(3.1)	3.1(2.9)	2.9(2.8)	2.1(2.4)	1.7(2.1)
Quejas somáticas	1.4(1.9)	1.1(1.7)	1.1(1.7)	0.9(1.4)	0.8(1.3)
Retraído	1.3(2)	1.1(2)	0.9(1.5)	0.7(1.4)	0.5(1.1)
Problemas para dormir	1.7(2)	1.8(2.1)	1.5(1.8)	1.6(1.9)	1.5(1.8)
Problemas de atención	2.4(1.9)	2.3(2)	2.1(1.8)	1.8(1.8)	1.5(1.6)
Conducta agresiva	8.9(7.4)	8.4(7.6)	7.8(6.7)	6.3(5.8)	5.7(5.3)
Otros problemas	8.1(6.6)	7.4(6.8)	6.6(5.6)	5.1(4.9)	4.7(4.4)
Segundo orden					
Comportamientos internalizantes	7.9(7.4)	6.9(7.3)	6.3(6.3)	4.7(5.4)	3.8(4.4)
Comportamientos externalizantes	11.2(8.8)	10.7(9.1)	9.9(8)	8.1(7.1)	7.2(6.3)
Problemas totales	29(22.1)	26.9(22.8)	24.3(19.1)	19.5(16.9)	17.2(14.2)

Notas.M (DT)= Media (Desviación Típica).

En la Tabla 11 se presentan la media y el desvío estándar de los puntajes del CBCL de este estudio y los presentados en Achenbach & Rescorla (2000) y en Rescorla et al. (2011). Los valores de las medias en la muestra de niños uruguayos se encuentran por debajo de los promedios en el grupo 2 (recomendados por los autores para aplicaciones en sociedades donde se carezca de norma), aunque nuestra muestra no incluye niños en el tramo inferior de edad (18 a 23 meses). Dicho de otra manera, y según la sugerencia de estimación realizada por Rescorla et al. (2011), Uruguay se encuentra un desvío estándar por debajo de la media mundial de 33.3 – 7.1, debiendo ser utilizada, en este sentido, la norma para el Grupo 1.

Tabla 11: Media y desvío estándar de los puntajes de CBCL obtenidos en la muestra uruguaya y en las muestras normativas multiculturales Achenbach & Rescorla (2010)

Factor	Nuestro estudio (24 a 71 meses)	Achenbach & Rescorla (2010; 18 a 71 meses)		
	Uruguay (ENDIS ola 2)	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Síndrome				
Emocionalmente reactivo	1.3(2.2)	1.3(1.6)	2.4(2.2)	2.8(2.2)
Ansioso/Deprimido	2.7(2.7)	1.7(1.8)	2.9(2.3)	4(2.5)
Quejas somáticas	1(1.6)	1.2(1.6)	1.8(1.9)	3(2.4)
Retraído	0.9(1.7)	1(1.4)	1.5(1.7)	2.3(2.1)
Problemas para dormir	1.6(1.9)	2(2.1)	2.8(2.4)	3.5(2.4)
Problemas de atención	2(1.9)	1.2(1.5)	2.5(1.9)	3.1(1.8)
Conducta agresiva	7.4(6.8)	7(5.2)	10.4(6.4)	12.6(6.6)
Otros problemas	6.4(5.9)	--	--	--
Segundo orden				
C. Internalizados	6(6.5)	5.2(4.9)	8.6(6.2)	12.1(7.3)
C. Externalizados	9.5(8.1)	8.2(6.1)	12.9(7.7)	15.7(7.8)
Problemas totales	23.5(19.9)	20.7(14.8)	33.3(18.7)	44.3(20.8)
<i>N</i>	2571	1726	700	1720

Notas. C= Comportamiento

Finalmente, en la Tabla 12 se presentan los puntajes de los síndromes, Comportamientos Internalizantes, Comportamientos externalizantes y Problemas totales categorizados según los puntos de corte (Tabla 3) en tres rangos: Normal, *Borderline* y Clínico. Tomando la norma del grupo 2 un 6% de los niños se califica con perfil clínico en Problemas totales y un 4,5% en la categoría de riesgo (*Borderline*). Al evaluar con una norma más exigente (grupo 1) el porcentaje de niños calificados como estado clínico asciende al 17% y el de riesgo a 9%.

Tabla 12: Porcentaje de niños evaluados como Normal, *Borderline* o Clínico en esta muestra, según grupo del CBCL utilizado

Factor	Grupo 2			Grupo 1		
	Normal	<i>Borderline</i>	Clínico	Normal	<i>Borderline</i>	Clínico
Síndrome						
Emocionalmente reactivo	93.9	4.6	1.6	91.2	2.7	6.1
Ansioso/Deprimido	89.9	6	4	77.9	12	10.1
Quejas somáticas	95.6	3	1.4	90.4	7.1	2.5
Retraído	95.5	1.5	3	92.8	2.7	4.5
Problemas para dormir	98.2	1.2	0.7	95.3	2.8	1.8
Problemas de atención	94.2	4.4	1.4	76	18.2	5.8
Conducta agresiva	94.6	3.2	2.3	86.3	7.1	6.6
Segundo orden						
C. Internalizantes	88.1	5.8	6.1	78.3	7.8	13.8
C. Externalizantes	89	4.9	6.1	72.4	11	16.6
Problemas totales	89.8	4.5	5.6	74.6	8.9	16.6

Notas. C= Comportamiento.

4. Discusión

En este estudio se evaluó la estructura factorial, consistencia interna y comparación medias de las puntuaciones en el CBCL 1 ½-5 en una muestra representativa de la población uruguaya de niños en edades de 24 a 71 meses.

En el AFC los modelos de siete factores correlacionados y el modelo de segundo orden presentan índices de ajustes aceptables con saturaciones $\geq .50$ (con la excepción del ítem 7: *No tolera que las cosas estén fuera de lugar* y 46: *Movimientos involuntarios o tics*) y estadísticamente significativas. El patrón reportado en este estudio es similar al indicado en el estudio original (Achenbach y Rescorla, 2000) con una muestra estadounidense y a otras investigaciones transculturales. El modelo de siete factores correlacionados presenta mejores propiedades psicométricas, aunque el de segundo orden es tolerable para admitir el uso de las puntuaciones de “banda ancha”.

En relación a la confiabilidad de la escala, los factores evaluados presentan un omega de McDonald $> .70$ con la excepción de Problemas atencionales ($\omega = .68$). La baja consistencia interna de Problemas atencionales también se reporta en Achenbach & Rescorla (2000), Cova et al. (2016), Lecannelier et al. (2014) y Rescorla et al. (2011). Por lo cual, concluimos que los ítems que componen cada conjunto evaluado son lo suficientemente coherentes entre sí para representar la medición del rasgo evaluado. Nuestros indicadores de confiabilidad son, en general, algo superiores a la media internacional de alfas de Cronbach reportada por Rescorla et al. (2011). Sin embargo, cabe señalar que en este estudio empleamos el indicador omega (el cual es preferible en este caso) frente al alfa tradicionalmente reportado en las investigaciones que emplean el CBCL.

Segundo, se observa mayor identificación de Comportamientos externalizantes que Comportamientos Internalizantes en la población total. A su vez, el patrón señalado previamente se mantiene al discriminar la muestra por edad, sexo e ingreso económico. Los resultados señalados anteriormente son similares a los reportados por Achenbach & Rescorla (2000) y Cova et al. (2016).

Tercero, los padres o tutores identifican mayor presencia de síndromes, Comportamientos Internalizantes, Comportamientos externalizantes y Problemas totales en varones que en niñas, con la excepción de Quejas somáticas, Retraído y Problemas para dormir en los cuales no se observan diferencias. El patrón señalado previamente es observado en Cova et al. (2016), lo cual brinda evidencia de validez del CBCL.

En lo que respecta a la comparación transcultural, las medias de las puntuaciones obtenidas en Uruguay tienden a ser más similares a las sociedades del grupo 1 establecido en diversos estudios (Achenbach & Rescorla, 2000; Rescorla et al., 2011). Inclusive, algunas medias en nuestro país son de las más bajas hasta ahora reportadas en todo el mundo, a excepción de Problemas atencionales y Ansioso/Depresivo que si presentan un patrón cercano a la media omnicultural de Rescorla et al. (2011). A su vez, las puntuaciones obtenidas en este

estudio son levemente menores a los reportados en el grupo 1, con la excepción de Ansioso/deprimido, Problemas de atención, Comportamientos internalizantes y Problemas totales (en los cuales es levemente mayor). En relación a este punto, los puntajes obtenidos en la población argentina por Vázquez & Corina (2017) son superiores a la uruguaya (39.7 vs. 23.5 en Problemas totales). Lo mismo se observa en los percentiles de dicho puntaje que se utilizan como puntos de corte. El percentil 83 es 58.1 en la población argentina y 41 es la uruguaya y el percentil 90 es 67 y 52 respectivamente. Sin embargo, las desviaciones típicas de los datos de la muestra uruguaya presentan valores superiores a la desviación típica omnicultural reportada por Rescorla et al. (2011). Esto sugiere que Uruguay presenta valores de dispersión intrasociedad más altos que lo habitual.

Los resultados señalados anteriormente tienen una consecuencia muy relevante al momento de utilizar los baremos (puntuaciones de referencia) tanto del grupo 1 como del grupo 2. Por ejemplo, si se utiliza la norma del grupo 1, Uruguay posee 16,6% de niños en el grupo clínico de Comportamientos externalizantes, mientras que si se utiliza la norma del grupo 2 (de referencia en caso de ausencia de normas) poseemos 6,1% de niños en población de riesgo clínico. Esto puede conducir a infra-estimar la población de riesgo o sobre-estimarla, dependiendo de la decisión que se tome. En este contexto sugerimos que las comparaciones internacionales se realicen extremando precauciones y aclarando esta situación. A su vez, consideramos necesario realizar más investigación sobre la dispersión particular que presenta nuestro país en las puntuaciones del CBCL. Adicionalmente puede señalarse que trabajar con un baremo para Uruguay sería una de las soluciones más parsimoniosas para establecer puntos de corte de riesgo Bodelinde y Clínico.

En suma, consideramos que la versión en español de la escala CBCL 1½-5 es un instrumento confiable y válido para evaluar los problemas comportamentales, emocionales y sociales en niños uruguayos. A su vez, concluimos que los siete síndromes y las dos agrupaciones del CBCL 1 ½-5 logran identificar los problemas percibidos por los padres o tutores de los niños uruguayos. Específicamente se observa que el síndrome Emocionalmente reactivo; Ansiedad/Depresión; Quejas somáticas y Retraído reflejan los problemas relacionados a los Comportamientos Internalizantes. Mientras que Problemas atencionales y Comportamiento agresivo dan cuenta de los Comportamientos externalizantes. En este estudio se obtuvo evidencia de la validez de la escala en relación a otras variables debido a que se logró replicar las diferencias en las puntuaciones del CBCL según sexo (favoreciendo generalmente a las niñas) y quintil de ingreso (favoreciendo a los quintiles de mayores ingresos). Estos resultados son consistentes con los datos reportados por otros instrumentos del ENDIS (e.g.: ASE-SE) y aplicados en contextos educativos (e.g.: INDI).

5. Referencias bibliográficas

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1992). *Manual for the Child Behavior Checklist/2-3 and 1992 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Albore-Gallo, L., Hernández-Guzmán, L., Hasfura-Buenaga, C., & Navarro-Luna, E. (2016). Consistencia interna y validez de criterio de la versión mexicana del Child Behavior Checklist 1.5-5 (CBCL/1.5-5). *Revista Chilena de Pediatría*, 87(6), 455-462. <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2016.05.009>
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6(4), 284-290. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.4.284>
- Cova, F., Bustos, C., Rincón, P., Grandón, P., Saldivia, S., & Inostroza, C. (2016). Inventario de Conductas Infantiles en preescolares: Propiedades psicométricas del Inventario de Conductas Infantiles (CBCL/1.5-5) y del Informe del Cuidador/Educador (C-TRF) en Preescolares Chilenos. *Terapia Psicológica*, 34(3), 191-198.
- Dedrick, R. F., Tan, T. X., & Marfo, K. (2008). Factor structure of the Child Behavior Checklist/6-18 in a sample of girls adopted from China. *Psychological Assessment*, 20(1), 70-75. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.20.1.70>
- Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Harder, V. S., Ang, R. P., Bilenberg, N., ... Verhulst, F. C. (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 and Adolescent Psychiatry*, 49(12), 1215-1224. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.08.019>
- Lecannelier, F., Pérez Ewert, 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. *Universitas Psychologica*, 13(2), 491-500. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-2.vici>
- Mides (2018). Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud Informe de la Segunda ronda. Recuperado de <http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/99392/1/informe-final.pdf>
- Rescorla, L. A., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Harder, V. S., Otten, L., Bilenberg, N., ... & Dobrea, A. (2011). International comparisons of behavioral and emotional problems in preschool children: parents' reports from 24 societies. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(3), 456-467.
- Soley-bori, M. (2013). Dealing with missing data: Key assumptions and methods for applied analysis. *Boston University*. EEUU: Boston University School of Public Health.

- Vázquez, N., & Corina, S. (2017). Estandarización del Child Behavior Checklist para preescolares de población urbana de Argentina. *Revista Evaluar*, 17(1), 65-79. Recuperado a partir de www.revistas.unc.edu.ar
- Viladrich, C., Angulo-Brunet, A., & Doval, E. (2017). Un viaje alrededor de alfa y omega para estimar la fiabilidad de consistencia interna. *Anales de Psicología*, 33(3), 755. <https://doi.org/10.6018/analesps.33.3.268401>