

ANÁLISIS PRELIMINAR DEL CUESTIONARIO SOBRE EL COMPORTAMIENTO DE NIÑOS - VERSIÓN PARA MAESTROS (TRF)

Cecilia Montiel Nava, María E. Amaya, Karina Bracho,
María A. Bravo y Dionaira González¹
Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo (Venezuela)

Introducción

En los últimos años, las escalas de puntuación se han convertido en herramientas indispensables en el proceso de evaluación y diagnóstico de los problemas de la niñez. Dentro de este grupo de instrumentos, la Lista de Chequeo acerca del Comportamiento del Niño en su versión para padres (CBCL) (Achenbach, 1991a), y en su versión para maestros (TRF) (Achenbach, 1991b, Eldebrock y Achenbach, 1984, 1986) gozan de gran popularidad entre clínicos e investigadores debido a sus propiedades psicométricas y a su pragmatismo.

La CBCL y la TRF son escalas de comportamiento que se utilizan para obtener un informe de padres y maestros acerca de los problemas que el niño puede estar exhibiendo, a través del uso de un formato estandarizado. Este formato permite identificar síntomas agrupados en síndromes clínicos asociados a diversos motivos de consulta; síndromes que a su vez están asociados a la presencia de los diferentes trastornos diagnosticados por el DSM-IV en la población infantil.

Es uso común desarrollar escalas para padres y para maestros que midan las mismas dimensiones y así poder comparar el funcionamiento del niño en estos dos ambientes, hogar y escuela (Conners, 1997). Achenbach (1991b) plantea que todo proceso de evaluación psicológica con niños debe incluir el informe del maestro acerca del comportamiento del niño en la escuela; debido a que la escuela es un sitio de desarrollo integral para el niño es muy probable que allí se manifiesten problemas que no son evidentes en ningún otro lugar; además de que las destrezas sociales y académicas son importantes para un funcionamiento adaptativo con éxito.

1 *Correspondencia:* Cecilia Montiel Nava, Apartado Postal 10171, Bella Vista, Maracaibo, Estado Zulia (Venezuela). Correo electrónico: cmontiel@iamnet.com

Parte de este trabajo fue presentado en el XXVII Congreso interamericano de Psicología. Caracas, 27 de Junio al 2 de Julio de 1999.

Una de las dificultades encontradas para el uso de estas escalas, es que las normas originales no son generalizables a todas las poblaciones, debido a que son representativas del grupo normativo original del país donde fue desarrollada. En el caso de la CBCL y la TRF, las normas son las de su grupo normativo representativo de la población general de los Estados Unidos (Achenbach, 1991a, 1991b; Edelbrock y Achenbach, 1984, 1986).

Estas escalas han sido utilizadas en diferentes países y con diferentes grupos étnicos para estudiar su validez dentro de los diferentes contextos. En la mayoría de los casos, los resultados arrojados por los estudios han sido similares al estudio original, confirmando la presencia de los mismos síndromes clínicos en los diferentes grupos culturales estudiados (Chang, Morrissey y Koplewicz, 1995; Verhulst, Achenbach y Akkerhuis, 1989; Verhulst y Achenbach, 1995; Weine, Phillips y Achenbach, 1995; Crinjen, Achenbach y Verhulst, 1997).

El propósito de este estudio fue realizar un análisis preliminar acerca de los datos normativos para una muestra representativa de niños residentes de la ciudad de Maracaibo, para el Cuestionario sobre el comportamiento de niños-versión para maestros, en su traducción al español, y establecer comparaciones entre niños provenientes de una muestra general y niños provenientes de una muestra clínica.

Método

Sujetos

La muestra para el presente estudio estuvo conformada por 504 niños de edades comprendida entre 6 y 11 años (281 del sexo masculino y 223 del sexo femenino) proveniente de dos poblaciones diferentes, una general y otra clínica. La primera muestra estuvo constituida por 317 niños de ambos sexos (147 del sexo masculino y 170 del sexo femenino) seleccionados a través de un muestreo en diferentes etapas: la primera fase intencional y, después de haber sido escogida la institución educativa, la segunda fase fue aleatoria. En la primera fase se seleccionaron las instituciones educativas utilizando dos criterios: el primero fue la disponibilidad de la comunidad educativa en general a participar en la investigación; y el segundo fue que perteneciera a uno de los tres estratos socioeconómicos establecidos para el presente estudio. El nivel socioeconómico se estableció teniendo como parámetro el coste de la matrícula del colegio en comparación con el salario mínimo en vigencia para el momento de la investigación. De forma tal, que el Nivel I o Bajo, estuvo constituido por aquellas instituciones donde el costo de la matrícula fuera equivalente o menor al 20% del salario mínimo, para el Nivel II o Medio la matrícula estaba entre el 21 y 40% del salario mínimo; y para el Nivel III o Alto la matrícula era superior al 41% del salario mínimo.

En la segunda etapa, después de haber seleccionado las instituciones, de cada clase se escogieron tres niños utilizando un criterio aleatorio: el primero de la lista, el del medio y el último.

La segunda muestra estuvo constituida por 187 niños de ambos sexos (134 del sexo masculino y 53 del sexo femenino) con edades comprendidas entre 6 y 11

años que asistían a consulta psicológica. La selección de este último grupo fue intencional ya que se recopiló información de niños que asistían a los diferentes instituciones de asistencia psicológica en la ciudad de Maracaibo sin tener en cuenta ningún criterio aleatorio.

Instrumento

El instrumento utilizado fue el Cuestionario sobre el Comportamiento de Niños-Versión para maestros (TRF), en su traducción al español realizada por The Dellecrest Children's Center & Earlcourt Child & Family Center en Toronto, Canadá.

Este cuestionario está constituido por 113 ítems dirigidos a medir conductas infantiles abarcando problemas de aislamiento, ansiedad/depresión, problemas sociales, problemas de atención y de pensamiento, quejas somáticas, conductas agresivas y conductas delictivas. Cada uno de estos ítems se encuentra configurado con tres opciones de respuesta: falso (0), algunas veces (1) y muy cierto (2) (Achenbach, 1991b).

Los coeficientes de correlación test-retest encontrados tienen un promedio de 0,87 para las ocho escalas. La fiabilidad fue más alta para las escalas externas que para las escalas internas (Edelbrock, Greebaum y Conover, 1985).

Procedimiento

El presente estudio se realizó en dos etapas independientes, la primera dirigida a obtener normas preliminares del cuestionario en una muestra extraída de la población general y de niños provenientes de una población clínica y, posteriormente, poder realizar comparaciones entre las dos muestras.

Para los dos grupos de niños, se solicitó por escrito la autorización de los padres para la participación de sus hijos en la investigación. Se repartieron los cuestionarios a los maestros de los niños explicándoles su labor en el proceso de estudio. Dichos maestros tuvieron la tarea de responder el cuestionario objeto de estudio acerca del comportamiento observado en el niño.

Resultados

El análisis de las respuestas de los maestros acerca del comportamiento de los niños arrojaron puntuaciones brutas que fueron transformados a puntuaciones tipificadas o T. Es importante acotar que el análisis estadístico se realizó de forma tal que a mayor puntuación bruta, menor es la puntuación T.

A continuación se reportan los resultados de las diferentes escalas para la muestra general y la muestra clínica. En la Figura 1 se muestran los rangos de puntuaciones brutas obtenidas para cada una de las muestras en las diferentes escalas y las puntuaciones tipificadas equivalentes.

En el análisis de la escala de *aislamiento* se observa que las puntuaciones brutas para la muestra general estuvieron entre 0 y 15, con puntuaciones T correspondientes a 23T y 60T; mientras que para la muestra clínica las puntuaciones brutas estu-

Figura 1. Rango de puntuaciones brutas y sus puntuaciones tipificadas correspondientes

T	I		II		III		IV		V		VI		VII		T
	C	G	C	G	C	G	C	G	C	G	C	G	C	G	
14															14
15															15
16															16
17															17
18															18
19															19
20															20
21															21
22															22
23															23
24															24
25															25
26															26
27															27
28															28
29															29
30															30
31															31
32															32
33															33
34															34
35															35
36															36
37															37
38															38
39															39
40															40
41															41
42															42
43															43
44															44
45															45
46															46
47															47
48															48
49															49
50															50
51															51
52															52
53															53
54															54
55															55
56															56
57															57
58															58
59															59
60															60
61															61
62															62
63															63
64															64
65															65
66															66
67															67
68															68
69															69
70															70
71															71
72															72
73															73
74															74
75															75
76															76
77															77
78															78
79															79
80															80

- I = Escala de Aislamiento
- II = Escala de Quejas Somáticas
- III = Escala de Ansiedad/Depresión
- IV = Escala de Problemas Sociales
- V = Escala de Problemas de Pensamiento
- VI = Escala de Problemas de Atención
- VII = Escala de Conductas Delictivas
- VIII = Escala de Conductas Agresivas

C = Puntuaciones brutas de la muestra clínica
 G = Puntuaciones brutas de la muestra general

T = Puntuaciones tipificadas

==== Media (50T)

--- 1 Desviación típica (60T y 40T)

vieron entre 1 y 17, con puntuaciones T entre 22T y 64T. En esta escala la media de 50T correspondió a una puntuación bruta de 2 para la muestra general y 5 para la muestra clínica.

Para la escala de *quejas somáticas*, la media de 50T correspondió a las puntuaciones brutas de 1 para la muestra clínica y 0 para la muestra general; con el rango de puntuaciones brutas de 0 a 14 para los niños pertenecientes al grupo general y de 0 a 16 para los del grupo clínico. Las puntuaciones T correspondientes a estos rangos fueron de 19T y 47T, y 22T y 58T respectivamente.

Las puntuaciones brutas para la escala de *ansiedad/depresión* estuvieron en el rango de 0 a 19 para la muestra general, y de 1 a 24 para la muestra clínica, asignándosele la media de 50T a las puntuaciones brutas de 2 para la muestra general y 6 para la muestra clínica; con puntuaciones T de 18T y 61T para el primer grupo y de 26T y 62T para el segundo.

El grupo general obtuvo puntuaciones brutas en un rango de 0 a 6 en la escala de *problemas sociales*, mientras que para la muestra clínica el rango se amplió de 1 a 24. Dichas puntuaciones brutas obtuvieron puntuaciones T de 22T y 58T para los controles y de 22T y 60T para los de la muestra clínica. La media de 50T correspondió en la muestra general a la puntuación bruta de 1 y en la muestra clínica a 5.

Para la escala de *problemas de pensamiento* el rango de puntuaciones brutas fue de 0 a 16 para los del grupo general y de 1 a 22 para los del grupo clínico, a lo cual le correspondieron T de 16 y 55 para los primeros, y de 22 y 52 para los últimos; con media de 50T en puntuaciones brutas de 0 y 1 respectivamente.

En la escala de *problemas de atención*, para el grupo general las puntuaciones brutas fueron de 0 a 33, mientras que para el grupo clínico fue de 1 a 32, con puntuaciones T de 23T y 63T para la muestra general, y de 21T y 78T para la muestra clínica. En esta escala se obtuvieron medias de 50T para las puntuaciones brutas de 6 en muestra general, y 18 en muestra clínica.

Por su parte la muestra general obtuvo puntuaciones brutas entre 0 y 14 en la escala de *conductas delictivas*, mientras que la muestra clínica obtuvo puntuaciones brutas entre 0 y 11, lo cual correspondió a puntuaciones tipificadas de 22T y 58T, y 24T y 64T, respectivamente. En esta escala, la media de 50T correspondió a una puntuación bruta de 1 en la muestra general y de 3 en la muestra clínica.

Por último para la escala de *conductas agresivas* la muestra general obtuvo puntuaciones brutas entre 0 y 48 con puntuaciones tipificadas correspondientes de 22T y 68T; y una media de 50T para la puntuación bruta de 4. Por su parte, en la muestra clínica el rango de puntuaciones brutas estuvo entre 1 y 44, con puntuaciones tipificadas de 22T y 68T; y la media de 50T para una puntuación bruta de 12.

Como se puede observar en la Tabla 1, la prueba de t de Student fue significativa a una $p < 0,001$, al comparar las puntuaciones de la muestra normal con los puntuaciones de la muestra clínica, indicando una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos para cada una de las escalas.

Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar estadísticamente que las puntuaciones obtenidas no fueron extraídas de una población con distribución normal. La z de Kolmogorov-Smirnov es calculada a partir de las diferencias más grandes entre las funciones de las distribuciones acumuladas observadas y teó-

Tabla 1

Prueba t de Student para las puntuaciones de las diferentes escalas en la muestra general y la muestra clínica

Escala	t	Nivel de significación (p)
Aislamiento	9,6359	0,001
Quejas Somáticas	5,5768	0,001
Ansiedad/Depresión	7,3394	0,001
Problemas Sociales	8,4725	0,001
Problemas de Pensamiento	4,9907	0,001
Problemas de Atención	13,4717	0,001
Conductas Delictivas	6,5593	0,001
Conductas Agresivas	7,2583	0,001

ricas; y comprueba si las observaciones podrían haber salido razonablemente de la distribución especificada. Los resultados de este análisis ratifican que la muestra en cuestión fue extraída de una población clínica, ya que las puntuaciones obtenidas en la prueba para las escalas de aislamiento, quejas somáticas, problemas de pensamiento, problemas de atención, conductas agresivas y conductas delinquentes fueron menores o iguales a 0,05; y para las escalas de ansiedad/depresión y problemas sociales se encontraron puntuaciones marginalmente significativas (véase tabla 2). Estos resultados indican una tendencia de los sujetos de la muestra clínica a obtener puntuaciones en la parte alta de la curva (derecha), evidenciando mayor presencia de síntomas.

Tabla 2

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para la muestra clínica

		Aislamiento	Quejas	Ansied/Depr	Sociales	Pensamiento	Atención	Delincuencia	Agresión
N		187	187	187	187	187	187	187	187
Parámetros Normales ^{1, 2}	Media	5,74	1,61	6,80	5,84	1,79	17,28	3,18	15,27
	Desv. Típica	3,95	2,30	5,12	4,63	2,30	7,03	2,62	11,66
Z Kolmogorv-Smirnov		1,588	3,301	1,323	1,441	1,318	3,098	2,231	1,729
Asymp. Sig (2-tailed)		0,013	0,000	0,060	0,031	0,000	0,000	0,000	0,005

¹ La distribución de la prueba es normal (se compara la distribución acumulada observada para una variable con una distribución teórica específica o normalizada).

² Calculado a partir de los datos.

Discusión

Los resultados de este estudio ofrecen soporte a la literatura acerca de la sensibilidad de la TRF para discriminar niños con ausencia de síntomas clínicos (muestra general), de aquellos que presentan síntomas y por lo tanto asisten a consulta psicológica para tal fin (muestra clínica).

Para todas las escalas problemas los resultados del análisis estadístico arrojaron diferencias significativas entre ambas muestras, indicando así que los niños provenientes de la muestra clínica presentaron mayor cantidad de síntomas en las diversas escalas que los niños que fueron extraídos de la población general. Estos resultados confirman que la TRF, permite detectar la presencia de diferentes trastornos en niños, lo que facilita su aplicación debido a su poder discriminatorio.

De todas las escalas que conforman la TRF, la escala de problemas de pensamientos mostró la menor diferencia entre la muestra clínica y la muestra general lo cual puede ser parcialmente explicado por el hecho de que los maestros no son buenas fuentes de información acerca de problemas internos, debido a que no son problemas que usualmente se exhiben en la escuela (Reich y Earls, 1987) y, normalmente, a no ser en casos extremos, no afectan al desempeño del niño en el área académica. Otro factor para ser tomado en cuenta en estos resultados es la baja prevalencia de los problemas de pensamiento en la población general (American Psychiatric Association, 1994).

Por el contrario, la escala de problemas de atención presentó la diferencia mayor entre las dos muestras utilizadas, sugiriendo que en la muestra clínica estudiada las dificultades exhibidas con mayor frecuencia fueron las asociadas a dificultades para prestar atención, hiperactividad y control de impulsos. No sólo son estas conductas de alta prevalencia en la población infantil (American Psychiatric Association, 1994), sino que habitualmente ocasionan dificultades en el funcionamiento académico y conductual del niño dentro del aula (Barkley, 1998; Conners, 1997), por lo cual los maestros pueden ser fuentes fiables de informe sobre la conducta del niño.

La realización de este estudio tuvo varias limitaciones, siendo la mayor el tamaño de la muestra, lo cual hizo difícil la realización de análisis estadísticos separados para grupos y diferenciación por sexo. De igual forma, al ser los maestros los evaluadores de la conducta del niño, se sesgó esta muestra a problemas externos como lo son de conductas desafiantes, problemas de atención e hiperactividad, ya que son los más frecuentemente observados en niños dentro de las aulas.

A pesar de las diferencias en la estructura de la muestra, es importante resaltar que los resultados obtenidos en este estudio se asemejan a los obtenidos en el perfil informado por Achenbach (1991a) y por los diferentes estudios realizados en otros países y con muestras de diversidad cultural (Chang, Morrissey y Koplewicz, 1995; Verhulst, Achenbach y Akkerhuis, 1989; Verhulst y Achenbach, 1995; Weine, Phillips y Achenbach, 1995; Crinjen, Achenbach y Verhulst, 1997), sugiriendo que los síntomas y síndromes presentados y agrupados en la escala son universalmente válidos y observables en niños de edad escolar sin importar su etnia.

Referencias

- Achenbach, T.M. (1991a). *Manual of the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont.
- Achenbach, T. (1991b). *Manual for the teacher's report form and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont.
- Achenbach, T. (1988). Integrating assessment and taxonomy. En M. Rutter, A.H. Tuma y I. S. Lann (dirs.), *Assessment and diagnosis in child psychopathology*. Nueva York: Guilford.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª Edición*. Washington, DC: Autor.
- Barkley, R. (1988). Child behavior rating scales and checklists. En M. Rutter, A.H., Tuma, I.S. Lann (dirs.), *Assessment and diagnosis in child psychopathology*. Nueva York: Guilford.
- Barkley, R. (1998). *ADHD and the nature of self-control*. Nueva York: Guilford.
- Chang, L., Morrissey, R. y Koplewicz, H. (1995). Prevalence of psychiatric symptoms and their relation to adjustment among Chinese-American youth. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*, 91-99.
- Conners, K. (1997). *Conners' rating scales – Revised. Technical Manual*. Nueva York: NHS.
- Crinjen, A.A., Achenbach, T.M. y Verhulst, F.C. (1997). Comparisons of problems reported by parents of children in 12 cultures: total problems, externalizing, and internalizing. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 1269-77
- Edelbrock, C. y Achenbach, T. (1984). The teacher version on the child behavior profile: I. Boys age 6-11. *Journal of Clinical and Consulting Psychology, 52*, 207-217.
- Edelbrock, C., Greenbaum, R. y Conover, N.C. (1985). Reliability and concurrent relations between the teacher version of the child behavior profile and the Conners Revised Teacher Rating Scale. *Journal of Abnormal Child Psychology, 13*, 295-303.
- Mash, E.J. y Terdal, L.G. (1988). Behavioral assessment of child and family disturbances. En E.J. Mash y L.G. Terdal (dirs.), *Behavioral assessment of childhood disorders: selected core problems (2ª edición)*. Nueva York: Guilford.
- Reich, W. y Earls, F. (1987). Rules for making psychiatric diagnoses in children on the basis of multiple sources of information: Preliminary strategies. *Journal of Abnormal Child Psychology, 15*, 601-616.
- Verhulst, F.C. y Achenbach, T.M. (1995). Empirically based assessment and taxonomy of psychopathology: cross-cultural applications. A review. *European Child and Adolescent Psychiatry, 4*, 61-76.
- Verhulst, F.C., Achenbach, T.M. y Akkerhuis, G.W. (1989). Problems reported for clinically referred American and Dutch children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28*, 516-24.
- Weine A.M., Phillips, J.S., y Achenbach, T.M. (1995). Behavioral and emotional problems among Chinese and American children: parent and teacher reports for ages 6 to 13. *Journal of Abnormal Child Psychology, 23*, 619-39.
- Zimmerman, R.S., Khoury, E.L, Vega, W.A., Gil, A.G. y Warheit, G.J. (1995). Teacher and parent perceptions of behavior problems among a sample of African American, Hispanic, and non-Hispanic white students. *American Journal of Community Psychology, 23*, 181-97.