



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

PSICOLOGÍA

ADAPTACIÓN DE LA ESCALA DE CONDUCTA INFANTIL (CBCL 1½ -5)
DE ACHENBACH Y RESCORLA A POBLACIÓN MEXICANA.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
FATIMA ARIZBETH BLANCO BLANCO

JURADO DE EXAMEN

TUTORA: DRA. LUZ MARÍA FLORES HERRERA.

COMITÉ: DR. JOSÉ MARCOS BUSTOS AGUAYO.

LIC. PATRICA JOSEFINA VILLEGAS ZAVALA.

LIC. IXCHEL TORRES LÓPEZ.

LIC. HÉCTOR FERMÍN MARAÑÓN ROSAL.



México, D.F.

CAC/PSIC/135/14

Noviembre 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A la Doctora Luz María Flores Herrera:

Por ser un pilar importante en mi formación profesional. Porque a través del tiempo compartido, me ha motivado e impulsado a seguir con mis ideales. Por ello, agradezco su invaluable apoyo, orientación y dedicación para la realización de esta tesis. La estimo y admiro mucho.

Al Doctor Marcos Bustos Aguayo a quien aprecio y admiro:

Agradezco el apoyo brindado durante este proceso, donde sus observaciones y sugerencias fueron importantes para la conformación de este trabajo. Gracias por los aprendizajes y las herramientas adquiridas en estos años.

A la Lic. Ixchel Torres López:

Por la disponibilidad, el apoyo y el tiempo dedicado para la conclusión de esta tesis. Agradezco la puntualidad y la certeza en cada una de sus observaciones.

A la Lic. Patricia Villegas Zavala y al

Lic. Héctor Marañón Rosal:

Por sus aportaciones y tiempo dedicado a la revisión de esta tesis.



A mi *alma mater* la UNAM, por brindarme la oportunidad de formar parte de esta gran Institución y por todos los beneficios que me otorgó durante mi formación. Asimismo, agradezco la beca concedida para la conclusión de este trabajo.

A mí querida Facultad de Estudios Superiores Zaragoza que me abrió las puertas de sus instalaciones para estudiar la Licenciatura. Agradezco los aprendizajes, las grandes oportunidades y los beneficios otorgados durante mi formación académica.

*“Decir amistad es decir entendimiento cabal, confianza rápida y larga memoria; es decir,
fidelidad”*

Gabriela Mistral.

A Itzel y Edith:

Quienes son parte importante de mi vida personal y académica. Agradezco haberlas conocido y haber compartido durante estos años tan buenos momentos. Gracias por su amistad, por sus consejos y por el apoyo que me han brindado. Las estimo y quiero mucho.

A Karen:

Por ser mi amiga incondicional y mi confidente. Gracias por el gran apoyo que siempre me has brindado, porque has compartido conmigo buenos y malos momentos. De antemano sé que estarás cuando lo necesite y tú sabes que tal apoyo será recíproco. Te quiero mucho.

A Ariadna:

Porque a pesar de conocernos muy poco me ha ofrecido su amistad y apoyo incondicional. Gracias por alentarme a seguir adelante, por tus consejos y la confianza que en mi has depositado. Te quiero mucho.

DEDICATORIAS

A mi hija Amairany:

Quien representa el amor que siempre me impulsó para realizar este sueño.

Porque a pesar de robarle horas de convivencia y juego para culminar esta meta, siempre tuvo una sonrisa y mil besos para mí, expresando de esa manera su gran cariño.

Gracias por ser mi compañera de vida y lo más hermoso que tengo.



Any: Fuiste, eres y serás mi inspiración para realizar nuevos retos como madre y como profesionista.

Para ti que eres la razón de mi vida.

Te amo.

A mis padres

“La paz y la armonía constituyen la mayor riqueza en la familia”

Benjamín Franklin.

Porque son el pilar fundamental de lo que soy como persona; porque en todo momento me han demostrado que su amor, confianza y apoyo será incondicional. Gracias infinitas por la labor tan grande que realizaron desde que yo era pequeña con el propósito de brindarme lo mejor en cuanto a salud y educación. Sepan ustedes que el esfuerzo y sacrificio realizado no fue en vano, ya que pronto será recompensado. Es un privilegio ser su hija, los quiero mucho.



A Erick

“No fuiste antes ni después, fuiste a tiempo, a tiempo para que me enamorara de ti”

Jaime Sabines.

Por ser mi compañero de vida durante estos años; por estar conmigo en aquellos momentos donde el estudio ocupó gran parte de mi tiempo. Por el cariño demostrado y la paciencia que has tenido en todo momento.

A ti con quien he compartido momentos felices y no tan felices, por el apoyo brindado y porque has confiado en mí. Te amo.

ÍNDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	2
CAPÍTULO 1. AGRESIVIDAD INFANTIL.....	5
1.1. Definición.....	6
1.2. Perspectivas teóricas sobre la agresividad.....	9
1.2.1 Teorías activas.....	9
1.2.3 Teorías reactivas.....	11
1.3. Tipos de agresión.....	15
CAPÍTULO 2. CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS: CONFIABILIDAD Y VALIDEZ.....	19
2.1 CONFIABILIDAD.....	20
2.1.1 Definición.....	26
2.1.2 Tipos.....	22
2.1.3 ¿Cómo incrementar la confiabilidad?.....	29
2.2 VALIDEZ.....	30
2.2.1 Definición.....	30
2.2.2 Tipos de validez.....	32
2.2.3 Factores que afectan la validez de una prueba.....	37
CAPÍTULO 3. MEDICIÓN DE LA CONDUCTA AGRESIVA.....	39
3.1 ¿Cómo se mide la agresión?.....	39
3.2 Investigaciones que han medido la agresión.....	43
3.2.1 Contexto internacional.....	43
3.2.2 Contexto nacional.....	50
3.3 Instrumentos que miden la agresividad infantil.....	51
CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA Y MÉTODO.....	56
CAPÍTULO 5. RESULTADOS.....	61
CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN.....	77
REFERENCIAS.....	87
APÉNDICE.....	96
Apéndice A. Escala de Conducta Infantil (CBCL 1 ½-5).....	97

Resumen

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 en Lecannelier et al, 2014). En México, el estudio de estas problemáticas se ha descuidado por lo que existen escasas investigaciones y pocos instrumentos que ayuden a evaluar la conducta de los menores, siendo esto alarmante debido a que las experiencias que suceden en este período pueden repercutir en otras etapas de desarrollo. En algunos casos, suelen emplearse instrumentos de medición de origen extranjero, lo que conlleva a realizar estandarizaciones para garantizar su validez y confiabilidad en nuestra población (Oliva, Castro y García, 2009). Por tal motivo, considerando el aumento de los problemas de conducta así como la carencia de instrumentos que permitan estudiar estas problemáticas en la población nacional, el objetivo del estudio fue adaptar el Child Behavior Checklist (CBCL 1½-5) de Achenbach y Rescorla (2000) en niños de 3 a 5 años de edad. La muestra se conformó por 570 niños de 3 a 5 años de edad (m=4.3 años; DE=.69) provenientes de diversas escuelas preescolares de la Ciudad de México. La Escala fue validada a través del Análisis Factorial Exploratorio (AFE) del cual se obtuvieron cinco factores: *Conducta agresiva, Problemas de ansiedad, Retraimiento, Quejas somáticas y Alteraciones de Sueño*. Asimismo, se calculó su confiabilidad mediante el Alfa de Cronbach, ésta fue de .888. Se concluye que el CBCL1½-5 es un instrumento válido para ser aplicado a la población mexicana.

Palabras clave: Agresividad infantil, infancia, adaptación de la Escala de Conducta Infantil (CBCL 1½ – 5).

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha observado un incremento en el interés y una mayor demanda de atención hacia los problemas de conducta en los niños, reflejándose esto, en la gran cantidad de estudios que se han realizado para explicar el desarrollo de distintos trastornos psicopatológicos en la infancia y la adolescencia. Asimismo, se han elaborado diversas clasificaciones para comprender los problemas que afectan a los menores en estas etapas. Una de las más aceptadas, es la realizada por Achenbach y Edelbrock (1987 en Vallejo et al., 2008) quienes propusieron que para el estudio de los problemas de comportamiento infantil, se podían distinguir dos categorías: *problemas internalizados*, los cuales hacen referencia a las reacciones emocionales y cognitivas que se manifiestan hacia el mismo individuo y se presentan en forma de depresión, ansiedad o fobia; y *problemas externalizados*, que son aquellas acciones que causan daño o molestia a otras personas, y que pueden ser tales como la agresividad, la conducta antisocial y la delincuencia.

Tomando como referencia esta clasificación y considerando la creciente preocupación por comprender el desarrollo y evolución de la conducta agresiva, el presente estudio hará énfasis en dicha problemática. Esto debido a que, en la actualidad, se ha observado un incremento de conductas agresivas en la población infantil, cuyas manifestaciones no sólo son evidentes de forma personal, sino en las distintas interacciones donde el infante es partícipe, como el ámbito familiar y escolar. Al respecto, un estudio llevado a cabo por Kazdin y Kagan (1994 en Gerbino, Caprara, M. y Caprara, G., 2006) muestra que a pesar de que los contextos principales en los que el comportamiento agresivo se manifiesta son la familia y la escuela, ésta no suele presentarse de la misma forma en dichos ámbitos.

Además, se ha señalado que la manifestación de conductas violentas en la infancia, puede ser resultado del manejo inadecuado de la agresión en los primeros años de vida (Fajardo-Vargas y Hernández-Gúzman, 2008). De esta manera, es importante destacar que la familia juega un papel relevante en el desarrollo de esta problemática, debido a que, al ser el primer agente de socialización del menor, favorece el desarrollo de patrones de comportamiento adecuados, para que el

infante pueda adaptarse al medio en el que se desarrolla y haga frente a los problemas. O bien, pueden existir diversos factores en la familia, que propicien la prevalencia de conductas inadecuadas en el menor, haciendo que éste considere la manifestación de comportamientos agresivos algo normal y como una forma adecuada para relacionarse con los demás (Jiménez, 2014).

El comportamiento agresivo es muy común en los niños. Algunos estudios aluden a que dicha conducta se manifiesta desde el primer año de vida, considerándose algunas de sus manifestaciones como normales para esta etapa. Pese a ello, su frecuencia máxima se da en torno a los dos años de edad, después de esta etapa su incidencia decrementa (Querol, 1998; Sánchez, 2013; Gaytán, 2013). A medida que el niño aprende patrones de conducta adecuados, que favorezcan su pleno desarrollo en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana.

Sin embargo, al no existir un tratamiento oportuno de la problemática, ésta puede prolongarse hasta la adultez, acrecentando sus consecuencias. En concordancia Escobar (2014), Fajardo (2010) y Sánchez (2013) enfatizan que algunas conductas que inician en la infancia, se exacerban en la adolescencia y tienden a agravarse en la adultez.

Por ello, es importante que el estudio de los problemas infantiles se inicie a edad temprana abordándose de una forma integral, que requiera la participación de profesionales así como de la familia, la escuela y el niño, para prevenir su incidencia. En este sentido, cabe destacar que en México existen pocos estudios relacionados al tema, debido a que se le ha otorgado mayor atención a los problemas que afectan a personas de otras etapas de desarrollo, es decir, la adolescencia y la adultez.

Debido a estas situaciones, algunos autores han diseñado diversos procedimientos para facilitar la medición y evaluación de la conducta agresiva, entre éstos destacan las observaciones, el uso de registro de frecuencia o de proporciones, así como el empleo de cuestionarios e instrumentos. Sin embargo, aún existe una problemática al intentar evaluar la agresividad en la infancia, debido a la falta de claridad que se tiene sobre dicho constructo y la existencia de pocos instrumentos que la evalúen.

En el caso de México, los instrumentos de medición psicológica regularmente son extranjeros, por lo que es necesario realizar estandarizaciones para garantizar su validez y confiabilidad en población mexicana (Oliva, et al., 2009). Aunado a esto, es importante destacar que en México existe escasa labor en la adaptación de pruebas psicológicas para la población preescolar.

Por tal motivo, considerando el creciente aumento de los problemas de conducta como la agresividad, así como la carencia de instrumentos que permitan estudiar este fenómeno en la población nacional, el objetivo de este estudio es validar el Child Behavior Checklist (CBCL 1 ½ – 5) de Achenbach y Rescorla (2000), para que posteriormente pueda ser utilizado en el contexto mexicano.

En el capítulo 1 se realiza una revisión teórica de la conducta agresiva en infantes. En primer lugar se presentan las distintas definiciones realizadas para su comprensión, seguido de las principales teorías que la explican y por último, se describen los tipos de agresión que existen.

En el capítulo 2 se detallan las características psicométricas de confiabilidad y validez que debe presentar todo instrumento de medición. Para ello se realiza la definición de cada propiedad, seguido de su tipología y de los factores que pueden afectarla.

El capítulo 3 tiene como objetivo dar a conocer las formas de medición de la conducta agresiva y las investigaciones que han medido ésta en infantes, tanto a nivel nacional como internacional.

En el capítulo 4 se expone la metodología empleada en esta investigación así como el método, donde se mencionan las características de los participantes, el instrumento utilizado y el procedimiento que se llevó a cabo.

Finalmente, los capítulos 4 y 5 que corresponden a la parte de resultados y discusión, se describen los datos obtenidos y se realiza su interpretación. Asimismo, se señalan las limitaciones del estudio y se incluyen las sugerencias para futuras investigaciones.

CAPÍTULO 1. AGRESIVIDAD INFANTIL.

La infancia es una etapa en la que se adquieren y desarrollan diversas habilidades, las cuales formarán parte del repertorio conductual de cada individuo. Estas conductas servirán para que los infantes se desenvuelvan adecuadamente en una sociedad y de esta manera puedan hacer frente a las exigencias que resulten de la misma. También, favorecerá su adaptación a los diversos ámbitos de la vida cotidiana.

En este proceso, los agentes de socialización juegan un papel relevante, debido a que son los responsables de la transmisión de las normas, valores y los patrones de comportamiento que asume cada individuo. Dentro de estos agentes, la familia es el más importante, ya que por medio de ella el niño socializa, permitiendo que de esta forma interiorice los elementos básicos de la cultura y desarrolle las bases de su personalidad (Rodríguez, 2007).

A partir de estas relaciones tempranas que se establecen entre el niño y los adultos, el infante construye modelos de interacción que lo ayudarán a regular su conducta y la forma de responder al medio. No obstante, dicho proceso va a depender de la manera y de los modelos que los adultos utilicen al momento de enseñar a los menores a regular sus emociones, a ser tolerantes a la frustración y a tener la habilidad para hacer frente a los problemas. En suma, la utilización de pautas adecuadas por parte de la familia facilitara el desarrollo de habilidades sociales y de conductas prosociales en la infancia.

Sin embargo, existen situaciones en las que diversos factores dificultan el desarrollo de estas conductas dando origen a comportamientos disruptivos, tales como la delincuencia, la conducta antisocial y la agresividad, siendo esta última una de las más representativas (Sánchez, 2013). Considerando la relevancia y prevalencia que actualmente ha tenido la agresividad en la sociedad mexicana, así como las repercusiones que ésta tiene a largo plazo en los diferentes ámbitos de la vida del individuo, se requiere que dicha problemática sea abordada desde la infancia. De ahí que el propósito del presente capítulo sea analizar los diferentes modelos teóricos y metodológicos empleados al describir la agresividad.

1.1 Definición

El término agresividad es un término amplio que ha sido abordado por diversos autores y se ha empleado en contextos diferentes, por lo que es conveniente que para su estudio sea delimitado claramente. En este sentido, es relevante enfatizar que en algunas ocasiones se alude a dicho término como sinónimo de violencia, sin embargo, ésta difiere de la agresividad dado que la violencia no es una conducta innata sino que es aprendida a través de los procesos de socialización, es un acto con intencionalidad e implica casi siempre el uso de la fuerza para producir daño (Pérez, G. y Pérez, M. 2011). Por otra parte, la agresividad es un impulso natural que puede ayudar a hacer frente a los desafíos de la vida. Se considera como un elemento positivo relacionado a la supervivencia, dado que puede cumplir un papel adaptativo, protector y de organización dentro de un grupo de personas (Pérez, G. y Pérez, M., 2011).

Como se ha señalado, existen diversas concepciones en torno a la agresividad, las cuales provienen de distintas disciplinas y perspectivas teóricas. Jiménez (2014) menciona que las primeras definiciones realizadas para el término de agresión y las cuales fueron aceptadas por la comunidad científica, se desarrollaron en la década de los 30. Dentro de estas definiciones se encuentra la realizada por Dollard, Doob, Miller, Mowrer y Sears quienes definieron la agresividad como una conducta cuyo fin es dañar/herir a una persona o a un objeto (Berkowitz, 1989; Moser, 1992). Para estos autores la frustración provoca agresión, entendiéndose por frustración el bloqueo que una persona experimenta en cierta situación impidiendo la obtención de algún objetivo.

Por otra parte, Buss (1961 en Silva, 2004; en Moser, 1992) considera la agresión como una conducta que lesiona o daña a otras personas. Para Bandura (1963 en Alcázar, 2014; Bandura y Ribes, 1978; Moser, 1992) la agresión es una conducta que produce daños a la persona y la destrucción de la propiedad. Ambas definiciones muestran una similitud, debido a que señalan el carácter nocivo de la agresividad, la cual no sólo ocasiona daño en la persona a la que se dirige, es decir, a la víctima, sino también a aquella que la ejerce.

Berkowitz (1974 en Moser, 1992) por su parte, define la agresión como aquella intención de herir o causar perjuicio a otro. Siguiendo esta misma línea Zillmann (1979) se refiere a la agresión como un acto que produce daño físico a otras personas (Moser, 1992; Silva, 2004; Vázquez, 2010). En tanto, Baron y Richardson (1994 en Silva, 2004; Vázquez, 2010) consideran que la agresividad es cualquier conducta dirigida hacia la meta de dañar o lesionar a otro ser vivo que intenta evitar dicha conducta. Esta definición pone énfasis en el componente motivacional de evitación que se da como respuesta a la agresión.

Finalmente, Kimble, Hirt, Díaz-Loving, Hosch, Lucker y Zárte (2002), definen la agresión como un acto realizado con la intención de dañar a un ser vivo, tanto en el aspecto físico como psicológico.

Con base a lo revisado en la literatura, se puede apreciar que las diferentes conceptualizaciones realizadas se centran en una característica que surge de esta conducta: la lesión, que generalmente hace referencia al daño intencional provocado a alguna persona u objeto. Asimismo, se puede percibir que estas definiciones abordan la agresión de manera general, lo que permite que se realicen más conceptualizaciones del término, con el fin de que puedan ser aplicables a un área específica de estudio.

Con lo que respecta a la definición de la agresividad en la etapa infantil, ésta ha sido estudiada desde diversas perspectivas entre las que se encuentra el enfoque conductual. Desde la perspectiva de dicho enfoque, la agresividad ha sido definida como aquella conducta manifiesta del niño que implica destrucción, daño físico a otros, a él mismo, o a propiedades. Entraña agresión física, amenazas verbales, arrebatos explosivos y autodaño (Dorado y Ballabriga, 2001; Fajardo-Vargas y Hernández-Gúzman, 2008). Siguiendo dicho enfoque, sobresale la definición realizada por Achenbach y Rescorla (2001) quienes consideran que un niño agresivo es aquel que discute mucho, es cruel, demanda atención, destruye sus cosas y las de los demás.

Aunado a dichos conceptos y con el fin de establecer una definición de la agresividad infantil, se presentan algunos factores que pueden facilitar el

surgimiento de ésta, asimismo, se muestran algunas conductas que suelen presentarse en la infancia y que se han identificado como agresivas. Al respecto, Mergargee (1985 en Sánchez, 2013) destaca los siguientes factores: la potencialidad de agredir, la intensidad del hábito, las inhibiciones contra la agresión y los factores situacionales. A continuación se describe cada una:

- Potencialidad de agredir, alude a aquellos factores internos que hacen que una persona se comporte agresivamente y los cuales pueden desencadenar algún tipo de agresión.
- Intensidad del hábito, se refiere al grado en el que la conducta agresiva de una persona ha sido reforzada en el pasado.
- Inhibiciones contra la agresión, toman en cuenta todos los factores que son contrarios a la manifestación de la conducta agresiva.
- Factores situacionales, hacen referencia a aquellos factores externos al sujeto que pueden facilitar o impedir algún tipo de agresión.

En otra dirección, Querol (1998) considera que la agresión en la edad preescolar incluye conductas como explosiones de carácter, dañar o destruir la propiedad, amenazas físicas o verbales, peleas, desobediencia frecuente, etc. Además, estos autores señalan que si bien estas conductas pueden presentarse en el menor, no todas suelen tener la misma frecuencia e intensidad, ni mucho menos la misma intención.

Con base a las diferentes conceptualizaciones y a los factores que previamente han sido establecidos para considerar que algunos comportamientos puedan ser calificados como agresivos, se puede definir la conducta agresiva infantil como aquel comportamiento que manifiesta un menor de forma repetida a través de arrebatos y mediante el empleo del contacto violento, el cual puede ser dirigido hacia otras personas o hacia sí mismo. Además, puede incluir conductas que conlleven a la destrucción de objetos personales y ajenos.

1.2 Perspectivas teóricas sobre la agresividad.

Las investigaciones llevadas a cabo en torno a la conducta agresiva en la infancia, demuestran que diferentes factores influyen en el desarrollo de este comportamiento, y que la presencia de éstos proporciona un carácter multicausal a dicha conducta. Por tal motivo, se han elaborado diversos modelos explicativos o aproximaciones teóricas con el fin de poder contextualizar a la conducta agresiva desde su origen. Dichas teorías pueden ser agrupadas en dos posturas: aquellas que opinan que la agresividad tiene causas endógenas o innatas (activas) y las orientadas hacia factores exógenos o ambientales (reactivas) (Aretxaederra y Ruíz, 2007; Gaytán, 2013; Soto, 2011). A continuación se analiza cada una de estas posturas.

1. Teorías Activas. Forman parte del modelo de los instintos donde se considera que el origen de la agresión se debe a la manifestación de los impulsos internos, es decir, esta conducta es un componente innato al individuo y es fundamental para su proceso de adaptación. Dentro de esta aproximación se distinguen dos perspectivas una etológica y otra socio-biológica.

- **Etológica.** La etología se encarga del estudio del comportamiento animal, interesándose en conocer cómo ciertos mecanismos pueden originar que los animales adquieran y actúen de acuerdo a su carácter genético y a la influencia del ambiente (Chapi, 2012). Los diversos estudios que se han desarrollado dentro de esta disciplina, han aportado información para comprender el origen y desarrollo de la conducta agresiva. De manera general, los etólogos apoyan la idea de que ésta conducta es innata al individuo, y que surge mediante la acumulación de cierta cantidad de energía en la persona y la combinación de ésta con algunos estímulos llamados clave o disparadores (Carrasco y González, 2006). Asimismo, dentro de esta perspectiva se considera que la conducta agresiva tiene una función para el individuo ya que, si bien entraña cierto daño hacia otros, esto le sirve como una forma de equilibrio, adaptación y

competencia por recursos escasos, y por ende contribuye a su supervivencia.

• **Socio-biológica.** La sociobiología señala que el comportamiento humano puede ser entendido a través de los conocimientos que se desprenden de la biología y la interacción social. En este sentido, dicha perspectiva considera que a pesar de que la conducta agresiva es aprendida, en el individuo existe una predisposición a dicho aprendizaje. Dentro de esta aproximación, se destacan los trabajos realizados desde el enfoque psicoanalítico, por Sigmund Freud, quien estableció que la agresión podía ser comprendida como una expresión que resultaba del instinto de muerte (Tánatos) y, enfatizó que si dicho instinto se dirigía hacia el interior de la persona era posible que ésta desarrollara depresión, por lo contrario, si el instinto era dirigido hacia el exterior ésta manifestaría agresividad. Para poder llegar a esta decisión, en un principio Freud estableció que el componente primario de la agresividad era el instinto sexual; después recalcó que esta conducta no sólo procedía de dicho instinto, sino también de los instintos del yo en su lucha por conservarse y defenderse (Carrasco y González, 2006).

Recientemente, otros autores del psicoanálisis han realizado sus propias aportaciones acerca del estudio de la agresividad. Uno de estos teóricos es Willock (1986 en Carrasco y González, 2006), quien destaca dos aspectos principales que conforman la estructura de la conducta agresiva en los niños, éstos son: la *devaluación del yo*, que se refleja en las creencias inconscientes respecto a que son intrínsecamente repugnantes y malos; y la *indiferencia del yo* o *yo indiferenciado*, reflejado en las percepciones inconscientes de ser incapaces de establecer o mantener relaciones significativas con los otros.

En suma, se puede considerar que la conducta agresiva expresada por los infantes sirve como defensa contra las creencias inconscientes de desvalorización y desprecio. Estos comportamientos los pueden llevar a adoptar una identidad delictiva defensiva, o en otro caso a proyectar su

sentido de desprecio sobre los otros como medio de prevenir estados afectivos dolorosos.

2. Teorías Reactivas. También conocidas como teorías ambientales, hacen referencia al papel que juega tanto el ambiente que rodea al individuo como los procesos de aprendizaje en el origen de la conducta agresiva. Estas teorías consideran la agresión como una reacción de emergencia frente a los sucesos ambientales (Aretxaederra y Ruíz, 2007; Soto, 2011) Entre las principales teorías ambientales resaltan las Teorías del Impulso, que se encuentran conformadas por la Teoría de la excitación-transferencia, la Teoría de la frustración-agresión; y finalmente, se encuentra la Teoría del Aprendizaje Social. A continuación se analiza cada una de ellas.

• **Teorías del impulso.**

- **Teoría de la excitación-transferencia** elaborada por Zillman (1979 en Carrasco y González, 2006; en Hogg y Vaughan, 2010) enfatiza el papel de la activación neurológica en la explicación de la agresión. Esta teoría propone que los niveles de activación generados ante cualquier acontecimiento pueden dar lugar a la emisión de conductas agresivas, siempre y cuando se produzcan las circunstancias propias que las desencadenen.

Según esta teoría, la secuencia que se sigue para que tenga lugar la conducta agresiva es la siguiente: una persona ante cierta situación experimenta excitación fisiológica, los efectos de adrenalina que dicha excitación provoca se mantienen durante cierto periodo de tiempo ("excitación residual"), de manera que ante la aparición de un segundo estímulo, la adrenalina del primero, aumentará la activación generada por el segundo, y dará lugar a respuestas agresivas desproporcionadas ante esta última estimulación (Carrasco y González, 2006).

- **Teoría de la frustración-agresión de Dollard, Doob, Miller, Mowrer y Sears** (1939 en Carrasco y González, 2006). Esta teoría propone que la agresividad es una conducta que surge cuando la consecución

de una meta es bloqueada o interferida, dando lugar primero a la frustración y, posteriormente, a la agresión dirigida a la fuente de bloqueo; sin embargo, cuando la fuente de displacer no es alcanzable ésta conducta puede ser desplazada a un objeto o a otra persona (Carrasco y González, 2006; Chapi, 2012; Gaytán, 2013; Moreno, 2014). De este modo, cuanto mayor sea el grado de frustración y mayores sean las expectativas, mayor será la tendencia a reaccionar de manera agresiva (Ayala, 2013; Carrasco y González, 2006). En la actualidad, esta teoría no es aceptada, ya que considera que la frustración siempre genera agresión.

- **Teoría revisada de la frustración-agresión.** Es una versión que combina elementos de la hipótesis original con la teoría del aprendizaje social. De acuerdo con esta perspectiva, la frustración no siempre conlleva a la agresión, sólo aumenta la probabilidad de que ésta conducta se presente cuando aumenta la excitación, la ira y otros pensamientos, y las emociones (Berkowitz, 1989 en Carrasco y González, 2006). Sin embargo, el incremento de la excitación y la ira sólo conllevan a la agresión cuando ciertas características socialmente aprendidas toman a dicha conducta como un mecanismo pertinente para esa situación en particular. Si las claves aprendidas socialmente señalan que la agresión es inapropiada, no se manifestará.

Dentro de esta perspectiva Sears (1958 en Ayala, 2013; Etxebarria, 2014) establece que la relación entre frustración y agresión es aprendida y, menciona, que hasta los dos años los niños, ante la frustración, pueden manifestar conductas como lloriqueos, patadas o golpes hacia todo lo que encuentren a su alrededor, sin la intención de dañar. Sin embargo, aprenden a atacar a quienes los frustran cuando descubren que los ataques que manifiestan pueden provocar señales de dolor sobre el sujeto frustrante, y que de esta manera pueden aliviar su frustración (Shaffer, 2000).

Aunado a estas perspectivas, se encuentra la Teoría del Aprendizaje Social la cual se considera como una de las teorías más importantes dentro del estudio y la explicación de la agresividad. Por tal motivo, se le concederá mayor atención, y a continuación se procederá a su caracterización.

Ψ Teoría del aprendizaje social.

Esta teoría pone énfasis en los factores ambientales que están implicados en la adquisición de la agresión y su realización, y postula que la conducta agresiva se aprende a través dos procesos: el aprendizaje observacional y el refuerzo directo (Bandura y Ribes, 1978; Gaytán, 2013; Kimble et al, 2002; Schaffer, 2000). Según Bandura, el aprendizaje directo ocurre cuando las conductas agresivas de los niños son reforzadas, ya sea mediante la obtención de lo que quiere o atrayendo la atención. Si el menor descubre que estos actos funcionan, entonces el niño tenderá a repetirlos.

Por otra parte, el aprendizaje observacional hace referencia a aquellas conductas que son aprendidas mediante la observación y la imitación de los comportamientos de otros (Kimble et al, 2002; Torres, 2001). En este sentido, Bandura indicó que cuando los niños ven a otros comportarse de manera agresiva, sobre todos a aquellas personas a las que admiran, y observan que su conducta produce resultados, es posible que los imiten y se comporten también de manera agresiva en circunstancias similares (Schaffer, 2000). Asimismo, este autor señaló que las fuentes más importantes de la agresión modelada son (Kimble et al., 2002; Bandura y Ribes, 1978):

- Ψ La familia.
- Ψ La subcultura.
- Ψ El modelamiento simbólico que proporcionan los medios de comunicación masiva.

Dentro de la familia, los progenitores a través del comportamiento que manifiestan suelen ser un modelo importante para los infantes, asimismo, los hermanos mayores influyen en el aprendizaje de algunas conductas. Respecto a la

agresividad, se ha demostrado que los padres y hermanos que pelean en presencia de los niños son un modelo significativo de agresión. De la misma forma, si se golpea a algún menor o miembro de la familia de forma injustificada o con el pretexto de disciplinar, se favorece la manifestación de conductas y pensamientos agresivos.

Bandura y Ribes (1978) señalan que si bien las influencias familiares desempeñan un papel importante en el desarrollo social del infante, en este proceso también participan otros sistemas sociales. Asimismo, destacan la importancia que tiene la subcultura en la que radica una persona y con la cual suele mantener una relación cotidiana, debido a que constituye otra fuente importante de agresión. Esto se debe a que en algunos lugares o culturas se considera que la agresividad es un atributo valioso y confiere cierto estatus a la persona que manifiesta dicha conducta.

Por otra parte, los programas de televisión que actualmente se presentan a la audiencia infantil, pueden ser un modelo o estímulo para que los menores adquieran conductas agresivas, debido a que el contenido de ciertas emisiones reflejan actos de violencia. Además en algunos estudios de campo se ha demostrado que la exposición a la violencia televisiva puede fomentar la agresividad.

Bandura también identificó tres tipos de mecanismos que intervienen en la agresión, los cuales son (Carrasco y González, 2006; Chapi, 2012; Hogg y Vaughan, 2010):

- Mecanismos que la originan. Entre éstos destaca el aprendizaje por observación y el aprendizaje por experiencia directa.
- Mecanismos instigadores. Tales como la experiencia de un acontecimiento aversivo, las expectativas de reforzamiento o recompensa al emitir una conducta, control instruccional y control ilusorio.
- Mecanismos mantenedores del comportamiento. Entre éstos se encuentra el reforzamiento directo, el vicario y el autorreforzamiento, los cuales no se consideran como promotores de la agresión sino

facilitadores que tienen la función de disminuir la culpa, la conducta prosocial, etc.

Además, desde el punto de vista de esta perspectiva se considera a la frustración como una condición facilitadora más no necesaria de la agresión, la cual produce un estado de activación emocional que conduce a una variedad de respuestas agresivas. Para explicar este proceso (Rangel, 2009; Soto, 2011) se recurre a variables como:

Ψ Modelado. Establece que la imitación o exposición a modelos agresivos conduce a la génesis y mantenimiento de conductas agresivas.

Ψ Reforzamiento.

Ψ Factores situacionales. La conducta agresiva varía con el ambiente social, los objetivos y el papel desempeñado por el agresor.

Ψ Factores cognoscitivos. En el comportamiento agresivo influyen factores cognitivos y estados afectivos, los cuales interactúan unos con otros y suelen servir como un recurso para que el menor se autorregule.

Finalmente, es importante destacar que a pesar de que Bandura le otorgó mayor importancia al aprendizaje por observación dado que consideraba que los estilos de agresión eran aprendidos la mayoría de las veces mediante este aprendizaje, reconocía que éstos eran perfeccionados a través de la práctica reforzada (Bandura y Ribes, 1978).

1.3 Tipos de agresión.

El estudio de la agresividad infantil es complejo al igual que su clasificación, dado a que en su origen intervienen muchos factores, los cuales se presentan de manera diferente. Vitaro, Brendgen y Barker (2006) han realizado clasificaciones con base a dos criterios generales: la forma en que se manifiesta dicha conducta y la función o meta de la misma. Asimismo, estos autores mencionan que ambas clasificaciones toman en cuenta el desarrollo de la agresión infantil, así como sus antecedentes y las consecuencias de dicho comportamiento.

Dentro de la clasificación que toma en cuenta la forma en que se manifiesta la agresividad se incluye la agresión física y social (Wettstein et al, 2013; Vitaro et al, 2006). La agresión física se da de manera directa y abarca comportamientos que se presentan en la interacción que se establece con una persona tales como golpes, rasguños, mordeduras, pateos, empujones, etc.

Vitaro et al. (2006) consideran que el desarrollo de éste tipo de agresión se caracteriza por un aumento de dicha conducta en el primer año de vida hasta el final del tercero, donde a partir de entonces se presenta una disminución. Sin embargo, también comentan que el comportamiento agresivo no necesariamente disminuye en el curso del desarrollo del menor, sino que éste cambia su forma de manifestación, es decir, el infante reemplaza la agresión física por otras conductas más aceptables socialmente, con el fin de alcanzar sus metas.

Por otra parte, la agresión social se refiere a la manipulación de las relaciones que se establecen entre iguales con el fin de dañar a otra persona, ya sea mediante el empleo de conductas manifiestas como las amenazas, o mediante la utilización de formas encubiertas como lo son la difusión de rumores. Asimismo, este tipo de agresión incluye comportamientos agresivos que se dan de manera no verbal, entre éstos se encuentra el de ignorar algunas decisiones o a personas (Vitaro et al., 2006).

La segunda clasificación basada en la función o meta de la agresividad, distingue dos tipos de agresión: reactiva y proactiva. El concepto de agresión reactiva tiene sus orígenes en la Teoría de la frustración-agresión propuesta por Dollard, Doob, Miller, Mowrer, y Sears (1939, en Moreno, 2014; Vitaro et al. 2006), y hace referencia a aquellas conductas físicas que ocurren como respuesta a una amenaza o provocación, caracterizada por la manifestación de irritabilidad, miedo, ira, así como ataques impulsivos y no planificados (Gaytán, 2013).

Con lo que respecta al concepto de agresividad proactiva, Vitaro et al. (2006) y García y Carpio (2014) señalan que esta manifestación de la agresión se relaciona con la Teoría del aprendizaje social propuesto por Bandura, en donde se considera que dicho comportamiento es una conducta adquirida controlada

mediante el refuerzo de contingencias, la cual se desarrolla a través de la influencia de algunos factores ambientales que propician el uso de la agresión como medio para la consecución de objetivos, y es vista como un tipo de agresividad instrumental.

Considerando los tipos de agresión reactiva y proactiva, Dodge (1991, en Vitaro et al., 2006) planteó un modelo teórico donde estableció que ambas formas de agresividad provenían de diferentes experiencias sociales y se desarrollaban de forma independiente. Para este autor la agresión reactiva es una conducta que se manifiesta como una reacción a un amenazante e impredecible medio ambiente o a una paternidad abusiva y fría. Por el contrario, la agresión proactiva se da en ambientes donde se fomenta el uso de la agresión como medio para lograr algún objetivo o para resolver conflictos.

En este sentido, González, Carrasco, Del Barrio y Gordillo (2013) realizaron un estudio para examinar la agresión proactiva y reactiva en niños de 2 a 6 años de edad, así como su prevalencia y sus características. La muestra estuvo conformada por 524 niños españoles. El instrumento que se empleó fue la Escala de Agresión Infantil "EAI" de González-Peña, Carrasco, Gordillo, Del Barrio y Holgado (2011 en González et al., 2013), el cual consta de un listado de conductas de agresión que pueden manifestar los niños menores de 6 años en su vida cotidiana, para la consecución instrumental de una meta u objetivo (agresión proactiva) o como reacción o defensa a una estimulación exterior (agresión reactiva).

En los resultados se encontró que la agresión, tanto proactiva como reactiva, están presentes a partir del segundo año de vida. La primera, alcanza su nivel máximo a los 4 años y la segunda a los 3 años de edad, además durante este período se encontraron las diferencias por sexo más notables. Los varones mostraron mayores niveles de frecuencia en agresión proactiva pero no reactiva, no obstante, no apareció un uso preferente por un tipo u otro de agresión ni en niñas ni en niños.

Otra manera de tipificar la agresividad infantil es en instrumental y hostil. De acuerdo con Sarduní, Rostán y Serrat (2008) la agresividad hostil es aquella que

tiene como objetivo producir daño en una víctima, sin embargo, mediante ésta no se pretende obtener algún beneficio. En cuanto a la agresividad instrumental, ésta se da cuando el objetivo último del agresor no es dañar al agredido sino conseguir la satisfacción de un deseo o defenderse de atropellos ajenos.

Al respecto, Train (2004) menciona que a la edad de un año, los infantes muestran características relacionadas a la agresividad instrumental, en donde consideran como amenaza a aquellas personas que intentan llevarse algún objeto o juguete de su propiedad dado que éste suele tener connotaciones importantes para él, concibiendo esto como un peligro para su identidad. Mientras tanto, a la edad de cinco o seis años el menor cambia las características de su agresividad observándose con menor frecuencia el empleo de la violencia física para lograr sus objetivos.

En suma, la conducta agresiva infantil se define como el comportamiento que manifiesta un menor de forma repetida a través de arrebatos y mediante el empleo del contacto violento, el cual puede ser dirigido hacia otras personas, hacia sí mismo o hacia objetos. Para explicar su manifestación, se retomará la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura debido a que ofrece un modelo explicativo bastante amplio, que enfatiza los factores ambientales implicados en la adquisición de la agresión y su realización, considerando importante la interacción recíproca que existe entre el individuo y el medio ambiente en la expresión de esta conducta.

Acorde a esta perspectiva teórica, se dará mayor énfasis al estudio de la agresividad proactiva ya que, de acuerdo con la literatura, es el tipo de agresividad que mayor incidencia tiene en la infancia, siendo esto importante debido a que en el estudio se trabajará con esta población. Además, su desarrollo se da a través de la influencia de algunos factores ambientales que propician el uso de la agresión como medio para la consecución de objetivos, siendo una característica notable en la manifestación de ésta conducta entre los infantes.

CAPÍTULO 2. CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS: CONFIABILIDAD Y VALIDEZ.

La mayor parte de las investigaciones realizadas para comprender el comportamiento infantil suelen emplear diversas herramientas de medición. Los cuestionarios y las escalas tipo Likert son algunos de los procedimientos más utilizados para tal fin, ya que mediante el uso de éstos es posible recabar información que ayude a explicar y entender los diversos factores implicados en la manifestación de ciertas conductas. Asimismo, estas herramientas son útiles en la investigación infantil debido a permiten conocer la percepción que los padres de familia tienen del comportamiento de sus hijos.

Sin embargo, en la población mexicana existen pocas escalas estandarizadas para evaluar el objeto de estudio de la presente investigación, por lo que suelen emplearse instrumentos de origen extranjero. En este sentido, algunos de los instrumentos necesitan ser traducidos al idioma local, lo que puede requerir que sean adaptados culturalmente, a través de la revisión del significado de las palabras empleadas. En caso de no realizar el proceso de adaptación, es más probable que la validez y la confiabilidad, originalmente establecidas en el lugar de origen del instrumento, se alteren, y su aplicación en una población culturalmente distinta deja de ser adecuada. Por ello, es menester aplicar una metodología que garantice la reducción de sesgos culturales y que pueda maximizar la utilidad de la escala.

De ahí la importancia de que, antes de utilizar alguna prueba de medición se examinen las características psicométricas del instrumento. Entre estas propiedades se encuentra la *confiabilidad*, que es un elemento importante al momento de decidir utilizar algún instrumento psicológico, ya sea con el fin de medir algún atributo de una persona o su comportamiento (Rosenthal y Rosnow, 1991 en Drost, 2011); y la *validez*, que es la cualidad fundamental más importante de una prueba ya que define el significado de las puntuaciones obtenidas a través de la aplicación de un instrumento.

Considerando la importancia de estas características, el presente capítulo tiene como objetivo describir las conceptualizaciones que se han realizado de

ambos términos, analizar la clasificación que existe para su estudio así como señalar los procedimientos más utilizados para determinar estas propiedades. De la misma manera, se describen ciertos métodos que se utilizan para incrementar la confiabilidad de un instrumento y algunos factores que pueden afectar la validez.

2.1 Confiabilidad

2.1.1 Definición

La confiabilidad de una prueba o instrumento hace referencia a la consistencia o estabilidad de una medida (Quero, 2010). En este sentido, un instrumento es considerado como confiable cuando al realizarse una medición se producen los mismos resultados en diferentes ocasiones (Flores, Bustos y Villegas, 2013), es decir, de manera consistente (Namakforoosh, 2005).

Por su parte, Drost (2011) considera la confiabilidad como el grado en que las medidas son repetibles cuando personas diferentes realizan las mediciones, en diferentes ocasiones y condiciones. Es decir, la confiabilidad es la consistencia de la medición (Bollen, 1989 en Drost, 2011) o la estabilidad de la medición a través de una variedad de condiciones en las que básicamente deben obtenerse los mismos resultados (Nunnally, 1978 en Drost, 2011).

Para García (2004) la confiabilidad tiene que ver con la exactitud y la precisión que se necesita para obtener resultados parecidos cuando se aplica una escala en repetidas ocasiones, ya sea a los mismos sujetos o a poblaciones distintas (Hernández, Fernández y Baptista, 1997 en Silva y Brain, 2006). Es por ello que se considera que esta propiedad juega un papel importante en la medición, debido a que a través de ella se define la capacidad que un instrumento tiene para lograr resultados semejantes, y se puede advertir qué tan exactos y estables son los datos alcanzados (Pick, 2005 en Flores et al., 2013).

Siguiendo la misma línea, Kerlinger y Lee (2002) también toman las características de exactitud y precisión para definir la confiabilidad, sin embargo, añaden otros términos para referirse a este concepto como son: la consistencia, falta de distorsión, la estabilidad, la fiabilidad y la predictibilidad. Para estos autores, la confiabilidad está relacionada con la precisión que tiene un instrumento para

medir aquello que se desea. Asimismo, consideran que para conceptualizar mejor el término de confiabilidad se puede investigar qué tanto error de medición existe en una escala. En suma, la confiabilidad queda definida como la ausencia relativa de errores de medición en un instrumento (Kerlinger y Lee, 2002; Namakforoosh, 2005).

Los errores de medición son errores aleatorios que no pueden ser controlados ni anticipados (Argibay, 2006), y representan la suma de diversas causas (Kerlinger y Lee, 2002). Estos errores pueden incluir características del individuo, de la prueba o la situación, que no tienen relación con el atributo a medir y que, sin embargo, afectan las puntuaciones de la prueba, generando así imprecisiones en la medición (Gregory, 2012).

Continuando con las definiciones de la confiabilidad, Martín (2004) la concibe como el grado que tiene un instrumento para medir con precisión, es decir, sin error. En otras palabras, este procedimiento sirve para determinar si un instrumento es capaz de ofrecer en su empleo repetido, resultados veraces y constantes en condiciones similares de medición. De manera similar, Alarcón y Muñoz (2008) definen el término confiabilidad como el grado en que los puntajes observados en una medición están libres de error; y mencionan que éste se relaciona con la estabilidad de las observaciones e inferencias realizadas y su precisión.

Al igual que las definiciones anteriores, Aragón (2004) considera que la confiabilidad hace referencia a la exactitud y la precisión con la que un instrumento de medición mide el objeto; sin embargo, menciona que dicho término puede ser entendido de manera específica como la ausencia de errores de medición al utilizar un instrumento determinado. Pese a que esta definición comparte ciertas características con las anteriores conceptualizaciones, el autor señala que en el área de la Psicología es difícil utilizar dichos términos en la medición de atributos psicológicos, y destaca que como alternativa se suelen utilizar algunos sinónimos de confiabilidad como es el de estabilidad de la medida y el de consistencia interna.

Retomando algunos de los términos que se utilizan para referirse a la confiabilidad, se puede decir que este concepto queda entendido como la congruencia, precisión, objetividad y constancia de los datos obtenidos de un instrumento de medición.

- Ψ **Congruencia.** Un instrumento es congruente cuando las variables y sus indicadores miden la misma cosa.
- Ψ **Precisión.** Se refiere al momento en el que el investigador reproduce varias veces la investigación y obtiene los mismos resultados.
- Ψ **Objetividad.** Esta propiedad señala que cuando varios experimentadores tienen que realizar una misma investigación, éstos deben llegar a las mismas conclusiones
- Ψ **Constancia.** Señala que la forma de medición del objeto no debe alterar los resultados.

Se puede observar que las distintas conceptualizaciones elaboradas para referirse a la confiabilidad señalan a la precisión y la constancia como una de las características relevantes de dicho término, sin embargo, algunos autores consideran que los errores de medición son los principales distintivos de la confiabilidad.

Por lo tanto, con base a la revisión de la literatura se propone la siguiente definición de confiabilidad: procedimiento caracterizado por la precisión, la constancia y la estabilidad de las puntuaciones obtenidas de una medición, después de haber aplicado un *instrumento en diversas ocasiones a una muestra amplia*.

2.1.2 Tipos de Confiabilidad

Existen diversos procedimientos para calcular la confiabilidad de un instrumento de medición, los cuales dependen del tiempo en que se realizan las mediciones, de los instrumentos que suelen emplearse y del comportamiento interno del mismo. Todos estos métodos suelen utilizar fórmulas que producen coeficientes de confiabilidad, los cuales pueden oscilar entre cero y uno. Donde el coeficiente cero significa nula confiabilidad y uno representa el máximo de confiabilidad. Con base a ello, se

considera que existe mayor error en la medición si el coeficiente se encuentra más cercano al cero (Silva y Brain, 2006).

Argibay (2006) y Grost (2011) consideran que existen tres maneras de agrupar los métodos de confiabilidad, éstos son: equivalencia, estabilidad en el tiempo y la consistencia interna. Dentro del método de equivalencia se encuentra la confiabilidad de formas paralelas o alternas. La confiabilidad test-retest se agrupa en el método llamado estabilidad en el tiempo. En el tercer grupo, correspondiente a la consistencia interna, se agrupa la confiabilidad por mitades, el coeficiente alfa de Cronbach y la confiabilidad intercalificadores.

Gregory (2012) por su parte, considera que los diferentes métodos para estimar la confiabilidad suelen dividirse en dos grandes grupos: estabilidad temporal y consistencia interna. Con base a esta clasificación se estudiarán los diferentes tipos de confiabilidad.

Ψ **MÉTODOS DE ESTABILIDAD TEMPORAL.** Miden de manera directa la consistencia de las puntuaciones de prueba.

- ✓ **Test- retest (Medidas de estabilidad).** Este es el método más sencillo que se puede utilizar para comprobar la consistencia de un instrumento (Flores et al., 2013; Gregory, 2012). Consiste en aplicar el mismo instrumento de medición al mismo grupo de personas, en dos ocasiones diferentes, con el fin de medir la estabilidad que tienen las puntuaciones obtenidas a través del tiempo. El lapso de tiempo entre las dos ocasiones dependerá del tipo y del propósito de las mediciones; sin embargo, algunos autores coinciden en que el intervalo de tiempo entre la aplicación de las pruebas no debe exceder los seis meses.

Reidl (s.f) menciona que el coeficiente de correlación empleado en este método va a depender del nivel de medición del instrumento. Si éste es nominal se empleará el Coeficiente C de Contingencia; si es ordinal, se puede emplear el Coeficiente de correlación de rangos de Spearman y si es intervalar, se puede utilizar el coeficiente de correlación product-

momento de Pearson. En este sentido, se considera que un instrumento es confiable cuando su correlación es significativa y varía entre .80 y .90. Por otra parte, pese a lo factible que parece ser este método se pueden observar algunas limitaciones con las que cuenta. La primera hace alusión a la experiencia que se produce después de que un individuo fue examinado en una ocasión, la cual puede influir en la medición de las subsecuentes pruebas. La otra limitación hace referencia a las características humanas que se encuentran en un estado de cambio continuo (Namakforoosh, 2005).

Drost (2011) también considera que en este método el investigador puede enfrentarse a algunas dificultades, como el fenómeno de maduración, que ocurre cuando el intervalo entre las dos pruebas es demasiado largo. La maduración hace referencia a los cambios que suceden en los sujetos o participantes durante el intervalo de tiempo que existe entre la aplicación de una prueba y otra. Estos cambios pueden ser resultado de algunas situaciones en las que los evaluados hayan estado expuestos, lo que hace que cambien sus opiniones, sentimientos o actitudes sobre el comportamiento en estudio. En suma, se puede establecer que estos episodios se producen con el tiempo y, causan una variabilidad entre las mediciones iniciales y posteriores.

Tomando en cuenta estas limitantes, Alarcón y Muñoz (2008) señalan que cuando un investigador desee realizar un test- retest debe aplicar su cuestionario resguardando que las condiciones en que se aplica sean similares entre la primera y segunda aplicación.

- ✓ **Confiabilidad de formas paralelas.** Este método se lleva a cabo cuando existen dos versiones o formas alternas de un mismo instrumento (Flores et al., 2013) con el fin de que ambas adaptaciones midan la misma variable (Reidl, s.f.). Estas formas se elaboran de manera independiente e incorporan contenido similar cubriendo el mismo rango y nivel de dificultad en los reactivos (Gregory, 2012).

El procedimiento que se sigue en este caso es el siguiente: primero se administran las diferentes formas de la prueba al mismo grupo de personas y después, se toman los resultados de ambas aplicaciones para que puedan ser correlacionadas entre sí.

Por último, es importante considerar que este método de confiabilidad posee algunas limitantes. Por un lado, se requiere que el investigador realice dos formas de la prueba, lo cual puede ser bastante costoso tanto en tiempo como en lo económico. Por otra parte, el procedimiento al ser realizado en un período largo puede ocasionar que las personas evaluadas sean susceptibles a la fatiga y el aburrimiento, influyendo así en su desempeño (Kerlinger y Lee, 2002).

Ψ **MÉTODOS DE CONSISTENCIA INTERNA.** La consistencia interna examina que tan unificados se encuentran los reactivos de una prueba, y se subdivide a su vez, en diferentes subtipos.

✓ **Confiabilidad por mitades de Spearman.** Este método implica dividir una misma prueba en dos mitades las cuales deben ser iguales o equivalentes, para que a partir de las puntuaciones arrojadas en cada una de ellas se proceda a calcular el coeficiente de confiabilidad. Para estimar la confiabilidad de la prueba suele emplearse la siguiente fórmula:

- **Fórmula Spearman-Brown.** Con el uso de esta fórmula, junto con el supuesto de que las mitades son iguales, puede calcularse un estimado de la confiabilidad de la prueba. Kerlinger y Lee (2002) señalan que esta fórmula puede emplearse cuando el investigador esté casi seguro de que las dos mitades sean iguales. Si existe cualquier duda con respecto a la homogeneidad de las mitades, no debe utilizarse dicha fórmula debido a que se puede sobreestimar la confiabilidad de la prueba completa. En su caso, es conveniente que se emplee la fórmula de Rulon o la fórmula de Guttman, ya que ambas toman en cuenta las diferencias

que pueden existir entre las mitades (Kerlinger y Lee, 2002; Vera-Villaruel y Oblitas, 2005).

La fórmula Spermán-Brow está compuesta de la siguiente manera:

$$r_{SB} = \frac{2r_{hh}}{1 + r_{hh}}$$

En ésta fórmula, r_{SB} es la estimación de la confiabilidad de la prueba completa, mientras que r_{hh} es la confiabilidad por mitades de prueba.

- ✓ **Coefficiente alfa (α) de Cronbach.** Este método fue propuesto por Lee J. Cronbach en 1951 (Gregory, 2012). A partir de su creación fue posible evaluar la confiabilidad o consistencia interna de un instrumento constituido por una escala Likert, o cualquier escala de opciones múltiples (Quero, 2010).

En la actualidad, es quizá uno de los coeficientes de confiabilidad más utilizados por los investigadores, ya que sólo requiere de una sola aplicación del instrumento, lo cual permite determinar la consistencia de la respuesta del participante con respecto a los ítems o reactivos del instrumento o escala (Flores et al., 2013).

En palabras de Gregory (2012), el coeficiente alfa hace alusión al índice de la consistencia interna de los ítems, es decir, de su tendencia a correlacionarse de manera positiva entre sí. Este coeficiente tiene la ventaja de calcular el aporte individual de cada reactivo a la consistencia interna total de la prueba.

Con base a este tipo de confiabilidad, se puede indicar que un instrumento es aceptable si presenta un valor de .80. Si por alguna razón se obtienen valores inferiores, se procede a reestructurar la escala con el fin de mejorar dicha medida y que el coeficiente de confiabilidad sea aceptado.

La fórmula para calcular el coeficiente alfa de Cronbach es:

$$r_{\alpha} = \left(\frac{N}{N-1} \right) \left(1 - \frac{\sum \sigma_j^2}{\sigma^2} \right)$$

Donde r_α es el coeficiente alfa, N es el número de reactivos, σ_j^2 es la varianza de un reactivo, $\sum \sigma_j^2$ es la sumatoria de las varianzas de todos los reactivos, y σ^2 es la varianza de las puntuaciones totales de la prueba. El coeficiente alfa puede variar entre 0 y 1.

- Método Kuder-Richardson para estimar la confiabilidad. Este método fue elaborado por Kuder y Richardson en 1937, y es mejor conocido como método Kuder-Richardson 20, o simplemente KR-20. Este tipo de confiabilidad se utiliza cuando los reactivos de un instrumento de medición tienen calificación binaria o la escala de respuestas es dicotómica (Kerlinger y Lee, 2002).

Su fórmula es la siguiente:

$$KR - 20 = \left(\frac{N}{N - 1} \right) \left(1 - \frac{\sum pq}{\sigma^2} \right)$$

Donde

N es el número de reactivos en la prueba, σ^2 es la varianza de las puntuaciones de la prueba completa, p es la proporción de examinados que respondieron cada reactivo de manera correcta y, q es la proporción de examinados que respondieron cada reactivo de manera incorrecta

- ✓ **Confiabilidad intercalificadores.** El procedimiento que se realiza para calcular este método de confiabilidad se resume en dos pasos:
 - 1) Dos o más examinadores califican de manera independiente una muestra de las pruebas (Gregory, 2012). Para esto se recomienda que los calificadores sean capacitados para evaluar dimensiones muy específicas.
 - 2) Las puntuaciones obtenidas por cada examinador deben ser similares (Aiken, 2003), para que posteriormente, se proceda a realizar la correlación de ambas puntuaciones.

El enfoque más común para determinar este coeficiente es hacer que dos personas califiquen las respuestas de un número de examinados y se calcule luego la correlación entre los dos conjuntos de calificaciones; o bien, se le puede indicar a muchas personas que califiquen las respuestas de un examinado o mejor aún que muchas personas califiquen las respuestas de diversos examinados (Aiken, 2003).

En la tabla 1 se presenta una síntesis de algunos de los métodos utilizados para estimar la confiabilidad.

Tabla 1.

Síntesis de los métodos para estimar la confiabilidad.

Método	Núm. de formas	Núm. de sesiones	Fuentes de varianza de error.
Test- retest	1	2	Cambios a lo largo del tiempo
Formas paralelas (inmediato)	2	1	Muestreo de reactivos
Formas paralelas (demorado)	2	2	Muestreo de reactivos. Cambios a lo largo del tiempo.
División por mitades	1	1	Muestreo de reactivos. Naturaleza de la división.
Coficiente alfa	1	1	Muestreo de reactivos. Heterogeneidad de la prueba.
Intercalificadores	1	1	Diferencias entre calificadores.

Fuente: Gregory, R. (2012). *Pruebas Psicológicas. Historia, principios y aplicaciones* (p. 97). México: Pearson.

Además de las diversas clasificaciones realizadas para estimar la confiabilidad, también se necesita realizar un análisis de las interpretaciones que existen de los coeficientes de confiabilidad. Aunque no existe un consenso entre los autores sobre cuál debe ser el valor mínimo de estabilidad para que una escala sea considerada como aceptable, algunos investigadores establecen el valor .70 como límite entre confiabilidades aceptables y no aceptables (Kerlinger y Lee, 2002).

Por su parte, Nunnally (1978, en Kerlinger y Lee, 2002) indica que el nivel adecuado de la confiabilidad va a depender de la manera en que se esté utilizando

una medida. Asimismo, este autor considera que en investigaciones de naturaleza exploratoria, el valor mínimo de confiabilidad recomendado se sitúa en .70. En cambio, para estudios no exploratorios, señala que el valor adecuado de alfa de Cronbach se ubica en un mínimo de .80.

Finalmente, con base a la revisión efectuada de los distintos tipos de confiabilidad se determinó que el coeficiente alfa de Cronbach es el método que más se ajusta para realizar los análisis estadísticos de la presente investigación.

2.1.3 ¿Cómo incrementar la confiabilidad?

Existen diversos factores que pueden influir en la confiabilidad de una prueba o instrumento, entre estos se encuentran los errores de medición, los cuales a medida que aumentan ocasionan que el valor de la confiabilidad disminuya (Kerlinger y Lee, 2002). Por tal motivo, si se quiere que un instrumento de medición sea confiable se debe de reducir el error.

Algunas formas que se utilizan con la finalidad de aumentar la confiabilidad son (Nunnally, 1978, en Drost, 2011; Kerlinger y Lee, 2002):

1. Escribir los reactivos de los instrumentos de medición sin ambigüedades, ya que el uso de un reactivo confuso puede ser interpretado de diversas formas. Esto ocasiona que se incremente la varianza de error y disminuya la confiabilidad.
2. Añadir reactivos al instrumento de medición con el fin de incrementar la probabilidad de una medición precisa.
3. Redactar de forma clara y concisa las instrucciones. Además, es necesario que los instrumentos de medición se apliquen bajo condiciones controladas y similares.

Para saber si un instrumento está redactado adecuadamente, se pueden realizar algunos procedimientos estadísticos como el análisis de reactivos. Éste se utiliza para incrementar tanto la confiabilidad como la validez de una prueba, lo cual se logra al evaluar cada ítem de forma separada para determinar qué tan eficaces o qué tan pobres son los reactivos de medición (Kerlinger y Lee, 2002).

Posteriormente, se realiza el análisis de discriminación de reactivos (Kerlinger y Lee, 2002). Este procedimiento estadístico indica al investigador qué tan capaz fue el reactivo de discriminar entre puntuaciones altas y puntuaciones bajas. Se considera un buen reactivo aquel que es contestado correctamente por las personas con alta puntuación, y contestado erróneamente por aquellos con baja puntuación. Lo que se espera de este procedimiento es que los reactivos tengan valores positivos, dado a que mayor valor existe mayor discriminación. Sin embargo, puede suceder que en este análisis se obtengan valores negativos por lo que se considera que el reactivo posee una discriminación invertida.

2.2 VALIDEZ

2.2.1 Definición

La validez es un concepto complejo, controvertido e importante en la investigación, ya que a través de éste se pone en “evidencia” o en “tela de juicio” la realidad del instrumento, es decir, la utilidad científica del mismo con el fin de conocer qué tan bien mide el constructo que pretende medir. Es por ello que algunos autores como Aiken (2003) y, Kerlingery Lee (2002) consideran que el estudio de la validez es arduo, dado que a diferencia de la confiabilidad, la validez debe estudiar la naturaleza y el significado de las variables; además, ésta depende de la acumulación de hallazgos empíricos. En este sentido, Aiken (2003) considera que una prueba puede ser confiable sin ser válida, pero no puede ser válida sin ser confiable. En suma, se dice que la confiabilidad es una condición necesaria, pero no suficiente para la validez (Gregory, 2012).

En términos generales, la validez suele definirse como el grado en que un instrumento mide las variables que pretende medir (Gregory, 2012; Namakforoosh, 2005). Dicho procedimiento, interpreta la relación lógica que existe entre las definiciones y los reactivos, así como la relación empírica del objeto medido con las hipótesis (Nadelsticher, 1983 en Flores et al., 2013).

Los Estándares para la Evaluación Educativa y Psicológica (Standards for Educational and Psychological Testing, AERA, APA y NCME, 1999 en Gregory,

2012) conciben que una prueba es válida cuando las inferencias realizadas a partir de ella son apropiadas, significativas y útiles. Para Drost (2011) la validez hace referencia al significado de los componentes de la investigación y añade que, cuando los investigadores miden los comportamientos tienen que percatarse si en realidad el instrumento empleado mide lo que pretende medir.

Mientras tanto, Anastasi y Urbina (1998) señalan que la validez de un instrumento de medición tiene que ver con lo que mide y con qué tan bien lo hace, lo cual puede indicar qué es lo que se puede inferir a través de sus resultados. Por su parte, Oviden (2003) menciona que la validez se relaciona al aspecto de la medición psicopedagógica que se vincula con la comprensión y el estudio del significado de las puntuaciones obtenidas por los test.

Otros autores como Lamprea y Gómez (2007) señalan que la validez o exactitud de una escala se refiere al grado de confianza que se tiene de que la medición realizada a través de un instrumento corresponde a la realidad del fenómeno que se está midiendo. Por su parte, Alarcón y Muñoz, (2008) indican que la validez hace referencia a la pertinencia de las inferencias realizadas a partir de las mediciones, en otras palabras, la validez sería la capacidad que tiene un instrumento para medir la cualidad para la que fue construido.

Al igual que estas concepciones, Aragón (2004) define a la validez como el grado en el que un instrumento de medición mide realmente lo que se propone. Sin embargo, destaca que la validez también puede ser entendida como el grado de adecuación, significación y utilidad de las inferencias específicas, las cuales pueden derivarse a partir de las puntuaciones de los tests, teniendo en cuenta que lo que se valida no es el instrumento, sino la interpretación de los datos obtenidos por medio de él (Martínez, 1996 en Aragón, 2004).

La validez depende de factores tales como la intención específica de la prueba, el procedimiento usado en su construcción, las condiciones de la colección de datos, y los procedimientos de enjuiciamiento y medición; así como el análisis de los procedimientos empleados y las características de las personas que proporcionan los datos y la información (Leyva, 2011).

Por otra parte, Gómez y Dolores (2005) señalan algunos puntos que deben considerarse sobre la validez:

1. Lo que se valida no es el test, sino las puntuaciones obtenidas de éste.
2. La validez de las puntuaciones de un test se aseguran mediante la acumulación de evidencia teórica, estadística, empírica y conceptual del uso de las puntuaciones.
3. Una puntuación puede ser válida para un uso y no para el otro.
4. La validación es un proceso continuo y dinámico.
5. La teoría juega un papel importante como guía tanto del desarrollo de un test como de su proceso de validación.

De acuerdo a Aiken (2003) existen diversos métodos por los cuales puede determinarse la validez, algunos de estos son:

- Ψ Analizar el contenido de la prueba.
- Ψ Calcular la correlación entre las calificaciones de la prueba y las calificaciones en el criterio de interés.
- Ψ Investigar las características psicológicas particulares o constructos medidos por la prueba.

Dicho autor también menciona que estos procedimientos son útiles en la medida que mejorarán la comprensión de lo que mide una prueba y proporcionan información para tomar decisiones sobre la gente.

En suma, la validez es la cualidad que tiene un instrumento para medir los rasgos o características que se pretenden medir. Se trata de determinar si realmente el cuestionario mide aquello para lo que fue creado.

2.2.2 Tipos de validez

La validez puede ser de diferentes tipos dependiendo de la forma en que se construye el instrumento o de los objetivos del investigador (Reidl, s.f). De esta manera, se han realizado diversas clasificaciones para estudiar la validez, algunos autores consideran que para su estudio, se distinguen tres tipos: validez de constructo, validez de contenido y validez de criterio, otros más añaden a esta

clasificación la validez concurrente. Un ejemplo de estas distinciones es la clasificación realizada por Drost (2011), quien distingue que los diversos tipos de validez suelen categorizarse de la siguiente manera: validez de conclusión estadística, validez interna, validez de constructo y validez externa.

Al igual que esta clasificación se encuentra la realizada por la American Association of Psychology, la Asociación Estadounidense de Investigación Pedagógica y el National Council of Measurement in Education, la cual distingue entre validez de contenido, validez de criterio y la validez de constructo Namakforoosh (2005). Dicha clasificación es considerada como la más importante, por lo que para los objetivos del presente trabajo se retomará. A continuación se describe cada tipo de validez:

Ψ **Validez de contenido.** Está determinada por el grado en que las preguntas, tareas o los reactivos de una prueba son una muestra representativa y extensa del rasgo que se está midiendo (Vera-Villarroel y Oblitas, 2005). Como tal, la validez de contenido ha sido requerida típicamente para pruebas de evaluación de aprovechamiento escolar y para medir qué tan bien domina un individuo una habilidad específica (Anastasi, 1988 en Aragón y Silva, 2002).

Drost (2011) considera que existen básicamente dos formas de evaluar la validez de contenido: hacer una serie de preguntas sobre el instrumento o prueba y pedir la opinión de jueces expertos en el campo.

Con respecto al coeficiente de acuerdo entre jueces o interjueces, éste se calcula elaborando una pauta en donde se le pide a un juez experto que indique si cada uno de los reactivos de una prueba mide el constructo en cuestión. Es decir, se mide el grado de acuerdo o consistencia que existe entre dos o más jueces acerca de la validez de contenido de los reactivos presentados.

De acuerdo con Namakforoosh (2005) la validez de contenido se divide en:

- Validez superficial. Se refiere a la evaluación subjetiva del investigador y del instrumento de medición.

- **Validez muestral.** Se refiere a que el instrumento contenga una muestra representativa del Universo de la materia en interés.

Otro tipo de validez relacionada a la de contenido es la validez aparente, que se refiere al grado en que un test da la impresión a los jueces de que mide lo que se pretende (Drost, 2011; Reidl, s.f.).

Por tanto, la validez de contenido se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico del contenido de lo que se mide. Es el grado en que la medición representa al concepto medido (Bohrnstedt 1976 en Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Ψ **Validez de criterio.** Interviene cuando se utiliza un instrumento para estimar alguna forma importante de conducta, que recibe el nombre de criterio. Mediante los procedimientos que se utilizan en este tipo de validez se logra conocer la efectividad que tiene una prueba para predecir el desempeño de un individuo y las conductas específicas que éste puede manifestar en determinadas situaciones (Anastasi y Urbina, 1998).

De acuerdo a Aiken (2003) este tipo de validez suele dividirse en dos subtipos:

- **Validez concurrente.** Se refiere al índice de correlación existente entre la prueba construida y otra prueba que evalúan el mismo rasgo. Dicho indicador se obtiene mediante el coeficiente de correlación de Pearson (Vera-Villaruel y Oblitas, 2005). Una característica de este tipo de validez es el hecho de que las puntuaciones del test y del criterio se obtienen en la misma sesión (Prieto y Delgado, 2010).
- **Validez predictiva.** Atañe a la precisión con que las puntuaciones de una prueba predicen puntuaciones de criterio (Aiken, 2003) según lo indica la correlación entre la prueba (predictor) y un criterio del desempeño futuro. El criterio se mide en un momento posterior (Prieto y Delgado, 2010).

En otras palabras, la validez de criterio indica el grado en que las puntuaciones de una variable futura se correlaciona con las

puntuaciones predichas por los resultados de la prueba aplicada (Vera-Villarroel y Oblitas, 2005). El indicador del índice de validez se obtiene mediante la regresión de la puntuación de la prueba sobre la variable criterio. El estadístico utilizado es la regresión lineal simple.

Ψ **Validez de constructo.** Hace referencia al grado en el que la escala usada concuerda con los objetivos para los que fue creada, es decir, que refleja el alcance que tiene para satisfacer las expectativas teóricas (Kerlinger y Lee, 2002).

Para Vera-Villarroel y Oblitas (2005) este tipo de validez hace referencia al grado de concordancia entre los resultados obtenidos al aplicar una prueba y los planteamientos o hipótesis teóricas existentes sobre el campo o rasgo evaluado.

Para estudiar la validez de constructo de un instrumento se requiere que exista una conceptualización clara y específica del rasgo bajo estudio, esto con base a una teoría determinada. Por tal motivo, se requiere de la acumulación gradual de información de una variedad de fuentes (Aragón y Silva, 2002). Las etapas que incluye este tipo de validez son tres, en la primera se establece y especifica la relación teórica entre los conceptos, en la segunda etapa se correlacionan ambos conceptos y se analizan cuidadosamente, por último, se interpreta la evidencia empírica de acuerdo a qué tanto clarifica la validez de constructo de una medición en particular.

Dentro de este tipo de validez se distinguen dos procesos (Campbell y Fiske, 1951 en Alarcón y Muñoz, 2008; Anastasi y Urbina, 1998; Drost, 2011):

- *Validez convergente.* Se demuestra cuando una prueba tiene una correlación elevada con otras medidas o métodos de medición del mismo constructo.
- *Validez discriminante.* En este tipo de validez los resultados de un test se comparan con los de otro que mide un constructo diferente.

En cuanto al procedimiento que se requiere para calcular la validez de constructo, se destaca que ésta puede ser determinada a través de diversos métodos como la diferenciación entre grupos, las correlaciones con otras

medidas de constructo, y el análisis factorial (Argibay, 2006). De estos procedimientos, el último es uno de los más importantes, debido a que a través de éste se puede identificar la cantidad de constructos o factores que existen en un test y la medida en que cada ítem está relacionado con cada factor (Alarcón y Muñoz, 2008).

Mediante los resultados obtenidos del análisis factorial se puede determinar la validez de constructo de algún instrumento. Entre éstos se encuentra la varianza explicada, la validez relevante y la estructura factorial (Reidl, s.f.). A continuación se explica cada una de ellas:

- **Varianza explicada:**

Kerlinger y Lee (2002) consideran que la cantidad de varianza explicada, acumulada por los factores extraídos en el análisis factorial, es un indicador importante dentro de la validez de constructo. En este caso, la varianza acumulada explicada de un instrumento deberá alcanzar valores de 70% o más para considerarse como adecuado.

- **Validez relevante.**

Es el promedio de la raíz cuadrada de las comunalidades de los reactivos que constituyen a un factor. Este procedimiento se realiza con cada uno de los factores extraídos del instrumento. Los valores de cada validez deben alcanzar magnitudes mayores a 0.75.

- **Estructura factorial.**

Procedimiento que se realiza para determinar si las dimensiones obtenidas del instrumento representan de manera adecuada al constructo en medición. Si el concepto alude a diferentes dimensiones, éstas deberán estar representadas en el instrumento. Cabe destacar que esta técnica es de suma importancia en los instrumentos que tienen como finalidad medir conceptos o constructos hipotéticos.

Argibay (2006) menciona que las estructuras factoriales pueden tender a ser inestables y dependen mucho del tamaño de la muestra. El tamaño necesario depende en parte de la cantidad de ítems involucrados en el análisis y existen diferentes criterios para establecer el número de sujetos indicados. Uno de

los criterios, es que el número de sujetos no sea menor a cinco veces la cantidad de ítems del instrumento.

2.2.3 Factores que afectan la validez de una prueba.

Finalmente, la validez de un instrumento de medición puede verse afectada por diferentes factores que pueden distorsionar los coeficientes de validez y complicar su interpretación. Éstos pueden estar asociados tanto al proceso de elaboración de la prueba misma, como a los procedimientos de administración, calificación e interpretación de los resultados. Algunos de estos factores son: las instrucciones imprecisas o vagas, preguntas que sugieren la respuesta, ítems incongruentes con el dominio o universo del contenido, tiempo insuficiente para responder, ayuda adicional a algunos sujetos, entre otros.

Con base a lo revisado en el capítulo, se puede considerar a la validez y a la confiabilidad como dos condiciones necesarias e importantes en todo instrumento de medición, ya que si ambas características coexisten en un mismo instrumento, se puede precisar a éste como adecuado para medir el objeto de investigación.

Por tanto, la confiabilidad se define como aquel procedimiento caracterizado por la precisión, la constancia y la estabilidad de las puntuaciones obtenidas de una medición después de haber aplicado un *instrumento en diversas ocasiones a una misma muestra*. Considerando tal definición y tomando en cuenta el objetivo de este estudio, se empleará el método de *Coficiente Alpha de Cronbach* para calcular de la confiabilidad del instrumento debido a que tal procedimiento permite determinar la consistencia de la respuesta del participante con respecto a los ítems o reactivos del instrumento o escala (Flores et al., 2013).

Por otra parte, la validez hace referencia a la cualidad que tiene un instrumento para medir los rasgos o las características que se pretenden medir, es decir, a través de este método se trata de determinar si realmente el cuestionario mide aquello para lo que fue creado. Para el objetivo del presente estudio, se utilizará la validez de constructo y de contenido.

Una vez revisadas las características psicométricas que debe tener un instrumento de medición, es posible destacar la importancia de la adaptación y la estandarización de una escala. Por estandarización se entiende aquel proceso mediante el cual se aplica una prueba a una muestra representativa de la población a la que se dirige el instrumento; y mediante éste se sigue una serie de pasos para determinar las normas de calificación de la escala (Aiken, 2003), una vez que se han determinado su confiabilidad y validez (Reidl, s.f). Para que la muestra sea representativa, debe ser lo suficientemente grande, y los participantes deben ser elegidos de forma aleatoria y por estratos de la población.

En cuanto a la adaptación, ésta hace referencia al proceso que requiere la evaluación de la equivalencia métrica entre las puntuaciones de la escala. Implica la traducción del instrumento considerando que las palabras empleadas sean comprensibles para la población a la que se dirige, tomando en cuenta las variables culturales involucradas. Asimismo, la adaptación de una escala implica la transformación, adición o substracción de algunos ítems de la escala original y, en algunas ocasiones, la modificación de gran parte del instrumento.

Con los procedimientos hasta aquí definidos para la adaptación y la estandarización de un instrumento, se puede realizar una revisión de las herramientas empleadas para la evaluación de la conducta infantil, específicamente de aquella que es objeto de estudio de la presente investigación: la agresividad infantil.

CAPÍTULO 3. MEDICIÓN DE LA CONDUCTA AGRESIVA.

Actualmente el estudio de la agresividad infantil ha tomado gran relevancia debido a la creciente incidencia que ha tenido a nivel mundial y a las diversas consecuencias con las que ha sido relacionada. Esto puede verse reflejado en las distintas investigaciones realizadas para conocer su prevalencia y los estudios que han sido llevados a cabo para delimitar sus consecuencias (Guerra, Campaña, Fredes, Gutiérrez y Plaza, 2011).

En este sentido, la medición cobra especial relevancia dado a que a partir de ésta se puede tener una evaluación más precisa de la agresividad, lo cual sirve tanto para conocer su prevalencia, las consecuencias que lleva consigo, así como como para poder llevar a cabo intervenciones sobre la problemática. Es por ello, que los investigadores se han valido de múltiples técnicas e instrumentos para evaluarla.

En México, existen pocos estudios relacionados a la evaluación de la agresividad infantil, debido a lo complicado que resulta acceder a los ámbitos donde se desarrollan los menores y a la carencia de instrumentos para estudiar la agresividad en niños mexicanos. Al respecto, cabe señalar que las pocas escalas que existen para medir dicha conducta son extranjeras, lo que hace necesario que se lleven a cabo adaptaciones para la población mexicana.

Por tal motivo, el presente capítulo tiene como objetivo dar a conocer: las diferentes técnicas que se utilizan para medir la agresividad en la infancia, los estudios que se han realizado sobre el tema y los instrumentos más empleados para evaluar la agresividad infantil.

3.1 ¿Cómo se mide la agresión?

La agresividad ha sido medida o evaluada con diversas técnicas que han sido de gran utilidad para su identificación y estudio. Inicialmente, la evaluación de la conducta agresiva se inicia a través de la observación, entrevistas o algunas técnicas proyectivas. Sin embargo, la mayoría de las investigaciones suelen emplear algún instrumento o escala diseñada para evaluar esta conducta.

De acuerdo con Carrasco y González (2006) deben tomarse en cuenta algunas consideraciones al momento de elegir o seleccionar alguna técnica para evaluar la agresividad, entre éstas se encuentra:

- Selección de medidas apropiadas.

La selección de un instrumento que evalúe la agresividad tiene que ser en base a las adecuadas propiedades psicométricas que éste presente, que esté diseñado a las características del evaluado considerando su edad, el nivel cultural del mismo o de la persona a cargo (tutor) y su disponibilidad; asimismo, debe tomarse en cuenta el contexto en el que se produce la evaluación (Andrés-Pueyo, Pérez, Gallardo y García, 2013; Carrasco y González, 2006).

- Evaluación multifuente-multimétodo.

Este tipo de medición consiste en emplear información obtenida de distintas fuentes (padres, profesores) y a través de diferentes métodos (utilizando diferentes técnicas y recursos, tales como la observación, las entrevistas o diferentes pruebas estandarizadas), los cuales deben de concordar entre sí. Dicha evaluación ha sido especialmente utilizada en población infantil.

- Evaluación del contexto funcional de la conducta agresiva.

El estudio de las relaciones funcionales de esta conducta con el contexto externo o interno en el que se produce, puede ser de gran importancia, ya que, a través de éste se puede conocer qué aspectos son los que instauran o mantienen la emisión de la conducta.

- Evaluación comprensiva.

La agresividad puede manifestarse de diversas y complejas formas, de ahí la necesidad de una evaluación que abarque el estudio de los distintos aspectos de la misma así como los factores asociados al comportamiento agresivo. En este sentido, la evaluación de los distintos factores de riesgo vinculados con

la conducta agresiva, es de gran relevancia para la prevención e intervención en este campo.

Por otra parte, las técnicas utilizadas para evaluar la agresividad están conformadas por una gran variedad de procedimientos, los cuales pueden agruparse en técnicas directas e indirectas (Albaladejo, 2011; Carrasco y González, 2006). Entre las técnicas directas destaca la observación natural y de laboratorio. Mientras que, dentro de las técnicas indirectas suele distinguirse la investigación de archivos, las entrevistas, las técnicas proyectivas y los autoinformes. Considerando lo anterior, a continuación se presentan algunas de las técnicas más utilizadas para evaluar la agresividad en la infancia.

Ψ Técnicas de observación.

Este tipo de técnicas permiten realizar una evaluación directa de la conducta agresiva en situaciones naturales o de laboratorio. La aplicación correcta de estas técnicas requiere del entrenamiento de los observadores y el establecimiento de un procedimiento constante, ordenado y riguroso (Albaladejo, 2011). Dentro de esta forma de evaluación puede distinguirse la técnica de observación participativa, la cual consiste en que el observador forme parte del fenómeno estudiado, permitiéndole conocer más de cerca las características, la conducta y el desenvolvimiento del fenómeno en su medio ambiente. Además, el observador puede realizar modificaciones y variaciones predeterminadas para observar los posibles cambios de comportamientos. Otra técnica es la observación-participación pasiva, en donde el observador evita participar en el fenómeno de estudio, con el fin de no impactar en la conducta, las características y el desenvolvimiento de los participantes.

Una de las escalas de observación utilizadas para evaluar la agresividad en la infancia es el Sistema de Observación SOC-III de interacciones familiares (Cerezo, Keesler, Dunn y Wahler, 1991 en Carrasco y González, 2006), el cual mide problemas de relación y agresión en niños de 3 a 12 años, a través de numerosas categorías mutuamente excluyentes. La observación se cuantifica por medio de

códigos de interacción y de no interacción, a cerca de la conducta propia del niño, padre, madre o hermanos.

Por último, algunas de las dificultades que pueden presentarse al emplear este procedimiento es la posible reactividad del observado, la dificultad de acceder a los ámbitos privados del sujeto y el elevado coste que puede generarse.

Ψ *Informes verbales.*

Otro de los métodos más utilizados para la evaluación de la conducta agresiva es la información verbal, suministrada ya sea por el propio sujeto o bien por las personas cercanas a éste. Dentro de esta técnica se distingue el empleo de entrevistas y de autoinformes, los cuales permiten acceder a contenidos emocionales y cognitivos que sólo conoce el evaluado.

Uno de los grandes inconvenientes que pueden presentarse al utilizar alguno de estos métodos es la posible manipulación de la respuesta por parte del evaluado, por ello es recomendable emplear instrumentos que sean válidos y confiables. Para ello, existen otros métodos de recolección de datos, como:

Ψ *Listados de conductas.*

Otra clase de instrumentos que contienen escalas para evaluar la agresividad y que requieren de una información verbal, son las escalas de listados y problemas de conducta. Entre éstas, se destacan las diseñadas por Achenbach en sus diferentes versiones: versiones autoinformadas, como el Inventario de Conducta Infantil (CBCL, Child Behavior Checklist de Achenbach y Rescorla, 2001) aplicable a niños y el Inventario Youth Self Report (YSR) aplicable a adolescentes. Con relación al CBCL 1 ½-5 años, cabe destacar que es un instrumento cuya finalidad es medir la percepción parental de un conjunto de problemas emocionales, conductuales y sociales de los niños. Consta de 99 ítems y una pregunta abierta. La frecuencia de la conducta en cuestión se registra en una escala de tipo Likert, que va de 0 hasta 2, donde 0 es falso y 2 es muy a menudo.

Por su parte, las escalas de Reynolds y Kamphaus (2004 en Carrasco y González, 2006) denominadas como Sistema de Evaluación de la Conducta de

Niños y Adolescentes (BASC) también han sido diseñadas para la evaluación de los problemas emocionales y conductuales de los niños. Evalúa diversas dimensiones que abarcan, desde los trastornos emocionales y psicopatológicos, problemas conductuales y de personalidad hasta problemas adaptativos. También identifica, entre sus escalas, rasgos positivos. Consta de tres versiones: una autoinformada, otra para padres y otra para tutores. Está disponible para diferentes edades: 3-5 años, 6-12 años y 13-18 años. Cuenta con una escala que mide agresividad, la cual evalúa tanto la agresividad física como la verbal. Además, el instrumento incluye una historia clínica estructurada y un protocolo de observación.

3. 2 Investigaciones que han medido la agresión.

La prevalencia de la agresividad en la infancia es un fenómeno que ha incrementado a nivel mundial, afectando a todas las clases sociales y trayendo consigo múltiples consecuencias. Como resultado de esta situación, en los últimos años han aumentado las investigaciones sobre dicha conducta. Algunos de estos estudios están encaminados a la adaptación de instrumentos de origen extranjero para una población de estudio culturalmente distinta. Por tal motivo, en este apartado se presentan las principales investigaciones realizadas sobre el tema, empezando por aquellas de origen extranjero y, finalizando, con las realizadas en México.

3.2.1 Contexto Internacional

En Argentina, Reyna y Brussino (2009) llevaron a cabo el estudio titulado “Propiedades psicométricas de la Escala de Comportamiento Preescolar y Jardín Infantil en una muestra de niños argentinos de 3 a 7 años”, cuyo objetivo fue analizar las propiedades psicométricas de dicha escala para obtener una versión reducida de ésta, haciendo más sencilla su interpretación cuando fuese utilizada en conjunto con otras técnicas. En esta investigación participaron 208 niños de 3 a 7 años de edad, quienes asistían a instituciones públicas y privadas de la ciudad de Mendoza. Esta primera muestra fue necesaria para realizar el análisis factorial exploratorio de la Escala. Posteriormente, con una muestra de 184 niños de 5 a 7 años provenientes de la Ciudad de Córdoba, se realizó el análisis factorial confirmatorio.

En cuanto a la Escala de Comportamiento Preescolar y Jardín Infantil, cabe destacar que es una versión en español elaborada por Merrell (2003, en Reyna y Brussino, 2009) la cual evalúa habilidades sociales y problemas de conducta en niños de 3 a 6 años, a través del informe de padres o maestros.

Respecto a la Escala de Habilidades Sociales, ésta contiene 34 ítems que evalúan la Cooperación social, la Interacción social y la Independencia social. Por otra parte, la Escala de Problemas de Conducta contiene 42 reactivos, que evalúan Problemas externalizantes y Problemas internalizantes. La conducta del niño se clasifica en una Escala tipo Likert de 4 puntos que oscila entre 0=Nunca y 3=Frecuentemente.

El procedimiento que se siguió fue el siguiente: en primer lugar, cuatro docentes de los niveles básicos evaluaron la comprensión de los ítems de la Escala de Comportamiento Preescolar y Jardín Infantil. Con base a ello se realizaron algunas modificaciones lingüísticas a la escala. Posteriormente, se solicitó la autorización escrita de los padres, para que los docentes pudieran completar la escala en función de la observación del comportamiento del niño en el contexto de la escuela. Los padres sólo completaron el cuestionario sociodemográfico.

Posterior a la recolección de datos, se llevaron a cabo los análisis estadísticos. Se realizaron estudios descriptivos de los ítems y se analizó de manera exploratoria la estructura factorial de las escalas en base a la muestra de niños de la ciudad de Mendoza; además, se estimó la consistencia interna. Para verificar el ajuste estadístico de los modelos se realizaron análisis confirmatorios, con la muestra de niños de la ciudad de Córdoba.

Como resultados, la escala de Habilidades sociales quedó constituida por 19 ítems de los 34 con los que originalmente contaba, además presentó altos índices de consistencia interna cuyo valor del alfa total fue de 0.88; en tanto, las subescalas que la conforman obtuvieron alfas de 0.84, 0.86 y 0.74. Por su parte, la escala de Problemas de Conducta quedó conformada por 18 ítems, 13 de ellos correspondían a Problemas externalizados y 5 ítems a Problemas internalizados. El

alfa de Cronbach total de esta escala fue de 0.94, mientras que la del primer factor fue de 0.96 y la del segundo factor fue de 0.67.

En suma, el estudio realizado por Reyna y Brussino (2009) arrojó resultados semejantes a los obtenidos en la versión original, mostrando de esta forma adecuadas propiedades psicométricas, por lo que puede ser considerado un buen instrumento para la evaluación del comportamiento social en niños de 3 a 7 años. Sin embargo, los autores consideran importante adaptar los instrumentos elaborados en países de lengua y cultura diferentes a la población de interés.

Otro estudio que se llevó a cabo en este mismo país, fue el titulado “Agresividad injustificada entre preescolares” de Ortega y Monks (2005), cuyo objetivo fue examinar los roles del agresor, colaborador del agresor, víctima, defensor y espectador en acontecimientos de agresión injustificada. Para ello, participaron 92 preescolares con edades comprendidas entre los 4 y 6 años. Con la finalidad de evaluar el rol social de los niños en la dinámica de la agresividad injustificada, se realizó una entrevista individual a cada menor. Asimismo, se empleó un instrumento con viñetas que contenía 4 situaciones diferentes de compañeros involucrados en agresión entre iguales, los cuales correspondían a cuatro categorías: a) agresión directa relacional, b) agresión física directa, c) agresión relacional indirecta y, d) agresión verbal directa.

Durante la entrevista a cada niño/a se le mostraban sucesivamente las cuatro viñetas y se le preguntaba: qué pasaba en ellas, si en su clase había alguien que hiciera ese tipo de cosas y quién era. En caso de que el menor fuera quien llevaba a cabo esta conducta, se le volvían a pasar las cuatro viñetas de tal forma, que identificara cada uno de los roles establecidos (agresor, víctima, defensor, colaborador y espectador).

Asimismo, en la entrevista individual, a los niños/as se les cuestionó por las estrategias que empleaban para afrontar la agresión, siguiendo el siguiente procedimiento: se les mostraba una serie de 6 viñetas en las que se describen, respectivamente, 6 estrategias ante la agresión: 1) devolver el ataque; 2) salir corriendo; 3) buscar la ayuda de un amigo; 4) llorar; 5) rendirse o ceder ante la

agresión y 6) hablar con un adulto. También se les preguntó sobre lo que harían aquellos personajes que habían sido nominados como víctimas ante cada tipo de agresión. Si decían varias estrategias se les preguntaba cuál de ellas era la más frecuente. Por otra parte, a las profesoras se les aplicó un cuestionario para conocer el estatus y desarrollo social de los preescolares.

En cuanto a los resultados obtenidos se observa que las formas de agresión injustificada en el preescolar están más relacionadas con la agresión directa (física, verbal y relacional) y muy poco con las formas indirectas (verbales). En este sentido, los varones fueron nominados frecuentemente como agresores, tanto por sí mismos, como por sus iguales y por los docentes. En tanto, las niñas tienden a ser nominadas, más que los niños, como defensoras o espectadoras. Por otra parte, los resultados arrojaron que las víctimas de la agresión injustificada en los años preescolares en lugar de ser más débiles, aparecían como normales cuando eran nominadas por sus iguales, mientras que para las profesoras eran considerados como los más fuertes.

Respecto a las estrategias de afrontamiento, el estudio revela un orden jerárquico saludable, en el cual, ocupa el primer lugar informar a los adultos, seguido de responder a la agresión, pedir ayuda a un amigo, salir corriendo, llorar y, en último lugar, someterse a los agresores. En cuanto a los defensores de las víctimas, éstos se encuentran en los valores medios, ya que socialmente son los más populares y queridos por sus iguales. Los colaboradores del agresor, en este estudio, tanto en opinión de sus maestras como en los autodenominados son muy pocos.

En este estudio, el instrumento empleado para evaluar los diferentes roles que puede tomar un menor en una situación de agresividad fue a través de una serie de viñetas, lo cual es una buena herramienta para utilizar en la evaluación de los infantes dado que a esa edad, es difícil aplicar instrumentos como los autoinformes. Sin embargo, existen instrumentos dirigidos hacia los padres de familia con los que se puede evaluar las diferentes conductas de los menores, sólo

que en su mayoría son extranjeros y requieren del análisis de la escala para adaptarla a las distintas poblaciones.

En Colombia, Martínez, Rojas, Duque, Tovar y Klevens (2008) llevaron a cabo el estudio denominado “Agresividad en los escolares y su relación con las normas familiares” en el que pretendían evaluar la efectividad de las intervenciones comunitarias en la reducción del comportamiento agresivo de los niños de primero y segundo año de las escuelas públicas de Pereira, durante el 2006. Como técnica de recolección de información se aplicó la Encuesta de Comportamientos Agresivos y Prosociales, con la cual se pretendía recolectar información relacionada a la participación de los niños en discusiones, y saber cuáles eran las situaciones en las que los menores presentaban comportamientos agresivos.

En la aplicación del test participaron 2243 cuidadores, de los cuales algunos eran padres y otros eran personas a cargo de los niños y las niñas. Asimismo, los investigadores elaboraron una guía de observación que les permitió evaluar aspectos como la relación de los menores en el recreo, las condiciones físicas de la escuela y aulas etc, con la finalidad de evaluar el contexto y analizar si los escenarios que allí se presentaban influían o no en las conductas agresivas que los niños y las niñas mostraban.

Los resultados de la investigación permiten afirmar que existe una relación directa entre aquellos niños que no son agresivos y la capacidad del cuidador para resolver problemas cotidianos. Asimismo, se establecieron relaciones significativas entre el patrón de crianza violento del cuidador y el niño agresivo. Lo que indica que los modelos de crianza son determinantes para el desarrollo de los comportamientos agresivos.

En Chile se llevó a cabo el estudio titulado “Validación del Inventario de Conductas Infantiles para niños de entre 1 ½ - 5 años (CBCL 1 ½ - 5) en la ciudad de Santiago” cuyos autores son Lecannelier et al., (2014). El objetivo del estudio fue validar dicho instrumento de reporte parental en la población de Chile. La muestra no probabilística estuvo conformada por 418 niños, con edades

comprendidas entre los 18 y 71 meses, siendo distribuidos de forma homogénea según género.

El instrumento utilizado fue el CBCL 1 ½ - 5 desarrollado por Achenbach y Rescorla (2000) para medir la percepción parental de los problemas emocionales, conductuales y sociales del menor. Éste consta de 100 reactivos de los cuales 99 son cerrados y 1 de respuesta abierta, que indican la presencia de conductas con algún tipo de dificultad durante los últimos 2 meses. Dicho instrumento consta de dos subescalas, una relacionada a Problemas Internalizantes (Problemas afectivos, Quejas somáticas, Retraimiento, Trastornos del sueño, Ansiedad) y la otra a Problemas externalizantes (Problemas de atención, Conducta Agresiva). El rango de respuestas va de 0=No lo describe/no es cierto, 1= Lo describe en cierta manera/algunas veces y 2=Lo describe muy a menudo.

Para la aplicación del instrumento se convocó a los padres de familia a una reunión en la escuela de sus hijos para explicarles el objetivo de la investigación y el alcance del mismo, con la finalidad de obtener su consentimiento y así poder aplicar el instrumento. El cuestionario original fue traducido al español y posteriormente fue revisado por tres jueces expertos en psicopatología infantil. Con base a lo señalado por los jueces, 12 ítems fueron modificados, lo cual conformó la base que fue aplicada a la muestra.

Una vez que fueron aplicados los instrumentos se procedió a realizar el análisis de los datos. Con la finalidad de conocer la validez de constructo del instrumento, se desarrolló un Análisis Factorial Confirmatorio, el cual permite evaluar el grado de ajuste del modelo factorial propuesto por los autores con los datos de la muestra nacional. La escala total mostró una buena confiabilidad con un alfa de Cronbach de 0.95, lo cual es similar a la muestra original.

De modo similar, en Argentina se realizó un estudio cuya finalidad fue estudiar las propiedades psicométricas del Child Behavior Checklist (CBCL 1 ½ -5) en su versión en español (Vázquez & Samaniego, 2014). Se trata de un estudio de tipo metodológico, que sigue un procedimiento riguroso en la adaptación de la prueba; en éste se empleó la técnica de grupos contrastados. Para ello, se trabajó

con una muestra intencional de 534 niños entre 1 ½ años y 5 años, de los cuales 372 corresponden a la población en general y 162 niños conformaron la muestra clínica.

La consistencia interna fue estudiada mediante el cálculo del coeficiente Alpha de Cronbach, encontrando valores altos para el puntaje total $\alpha=.948$ y para las escalas amplias de problemas externalizantes $\alpha=.908$ y problemas internalizantes $\alpha=.877$; mientras que para las subescalas se obtuvieron valores que oscilaban entre $\alpha=.587$ y $\alpha=.898$. Finalmente, la validez de criterio fue estudiada mediante la técnica de grupos contrastados, a partir de un análisis de diferencias de medias mediante la prueba t de Student. Con estos análisis y considerando los resultados preliminares del CBCL 1 ½- 5 años, se concluyó que este instrumento es válido y confiable para la población argentina.

Por otra parte, en España, Cosi, Vigil-Colet y Canals (2009) llevaron a cabo el estudio “Desarrollo del cuestionario de agresividad proactiva/reactiva para profesores: estructura factorial y propiedades psicométricas”, con la finalidad de obtener un cuestionario que evaluara la agresividad en niños españoles. Sin embargo, debido a las dificultades para administrar autoinformes en niños, dicho cuestionario se diseñó para ser respondido por los profesores. Para ello, se partió de distintos cuestionarios en lengua inglesa, los cuales fueron traducidos al español y retraducidos al inglés, para que por el método de validez de criterio mediante jueces se seleccionaran 8 ítems.

La muestra utilizada para el desarrollo del cuestionario estuvo formada por 267 niños con edades comprendidas entre los 9 y 13 años. Los participantes cursaban sus estudios en 11 escuelas públicas y privadas. Los cuestionarios fueron resueltos de manera voluntaria por el profesor, participando así un total de 39 profesores. Posterior a la aplicación de los instrumentos, se llevó a cabo el análisis factorial exploratorio sobre las puntuaciones de la muestra de 267 niños, lo cual manifestó la existencia de dos factores, uno correspondiente a la agresividad proactiva y otro a la reactiva, cada uno de ellos formado por cuatro ítems. Ambas escalas presentaron una elevada fiabilidad.

3.2.2 Contexto Nacional

Aunque en México existen estudios relacionados a la agresividad, pocas son las investigaciones dirigidas a preescolares y a la evaluación de la misma en esta etapa. Pese a ello, a continuación se presentan algunos de los estudios más importantes dentro del ámbito.

Oliva et al., (2009) llevaron a cabo el estudio denominado “Adaptación del cuestionario sobre el comportamiento en niños de 1 ½ -5 años de Achenbach para niños de 4 a 5 años”. El objetivo de esta investigación fue realizar la adaptación de dicho cuestionario a partir de una muestra conformada por 535 niños asistentes a veinte jardines infantiles de diversos estratos socioeconómicos de la Ciudad de Xalapa. Para la aplicación del instrumento se realizó una junta con los padres de familia de cada plantel, donde dieron su consentimiento de participar o no en el estudio.

Posterior a la aplicación del instrumento se procedió a realizar el análisis de los datos. Cabe destacar que los ítems del instrumento fueron evaluados en su forma y contenido. Los resultados muestran que una versión adaptada, como resultado del trabajo de validez de contenido, es más adecuada para la evaluación de los niños entre estas edades. Los autores sugieren la posibilidad de aplicar esta adaptación en otras poblaciones culturalmente similares a la empleada (Oliva et al., 2009).

Por otro lado, Fajardo-Vargas y Hernández-Guzmán (2008) llevaron a cabo el estudio “Tratamiento Cognitivo-Conductual de la Conducta Agresiva Infantil”, en éste se investigó si la combinación del tratamiento cognitivo-conductual dirigido a los niños y el entrenamiento de sus padres sobre cómo manejar el comportamiento infantil, era más eficaz que si sólo se aplicaba el tratamiento a los niños. También, se exploró si los efectos del tratamiento se reflejan en el funcionamiento social infantil y en el estrés de sus padres. Para ello, se requirió del uso de dos instrumentos, la Lista de Conductas Infantiles de Achenbach (CBCL 6-18) y las Escala de estrés parental (Hernández-Guzmán y Benjet, 2003 en Fajardo-Vargas y Hernández-Guzmán, 2008) que contiene 32 ítems tipo Likert con 3 opciones de

respuesta, “falso”, “a veces cierto”, “cierto” que contestan los padres. Esta escala presenta un alfa de 0.83. Evalúa el estrés relacionado con la condición de ser padre/madre, y el estrés debido a eventos vitales. La muestra estuvo conformada por 42 niños con edad entre los 6 y 12 años.

En dicho estudio se empleó un diseño experimental de 2 grupos asignados aleatoriamente a 2 condiciones y 2 momentos de evaluación pre- y post-tratamiento. Cada grupo se expuso a una de dos condiciones: (a) el tratamiento de la agresividad dirigido a los niños, (b) el entrenamiento a los padres para manejar los problemas de agresividad de sus hijos. Los resultados arrojaron que desde el punto de vista estadístico, ambas condiciones por igual mostraron mejoría tanto de la agresividad infantil como de los problemas sociales observados por sus padres. Sin embargo, el estrés de los padres no cambió a partir del tratamiento.

Si bien este estudio contempla la agresividad infantil, el instrumento empleado para medirla evalúa los problemas de conducta en niños y adolescentes de 6 a 18 años. Cabe destacar que este instrumento (CBCL 6-18) ya ha sido adaptado para la población mexicana.

3.3 Instrumentos que miden la agresividad.

En este apartado se distinguen las principales escalas para medir la agresividad en niños y adolescentes.

- ❖ **Escalas de Reynolds y Kamphaus** (2004, en Carrasco y González, 2006) denominadas como Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes (BASC) también se han diseñado para la evaluación multimétodo y multifuente de los problemas emocionales y conductuales del niño. Evalúa una amplia gama de dimensiones que van, desde los trastornos emocionales y psicopatológicos, problemas conductuales y de personalidad, hasta problemas adaptativos. También identifica, entre sus escalas, rasgos positivos. Consta de tres versiones: una versión autoinformada, otra para padres y otra para tutores. Cada una de ellas están disponibles para diferentes edades: nivel 1 (3-6 años), nivel 2 (6-12 años) y nivel 3 (12-18

años). La batería cuenta, además de las escalas mencionadas, con una historia clínica estructurada de desarrollo y un protocolo de observación del estudiante. Específicamente, para la evaluación de la agresividad posee una escala de agresividad dentro de las escalas clínicas y, tanto en el cuestionario para padres como en el cuestionario para tutores, hay una dimensión global de problemas exteriorizados que incluye las puntuaciones de agresividad, hiperactividad y problemas de conducta. En la escala específica referida a agresividad, se evalúa tanto la agresividad física como la verbal.

- ❖ **Cuestionario de Agresividad Física y Verbal (AFV; Caprara y Pastorelli, 1993)**, adaptado al castellano por Del Barrio, Aluja y Spielberger (2004 en Cuello y Oros, 2013). Es un instrumento específico para la evaluación de la agresión física y verbal en niños y adolescentes, de 7 a 15 años de edad. Se trata de un instrumento de 20 elementos que describen conductas agresivas tanto físicas como verbales, acompañados de una escala graduada en tres niveles de frecuencia: 3 “a menudo”; 2 “algunas veces”; 1 “nunca”. La escala proporciona una puntuación total y dos puntuaciones por factor: agresión física y agresión verbal. El instrumento puede ser utilizado de forma autoinformada, por el propio niño, o emitida por los padres o profesores.
- ❖ **Escala de Comportamiento Preescolar y Jardín Infantil** (Merrell, 2003 en Reyna y Brussino, 2009). Ésta escala evalúa las habilidades sociales y los problemas de conducta en niños de 3 a 6 años, a través del informe de padres o maestros. Consta de dos escalas: la correspondiente a Habilidades Sociales (34 ítems) que comprende las subescalas de Cooperación Social, Interacción Social e Independencia Social; y la escala de Problemas de Conducta (42 ítems), que se subdivide en dos subescalas: Problemas Externalizantes e Internalizantes. La conducta del niño se clasifica en una escala tipo Likert de 4 puntos (que oscila entre 0 = nunca y 3 = frecuentemente).
- ❖ **Child Behavior Checklist, CBCL 1 ½ – 5**. Instrumento desarrollado por Achenbach y Rescorla (2000) para medir la percepción parental de un

conjunto de problemas emocionales, conductuales y sociales de los niños. Consta de 99 ítems y una pregunta abierta, con lo cual se trata de valorar la presencia en el niño de siete conductas patológicas, entre las que se encuentra: reactividad emocional, ansiedad/depresión, problemas somáticos sin causa médica, retraimiento, problemas de sueño, problemas de atención y conducta agresiva. Mediante éste instrumento se les solicita a los padres, madres o aquellas personas encargadas del cuidado diario del niño, que indiquen el grado hasta el cual ciertos comportamientos se han manifestado en su hijo durante los últimos 6 meses. La frecuencia de la conducta en cuestión se registra en una escala de tipo Likert, que va de 0 hasta 2, donde 0 es falso y 2 es muy a menudo.

En la tabla 2 se muestran algunos de los diversos instrumentos que existen para evaluar la agresividad en la infancia; sin embargo, se puede observar que cada uno se dirige a distintas poblaciones por lo que su objetivo suele ser distinto. En cuanto al CBCL (1 ½-5 años), se observó que éste ha sido empleado en estudios de diversos países y, siguiendo las recomendaciones de esas investigaciones es importante que el instrumento sea adaptado a la población de interés.

Tabla 2.

Instrumentos para la evaluación de la agresividad infantil.

INSTRUMENTO	POBLACIÓN	OBJETIVO
<i>Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes (BASC) Reynolds y Kamphaus (2004 en Carrasco y González, 2006)</i>	Aplicable desde los 3 a los 18 años. - Nivel I: 3-6 años. - Nivel 2: 6-12 años. - Nivel 3: 12-18 años:	Evalúa una amplia gama de dimensiones que van, desde los trastornos emocionales y psicopatológicos, problemas conductuales y de personalidad, hasta problemas adaptativos. También identifica, entre sus escalas, rasgos positivos.

Tabla 2. *Continuación*

INSTRUMENTO	POBLACIÓN	OBJETIVO
<i>Cuestionario de Agresividad Física y Verbal</i> (AFV; Caprara y Pastorelli, 1993 en Cuello y Oros, 2013)	Menores de 7 a 15 años de edad.	Evaluación de la agresión física y verbal en niños y adolescentes
<i>Escala de Comportamiento Preescolar y Jardín Infantil</i> (Merrell, 2003 en Reyna y Brussino, 2009)	Niños de 3 a 6 años de edad.	Evalúa las habilidades sociales y los problemas de conducta en los niños.
<i>Child Behavior Checklist (CBCL 1 1/2 – 5 años)</i> Achenbach y Rescorla (2000)	Infantes con edad desde el 1 año ½ hasta los 5 años.	Mide la percepción parental de un conjunto de problemas emocionales, conductuales y sociales de los niños.

Considerando la literatura revisada, en México aún es necesario realizar investigaciones referidas a la evaluación de la agresividad en la etapa preescolar ya que pocos son los instrumentos diseñados para dicha población. Además, si bien existen instrumentos extranjeros con los cuales es posible medir la agresividad, se debe considerar que algunos de ellos son dirigidos a poblaciones cuyas características culturales, económicas y sociales son diferentes, lo que hace necesario crear instrumentos o realizar adaptaciones de las escalas ya existentes.

Por tal motivo, es indispensable contar con instrumentos que permitan identificar las conductas en niños de 1 a 5 años de edad, de manera válida y confiable, considerando según la literatura, dos dimensiones; externalizada e internalizada. En la primera, la agresividad es la categoría abordada por excelencia mientras que en la segunda, se contemplan una serie de padecimientos que son importantes y los cuales suelen estar muy relacionados entre sí, como son las alteraciones de sueño, reacción emocional, quejas somáticas etc.

En este sentido, es posible decir que el Child Behavior Checklist (CBCL 1 1/2 – 5 años) es uno de los pocos instrumentos dirigidos hacia la población preescolar que abarca tanto la evaluación de problemas internalizados como externalizados, lo que hace de éste una buena herramienta de evaluación. Sin embargo, al ser un instrumento extranjero, se necesita adaptarlo a la población de estudio. Para ello, se realizan diversos análisis con la finalidad de asegurar que las puntuaciones obtenidas del instrumento traducido sean equivalentes a las obtenidas con el instrumento original. Es decir, se debe lograr que la interpretación de las puntuaciones sea la misma y que exista una equivalencia métrica.

Finalmente, cabe destacar que la importancia de adaptar este instrumento reside en tres aspectos: 1) la relevancia que tiene dentro del campo de la evaluación infantil, 2) es un instrumento que abarca las conductas más características de la edad preescolar, y 3) ha tenido adecuadas características psicométricas en los países empleados

CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA Y MÉTODO

4.1 Justificación.

Los problemas de conducta infantil siguen siendo un tema de interés para diversas disciplinas e investigaciones, debido a las diversas consecuencias que pueden desarrollarse si es que no se reconocen a tiempo las implicaciones que traen consigo. Uno de éstos problemas es la conducta agresiva infantil, la cual de no ser atendida oportunamente, puede agravarse conforme pasa el tiempo ocasionando diversas dificultades tanto a la persona que manifiesta agresión como a aquellas que la rodean. Al respecto, Martínez et al. (2008) señalan que uno de los comportamientos asociados a la conducta delictiva en la adolescencia es el antecedente en la infancia de conductas crónicamente agresivas. En relación a esto, el Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal (2003) dio a conocer que la Ciudad de México tiene el mayor índice de delincuencia infantil en comparación a otros estados de la República.

Lo anterior da una noción de lo que actualmente se vive en México pero también destaca la importancia que tiene el contar con herramientas adecuadas para la población con el fin de identificar oportunamente este tipo de problemáticas y poder llevar a cabo una intervención. A pesar de ello, México cuenta pocos instrumentos dirigidos a la población infantil que ayuden a evaluar este tipo de problemas, por lo que regularmente se emplean escalas de origen extranjero. Por ello, es menester llevar a cabo adaptaciones de las pruebas con el fin de garantizar su validez y confiabilidad para la población; no obstante, en México aún falta realizar más labor en cuanto a la adaptación de pruebas psicológicas para la población preescolar.

4.2 Pregunta de investigación.

¿Cuáles son las características psicométricas de confiabilidad y validez de la Escala de Conducta Infantil (CBCL 1 ½- 5 años) de Achenbach y Rescorla (2000) en niños de la Ciudad de México?

4.3 Planteamiento de hipótesis.

La Escala de Conducta Infantil (CBCL 1 ½- 5 años) de Achenbach y Rescorla (2000) mostrará adecuados datos de validez y confiabilidad.

4.4 Objetivo General.

- Adaptar el instrumento Child Behavior Checklist (CBCL 1 ½- 5 años) de Achenbach y Rescorla (2000) a niños mexicanos de 3 a 5 años.

4.5 Objetivos Específicos.

- Determinar las características psicométricas de confiabilidad y validez del CBCL (1 1/2 a 5 años).

MÉTODO

Participantes

Participaron un total de 545 padres de familia, siendo 56 hombres (9.8 %) y 489 mujeres (85.8%), quienes tenían niños de edad preescolar inscritos en diversas instituciones públicas de diferentes delegaciones de la Ciudad de México. Sólo una escuela fue del Estado de México. La edad promedio de los padres fue de 32 años con un DE= 9.3. En cuanto al nivel académico de los mismos el 39.30% estudio el bachillerato; el 34 % la secundaria, el 12.10% licenciatura, el 8.8% primaria. Finalmente, en cuanto a la ocupación de los padres de familia, el 61.1% se dedica al hogar y el 38.9% tiene algún empleo.

Por otra parte, la muestra conformada por los niños quedó distribuida de la siguiente manera: el 53.9% fueron del sexo masculino y el 46.1% del sexo femenino. El rango etario abarcó de los 3 a los 5 años, donde la edad promedio fue de 4.3 años y una DE=.69; los menores fueron de preescolar y se agruparon de la siguiente manera 95 niños de 1° grado, 252 de 2° grado y 191 de 3° grado; además hubo 32 casos en los que no se indicó el grado del menor. Los participantes fueron seleccionados por un muestreo intencional no aleatorio, y como criterio de inclusión se tomó en cuenta que los pequeños estuvieran inscritos en el presente ciclo escolar

(2015-2016) de alguna de las escuelas donde se llevó a cabo la aplicación de instrumentos y tuvieron el 80% de asistencia al momento de la aplicación.

Instrumento

Ψ *Inventario de Conducta Infantil (CBCL 1 ½ – 5 años) de Achenbach y Recorla (2000).*

Escala tipo Likert con tres opciones de respuesta que va de 0 (falso) a 2 (Muy cierto o a menudo cierto). Ésta permite medir la percepción parental de un conjunto de problemas emocionales, conductuales y sociales de los niños. Consta de 99 ítems y una pregunta abierta, con lo que se trata de valorar la presencia en el niño de siete conductas patológicas. Éstas se agrupan en dos subescalas: *Problemas internalizados (36 reactivos)*, que abarca cinco categorías: reactividad emocional, ansiedad/depresión, problemas somáticos sin causa médica, retraimiento y trastornos de sueño; y *Problemas externalizados (24 reactivos)* que incluye dos categorías correspondientes a: problemas de atención y conducta agresiva (véase *apéndice A*).

Tipo de estudio.

Se empleó un diseño no experimental de tipo transversal dado que no hubo una manipulación directa de una variable independiente y la medición se realizó en un solo momento de la investigación (Kerlinger y Lee, 2002).

Procedimiento

Primero se realizó la traducción del inventario del idioma inglés al español y viceversa, del español al inglés, a través del apoyo de una persona experta en la traducción de documentos. Consecutivamente, se realizó una aplicación prueba con la finalidad de saber que las palabras empleadas fuesen entendibles para los participantes. Para ello, se aplicó el CBCL traducido al español a un grupo de personas que cubrieran con las características necesarias para observar si las instrucciones y los reactivos de dicho instrumento eran claros. Con base a la información suministrada por los participantes se adecuaron algunos conceptos.

Posteriormente, se acudió a la Coordinación Sectorial de Educación Preescolar de la SEP para solicitar el permiso de acceso a las instituciones. Una vez obtenida la autorización, las directoras de cada jardín de niños convocaron a los padres de familia o a algún tutor del menor a una junta en la que se les explicó de manera breve el objetivo de la investigación. Esto se realizó en todos los grupos de las instituciones educativas tanto en el turno matutino como vespertino, para ello en algunos centros educativos se programaron los días de aplicación dado que la población era numerosa.

Teniendo conocimiento de la investigación, los padres de familia decidían de forma voluntaria participar en ella. Si aceptaban colaborar firmaban un consentimiento de conformidad, se les brindaba las indicaciones necesarias para responder adecuadamente al instrumento y se procedía a su aplicación que duraba alrededor de 20 minutos.

Cabe destacar que en cada aplicación se encontraban dos psicólogos, esto con el fin de apoyar a los participantes al momento de llenar el instrumento. Con lo que respecta al escenario utilizado, éste dependió de la disponibilidad de espacio que hubiera en la institución, siendo los más frecuentes la biblioteca, el aula de cantos y en algunos casos los salones de clases (siempre que éstos estuvieran desocupados).

Definición de variable Dependiente

Agresividad.

- Conceptual. Conducta que se manifiesta de manera repetida a través de arrebatos y mediante el empleo del contacto violento, el cual puede ser dirigido hacia otras personas, hacia sí mismo o a propiedades. Entraña amenazas verbales, arrebatos explosivos y auto-daño (Dorado y Ballabriga, 2001; Fajardo-Vargas y Hernández-Gúzman, 2008).
- Operacional. Puntaje obtenido en la categoría de *Conducta Agresiva* correspondiente al CBCL 1 ½ a 5 años (Achenbach & Rescorla, 2000).

Análisis de datos.

Con el fin conocer las características psicométricas de validez y confiabilidad de la escala se procedió a realizar el análisis descriptivo y estadístico de los datos mediante el empleo del Programa Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS) versión 20, éstos fueron:

1. Estadística descriptiva de los datos (media y desviación estándar) para identificar la tendencia y variabilidad de los reactivos.
2. Cálculo de validez y confiabilidad de la escala mediante:
 - *Discriminación de reactivos* a través de la prueba “T” de Student, con la finalidad de observar qué tan capaz era el reactivo de discriminar entre puntuaciones altas y puntuaciones bajas. En este primer análisis, se eliminaron 2 reactivos debido a que no obtuvieron diferencias estadísticamente significativas.
 - *Análisis factorial exploratorio (AFE)* por el método de extracción de componentes principales (VARIMAX), esto con la finalidad de conocer cómo aglutinaban los reactivos en las categorías y determinar la dimensión del constructo evaluado. Cabe destacar que el criterio utilizado para contener un reactivo dentro de cada factor fue tener un peso factorial mayor a .400 (Morales, Urosa y Blanco, 2003). Tomando en consideración esta característica y la claridad conceptual de cada factor, se consideraba apropiada una categoría cuando tres de los reactivos contenidos en ella, cumplían con los requisitos anteriores.
 - *Consistencia interna* a través del empleo del Alfa de Cronbach, esto para conocer el grado en qué los participantes comprendieron por igual los reactivos. Para ello, se calculó la consistencia interna total de la escala así como de cada factor que lo compone.
 - *Correlación de Pearson*, se realizó este procedimiento para conocer la relación que existía entre las cinco categorías de la escala.

CAPÍTULO V. RESULTADOS

En este apartado se muestran los resultados obtenidos de los análisis realizados para obtener las características psicométricas del Inventario. Por ello primero se presentan los análisis estadísticos (media y desviación típica), seguido de la discriminación de reactivos mediante la prueba T de Student, el análisis factorial, la consistencia interna y las correlaciones realizadas entre las categorías de la Escala.

- *Análisis estadísticos.*

Con la finalidad de identificar la tendencia y variabilidad de los reactivos que componen la escala se llevó a cabo el análisis de frecuencia de los datos. De esta manera se obtuvo la media y la desviación estándar de cada reactivo (*véase tabla 3*).

Tomando en cuenta la media de los reactivos, se puede observar que éstos muestran valores que van de 0 (*Falso*) a 1 (*Un poco o a veces cierto*), es decir, que la frecuencia de las respuestas dadas por los participantes en su mayoría se ubicó en la opción de Falso, lo cual hace que la Escala presente puntuaciones bajas. En general, la Escala tuvo una media de 24.77 y una desviación estándar de 16.77.

Con lo que respecta a la desviación típica se observa que la dispersión de los datos es pequeña, ubicándose entre .22 y .76. Considerando lo obtenido en ambas estimaciones se indaga que las puntuaciones no se encuentran dispersas.

Tabla 3.

Estadísticos. Muestra los valores obtenidos para la media y la desviación típica de los reactivos.

# de Reactivo	Media (<i>m</i>)	Desviación típica. (<i>s</i>)
1	.24	.47
2	.45	.67
3	.66	.64
4	.37	.57
5	.68	.73
6	.97	.74
7	.48	.67
8	1.01	.76

Tabla 3. *Continuación*

# de Reactivo	Media (<i>m</i>)	Desviación típica. (<i>s</i>)
9	.48	.66
10	.57	.66
11	.73	.66
12	.17	.46
13	.56	.67
14	.08	.30
15	.69	.66
16	.89	.73
17	.33	.57
18	.20	.46
19	.08	.29
20	.81	.59
21	.42	.59
22	.73	.76
23	.59	.66
24	.46	.63
25	.31	.56
26	.20	.49
27	.56	.67
28	.22	.50
29	.48	.65
30	.95	.69
31	.32	.52
32	.76	.70
33	.58	.66
34	.30	.53
35	.14	.38
36	.41	.60
37	.53	.69
38	.18	.42
39	.13	.39
40	.27	.48
41	.09	.32
42	.14	.38
43	.26	.50
44	.38	.53
45	.05	.25
46	.14	.41
47	.39	.59
48	.35	.53
49	.38	.59

Tabla 3. *Continuación*

# de Reactivo	Media (<i>m</i>)	Desviación típica. (<i>s</i>)
50	.22	.46
51	.10	.33
52	.08	.29
53	.11	.34
54	.33	.57
55	.22	.44
56	.17	.40
57	.06	.27
58	.58	.67
59	.68	.66
60	.15	.42
61	.48	.59
62	.22	.49
63	.12	.36
64	.36	.57
65	.09	.35
66	.69	.70
67	.24	.52
68	.66	.64
69	.52	.59
70	.26	.51
71	.26	.48
72	.55	.69
73	.59	.62
74	.24	.53
75	.06	.27
76	.22	.51
77	.11	.36
78	.09	.32
79	.49	.66
80	.07	.30
81	.47	.61
82	.37	.55
83	.64	.67
84	.32	.57
85	.69	.68
86	.61	.68
87	.43	.61
88	.29	.52
89	.11	.34
90	.12	.36

Tabla 3. *Continuación*

# de Reactivo	# de Reactivo	# de Reactivo
91	.84	.72
92	.27	.51
93	.05	.22
94	.17	.40
95	.19	.44
96	.68	.70
97	.38	.56
98	.21	.45
99	.29	.52

Acorde con los datos anteriores, se puede asegurar que los datos se distribuyeron normalmente sin sesgos. Esto último indica que ningún reactivo tenía más del 80% en una de las tres opciones (disposición asimétrica) indicativo de que la mayoría de las participantes respondían en los extremos de la escala de respuesta y por tanto resultaban sesgadas.

- *Discriminación de reactivos*

Con la finalidad de observar qué tan capaz era el reactivo de discriminar entre puntuaciones altas y puntuaciones bajas se realizó la discriminación de reactivos mediante la prueba “t” de Student, tomando en cuenta que la probabilidad asociada fuera de .05 o menor. Para ello se conformaron dos grupos de datos en función del percentil 25 y 75, respectivamente.

La tabla 4 presenta los 99 reactivos con sus respectivos grupos y la *n* para cada uno. También se muestra la media, la cual es igual para el grupo 1 de cada reactivo; en contraste, los datos del grupo 2 son diferentes. En cuanto a la desviación estándar, se observa que el grupo 1 de los reactivos muestra la misma puntuación .000 en cambio el grupo 2 presenta diferentes datos. Con base a ello se puede decir que la desviación estándar es pequeña en comparación a la media.

Tabla. 4
Discriminación de reactivos. Muestra los valores de los grupos de cada reactivo.

Reactivo	Grupo	n	m	s
1	1	447	.000	.000
	2	123	1.11	.309
2	1	374	.000	.000
	2	196	1.30	.460
3	1	248	.000	.000
	2	322	.380	.021
4	1	389	.000	.000
	2	181	.368	.027
5	1	270	.00	.000
	2	300	1.30	.459
6	1			
	2			
7	1	357	.00	.000
	2	213	1.28	.451
8	1			
	2			
9	1	353	.00	.000
	2	217	1.25	.433
10	1	303	.00	.000
	2	267	1.21	.408
11	1	224	.00	.000
	2	346	1.20	.402
12	1	491	.00	.000
	2	79	1.25	.438
13	1	312	.00	.000
	2	258	1.24	.426
14	1	528	.00	.000
	2	42	1.12	.328
15	1	245	.00	.000
	2	325	1.20	.403
16	1	188	.00	.000
	2	382	1.33	.471
17	1	416	.00	.000
	2	154	1.21	.407
18	1	474	.00	.000
	2	96	1.18	.384
19	1	530	.00	.000
	2	40	1.10	.304
20	1	166	.00	.000
	2	404	1.14	.346

Tabla 4. *Continuación.*

Reactivo	Grupo	n	m	s
21	1	363	.00	.000
	2	207	1.14	.353
22	1	262	.00	.000
	2	308	1.35	.478
23	1	291	.00	.000
	2	279	1.20	.401
24	1	351	.00	.000
	2	219	1.21	.405
25	1	425	.00	.000
	2	145	1.21	.406
26	1	479	.00	.000
	2	91	1.26	.443
27	1	311	.00	.000
	2	259	1.22	.418
28	1	465	.00	.000
	2	105	1.21	.409
29	1	348	.00	.000
	2	222	1.23	.419
30	1	153	.00	.000
	2	417	1.29	.457
31	1	438	.00	.000
	2	132	1.38	.487
32	1	224	.00	.000
	2	346	1.25	.436
33	1	297	.00	.000
	2	273	1.21	.410
34	1	418	.00	.000
	2	152	1.14	.346
35	1	499	.00	.000
	2	71	1.11	.318
36	1	369	.00	.000
	2	201	1.17	.376
37	1	336	.00	.000
	2	234	1.29	.453
38	1	478	.00	.000
	2	92	1.11	.313
39	1	505	.00	.000
	2	65	1.17	.378
40	1	426	.00	.000
	2	144	1.08	.267
41	1	526	.00	.000
	2	.44	1.16	.370

Tabla 4. *Continuación.*

Reactivo	Grupo	n	m	s
42	1	495	.00	.000
	2	75	1.09	.293
43	1	440	.00	.000
	2	130	1.13	.338
44	1	368	.00	.000
	2	202	1.06	.246
45	1	545	.00	.000
	2	25	1.16	.374
46	1	505	.00	.000
	2	65	1.23	.425
47	1	376	.00	.000
	2	194	1.16	.367
48	1	389	.00	.000
	2	181	1.09	.285
49	1	388	.00	.000
	2	182	1.19	.391
50	1	454	.00	.000
	2	116	1.09	.294
51	1	518	.00	.000
	2	52	1.12	.323
52	1	527	.00	.000
	2	43	1.07	.258
53	1	517	.00	.000
	2	53	1.13	.342
54	1	409	.00	.000
	2	161	1.18	.385
55	1	451	.00	.000
	2	119	q.06	.236
56	1	480	.00	.000
	2	90	1.07	.251
57	1	537	.00	.000
	2	33	1.12	.331
58	1	299	.00	.000
	2	271	1.23	.418
59	1	244	.00	.000
	2	326	1.19	.395
60	1	502	.00	.000
	2	68	1.24	.427
61	1	324	.00	.000
	2	246	1.12	.328
62	1	468	.00	.000
	2	102	1.22	.413

Tabla 4. *Continuación.*

Reactivo	Grupo	n	m	s
63	1	507	.00	.000
	2	63	1.11	.317
64	1	394	.00	.000
	2	176	1.15	.361
65	1	530	.00	.000
	2	40	1.30	.464
66	1	255	.00	.000
	2	315	1.26	.438
67	1	459	.00	.000
	2	111	1.23	.425
68	1	246	.00	.000
	2	324	1.17	.373
69	1	303	.00	.000
	2	267	1.11	.312
70	1	442	.00	.000
	2	128	1.16	.365
71	1	432	.00	.000
	2	138	1.08	.272
72	1	323	.00	.000
	2	247	1.27	.446
73	1	273	.00	.000
	2	297	1.14	.349
74	1	467	.00	.000
	2	103	1.30	.461
75	1	544	.00	.000
	2	26	1.23	.430
76	1	467	.00	.000
	2	103	1.24	.431
77	1	519	.00	.000
	2	51	1.20	.401
78	1	523	.00	.000
	2	47	1.13	.337
79	1	348	.00	.000
	2	222	1.25	.453
80	1	540	.00	.000
	2	30	1.27	.450
81	1	336	.00	.000
	2	234	1.15	.357
82	1	382	.00	.000
	2	188	1.12	.322
83	1	268	.00	.000
	2	302	1.22	.412

Tabla 4. *Continuación.*

Reactivo	Grupo	n	m	s
84	1	415	.00	.000
	2	155	1.19	.396
85	1	247	.00	.000
	2	323	1.23	.419
86	1	287	.00	.000
	2	283	1.24	.426
87	1	362	.00	.000
	2	208	1.19	.391
88	1	427	.00	.000
	2	143	1.14	.348
89	1	516	.00	.000
	2	54	1.13	.339
90	1	513	.00	.000
	2	57	1.16	.368
91	1	201	.00	.000
	2	369	1.30	.457
92	1	435	.00	.000
	2	135	1.13	.341
93	1	546	.00	.000
	2	24	1.08	.282
94	1	479	.00	.000
	2	91	1.07	.250
95	1	476	.00	.000
	2	94	1.13	.335
96	1	264	.00	.000
	2	306	1.26	.442
97	1	378	.00	.000
	2	192	1.13	.332
98	1	461	.00	.000
	2	109	1.11	.314
99	1	428	.00	.000
	2	142	1.15	.356

Nota: n=Participantes; m= media obtenida para cada grupo; s= desviación típica.

Tomando en cuenta los datos anteriores se realizó una comparación de medias para cada reactivo. Los resultados obtenidos se muestran en la Tabla 5. En ésta se aprecia que la mayoría de los reactivos son discriminantes, excepto el reactivo 6 y 8 donde no hubo diferencia estadísticamente significativa.

Tabla.5
Comparación de medias. Muestra el valor t obtenido en la comparación de los grupos de cada reactivo y el nivel de significancia.

Reactivo	t de Student	P
1	-39.724	.000
2	-39.607	.000
3	-55.489	.000
4	-42.436	.000
5	-49.053	.000
6		
7	-41.487	.000
8		
9	-42.453	.000
10	-48.463	.000
11	-55.590	.000
12	-25.453	.000
13	-46.651	.000
14	-22.126	.000
15	-53.830	.000
16	-55.210	.000
17	-36.822	.000
18	-30.054	.000
19	-22.898	.000
20	-66.150	.000
21	-46.680	.000
22	-49.595	.000
23	-49.983	.000
24	-44.051	.000
25	-35.753	.000
26	-27.207	.000
27	-47.158	.000
28	-30.309	.000
29	-43.603	.000
30	-57.918	.000
31	-32.532	.000
32	-53.499	.000
33	-48.885	.000
34	-40.531	.000
35	-29.442	.000
36	-44.105	.000
37	-43.436	.000
38	-33.979	.000

Tabla 5. *Continuación.*

Reactivo	t de Student	P
39	-24.947	.000
40	-48.459	.000
41	-20.780	.000
42	-32.332	.000
43	-38.093	.000
44	-61.494	.000
45	-15.501	.000
46	-23.369	.000
47	-43.973	.000
48	-51.440	.000
49	-40.966	.000
50	-40.074	.000
51	-24.932	.000
52	-27.214	.000
53	-24.112	.000
54	-38.844	.000
55	-48.883	.000
56	-40.341	.000
57	-19.433	.000
58	-48.200	.000
59	-54.481	.000
60	-23.837	.000
61	-53.667	.000
62	-29.705	.000
63	-27.839	.000
64	-42.339	.000
65	-17.716	.000
66	-50.969	.000
67	-30.565	.000
68	-56.262	.000
69	-58.109	.000
70	-35.887	.000
71	-46.660	.000
72	-44.846	.000
73	-56.357	.000
74	-28.646	.000
75	-14.606	.000
76	-29.275	.000
77	-21.302	.000
78	-22.919	.000
79	-42.967	.000
80	-15.425	.000

Tabla 5. *Continuación*

Reactivo	t de Student	P
81	-49.201	.000
82	-47.520	.000
83	-51.300	.000
84	-37.490	.000
85	-52.601	.000
87	-43.773	.000
88	-39.162	.000
89	-24.183	.000
90	-23.763	.000
91	-54.469	.000
92	-38.594	.000
93	-18.798	.000
94	-90.000	.000
95	-32.587	.000
96	-50.064	.000
97	-47.012	.000
98	-36.857	.000
99	-38.397	.000

- *Análisis factorial y consistencia interna.*

Para llevar a cabo la validación del instrumento se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) por el método de extracción de componentes principales (véase *Tabla 6*). El criterio para la rotación de factores fue retener aquellos con autovalores superiores a la unidad. La elección del método para la rotación se basó en las correlaciones entre los reactivos, por lo que se adoptó el criterio de Kaiser – método de rotación Varimax–. Con base a ello se seleccionaron los reactivos cuya carga factorial fuese mayor o igual a .400, de esta manera se identificaron las categorías propuestas por los autores originales.

Para determinar el número de factores que componían la escala se consideró en primer lugar la claridad conceptual de cada factor y que incluyera un mínimo de tres reactivos. En la extracción inicial, se contaron 7 factores retenidos con autovalores iguales o mayores que 1, que explicaron el 28.56% de la varianza total.

En un principio el Factor 1 aglutinó 28 reactivos (5, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 29, 30, 34, 35, 36, 40, 42, 44, 53, 58, 59, 66, 69, 81, 82, 83, 84, 85, 91, 96 y 97), sin embargo, al tomar en cuenta su contenido se observó que 16 de éstos hacían referencia a la categoría de *Conducta agresiva (CA)* y los restantes (5, 13, 17, 30, 34, 36, 59, 82, 83, 91, 97) aludían a otras categorías, por lo que se decidió anularlos. De esta manera, el factor quedó conformado por 16 reactivos (15, 16, 18, 20, 29, 35, 40, 42, 44, 53, 58, 66, 69, 81, 85, 96) que explicaron el 12.677% de la varianza total.

El Factor 2 se conformó por 9 reactivos (43, 68, 73, 79, 87, 90, 92, 95 y 99) de los cuales cuatro (43, 68, 87, 90) hacían referencia a la categoría de *Problemas de ansiedad (PA)* y los otros correspondían a distintos factores, por tal motivo se optó por eliminarlos. De este modo, el factor se conformó por cuatro reactivos que explicaron el 1.87% de la varianza.

Por su parte, el Factor 3 agrupó once reactivos (2, 3, 4, 7, 10, 21, 23, 25, 26, 67, 70). Sin embargo, seis de ellos no tenían relación con su contenido por lo que se descartaron. Es así como el factor de *Retraimiento (R)* quedó conformado por cinco reactivos (2, 4, 23, 67 y 70) que explicaron el 8.947% de la varianza total explicada.

El Factor 4 contuvo los reactivos 38, 48, 84 y 94. Considerando su contenido, se denominó a la categoría como *Alteraciones de sueño (AS)*, ésta explicó el 2.137% de la varianza.

En cuanto al Factor 5, éste aglutinó cinco reactivos (19, 45, 51, 52, 93). Tomando en cuenta el contenido de éstos (con excepción del reactivo 51 que fue eliminado) se nombró a la categoría como *Quejas somáticas (QS)* (19, 45, 52, 93) que explicó el 2.933% de la varianza.

Además, cabe destacar que dos factores fueron eliminados debido a que los reactivos que aglutinaron no tenían relación entre sí. Éstos son el Factor 6 (65, 75, 78, 80) y el Factor 7 (11, 24, 53, 62). De este modo, la Escala quedó integrada por cinco factores: *CA, PA, R, AS y QS*.

Tabla. 6
Matriz de componentes rotados (Varimax).

No.	Reactivo	Componente				
		CA	PA	R	AS	QS
85	Es berrinchudo o irascible.	.714				
15	Es rebelde.	.690				
20	Es desobediente.	.663				
16	Quiere todo cuando lo pide.	.651				
81	Es terco, huraño o irritable.	.651				
40	Golpea a otros.	.576				
96	Quiere mucha atención.	.556				
66	Grita mucho.	.545				
18	Destruye las pertenencias de familiares u otros niños.	.536				
58	El castigo no modifica su conducta.	.515				
69	Es egoísta o no le gusta compartir.	.481				
44	Está de mal humor.	.456				
42	Lástima animales o a la gente sin querer	.436				
35	Se involucra en muchas pelear	.423				
29	Se frustra con facilidad	.422				
53	Ataca físicamente a la gente	.407				
68	Se cohibe o apena fácilmente		.536			
90	Es infeliz, triste o está deprimido		.468			
43	Luce triste sin razón aparente		.442			
87	Es muy miedoso o ansioso.		.431			
4	Evita contacto visual con otros.			.460		
2	No actúa de acuerdo a su edad, (infantil).			.455		
67	No responde al cariño de otros.			.439		
23	No responde si otros le hablan.			.428		
70	Muestra poco cariño hacia otros.			.403		
48	Tiene pesadillas.				.586	
94	Se despierta a menudo por la noche.				.581	
84	Habla o llora mientras duerme.				.563	
38	Tiene problemas para dormir.				.530	
45	Siente náuseas (sin causa médica)					.593
52	Siente movimientos intestinales dolorosos (sin causa médica)					.428
19	Tiene diarrea aun estando sano.					.483
93	Vomita sin razón médica.					.435
Porcentaje de la varianza explicada		12.677	1.866	8.947	2.137	2.933
Porcentaje de la varianza explicada total		28.560				

Asimismo, se realizó el cálculo de la consistencia interna total del inventario y de cada uno de los factores que lo componen, esto mediante el Alpha de Cronbach (véase Tabla 7). El coeficiente total obtenido fue de 0.888, que demuestra la confiabilidad del instrumento. La consistencia interna de cada factor quedó de la siguiente manera: *Conducta Agresiva* con un $\alpha=.88$, *Problemas de ansiedad* con un $\alpha=.57$, *Retraimiento* con un $\alpha=.60$; *Alteraciones de sueño* alcanzó un $\alpha=.66$, y *Quejas somáticas* un $\alpha=.55$.

Tabla. 7
Consistencia interna.

Factor	Nº de reactivos	Reactivos	α
Conducta agresiva	16	15, 16, 18, 20, 29, 35, 40, 42, 44, 53, 58, 66, 69, 81, 85, 96.	0.88
Problemas de ansiedad	4	43, 68, 87, 90.	0.57
Retraimiento	5	2, 4, 23, 67, 70.	0.60
Alteraciones del sueño	4	38, 48, 84, 94.	0.66
Quejas somáticas	4	19, 45, 52, 93.	0.55
TOTAL			0.888

Tabla 8.
Varianza explicada por factor y total.

No.	FACTOR	VARIANZA (%)	VARIANZA ACUMULADA (%)
1.	Conducta Agresiva	12.677	12.677
2.	Problemas de Ansiedad	1.866	14.543
3.	Retraimiento	8.947	23.49
4.	Alteraciones del sueño	2.137	25.627
5.	Quejas somáticas	2.933	28.56

- *Correlaciones*

Con el fin de evaluar la relación entre las categorías de la escala, se realizó un análisis de correlación de Pearson entre los cinco factores, los resultados obtenidos se pueden apreciar en la Tabla 8. De éste procedimiento se obtuvieron correlaciones estadísticamente significativas ($p = .001$) bajas (menores a .10) y moderadas (.30 Levin, 1972).

El Factor CA presentó correlaciones con el Factor R en un .461**; con el Factor AS la correlación fue de .363**; con el Factor PA correlacionó con .452**, y con el Factor QS se presentó una correlación de .240**.

El factor de R correlaciono con AS, PA y QS, donde se obtuvieron los valores de .224**, .409** y .202** respectivamente.

La relación entre la categoría AS y PA fue de .394**, mientras que AS y QS tuvieron una relación de .246**.

Por último, la relación en PS y QS fue de .287**.

Tabla. 9

Correlación de Pearson entre factores.

		Conducta agresiva	Retraimiento	Alteraciones del sueño	Problemas de Ansiedad	Quejas somáticas
Conducta Agresiva	Correlación de Pearson	1	.461**	.363**	.452**	.240**
	Sig. (bilateral)		.000	.000	.000	.000
Retraimiento	Correlación de Pearson		1	.224**	.409**	.202**
	Sig. (bilateral)			.000	.000	.000
Alteraciones del sueño	Correlación de Pearson			1	.394**	.246**
	Sig. (bilateral)				.000	.000
Problemas de Ansiedad	Correlación de Pearson				1	.287**
	Sig. (bilateral)					.000
Quejas somáticas	Correlación de Pearson					1
	Sig. (bilateral)					

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Con base a los datos obtenidos de la correlación se muestra que los cinco factores correlacionan de manera significativa indicando que se encuentran midiendo la categoría de conducta infantil con sus cinco modalidades

En suma, se obtuvo un instrumento válido integrado por 32 reactivos, mismos que se agruparon en cinco Factores.

DISCUSIÓN

Actualmente se ha observado un incremento en el interés por comprender los problemas de conducta en los niños, lo cual se refleja, en la gran cantidad de estudios que se han realizado para explicar el desarrollo de distintos trastornos psicopatológicos en la infancia. Es por ello que se han desarrollado diversas clasificaciones para estudiar éstos problemas, una de las más aceptadas es la elaborada por Achenbach y Edelbrock (1987 en Vallejo et al., 2008), quienes proponen que para el estudio del comportamiento infantil, se pueden distinguir dos categorías: *Problemas internalizados* y *Problemas externalizados*. Los problemas internalizados se refieren a aquellas reacciones emocionales y cognitivas que se manifiestan hacia el mismo individuo y se presentan en forma de depresión, ansiedad o fobias. Por otra parte, los problemas externalizados se refieren a aquellas acciones que causan daño o molestia a otras personas, como la agresividad, la conducta antisocial y la delincuencia.

En este sentido, cabe destacar que 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 en Lecannelier et al., 2014). Con respecto a México y a otros países latinoamericanos, el estudio de estas problemáticas en la edad infantil se ha dejado de lado, apreciándose tal situación en los escasos instrumentos que existen para evaluar la conducta internalizada y externalizada en la infancia.

Dada la importancia que tiene el estudio de los problemas de conducta internalizados y externalizados en la etapa preescolar, así como la carencia de instrumentos para evaluar dichas conductas en la población nacional, el objetivo del estudio fue adaptar el instrumento Child Behavior Checklist (CBCL 1½ – 5) de Achenbach y Rescorla (2000) en niños de 3 a 5 años de edad. Esto debido a que es un instrumento que toma en cuenta ambas características para evaluar la conducta infantil.

Para lograr el objetivo de la investigación, se estimó la validez y la confiabilidad del CBCL 1 ½-5 años. Con éste fin se acudió a diversas instituciones

de educación preescolar para aplicar el instrumento a los padres de familia o a algún tutor que estuviera a cargo del menor. Con los datos obtenidos se realizó el AFE y el cálculo de la consistencia interna a través del alfa de Cronbach. Los resultados conseguidos indican que el objetivo fue cumplido.

Del AFE se seleccionaron aquellos factores que aglutinaron al menos tres reactivos, cuyas cargas factoriales fueron iguales o superiores a .400. Asimismo, se tomó en cuenta que de acuerdo a su contenido, estas categorías midieran lo mismo, considerando las definiciones realizadas para cada factor. Con base a ello, se identificó una estructura diferente a la reportada inicialmente por los autores con cinco factores en lugar de siete. Éstos fueron:

Problemas internalizados:

- 1) *Quejas somáticas (QS)*: percepciones desagradables experimentadas subjetivamente en el cuerpo (Ordóñez, Maganto & González, 2015)
- 2) *Retraimiento (R)*, limitación de la actividad relacional del individuo y su restricción en la participación grupal y comunitaria (Torralbas-Ortega, Arias-Núñez, Puntí-Vidal, Naranjo-Díaz & Palomino-Escrivá, 2010)
- 3) *Problemas de ansiedad (PA)*, estado emocional displacentero que se presenta de manera desproporcionada frente a la realidad o sin que exista algún factor ambiental que la justifique. Incluye síntomas conductuales, cognitivos y vivenciales. (Mardomingo, 1994; Spielberger, 1972 en Váldez y Flórez, 1995).

Problemas externalizados.

- 4) *Conducta Agresiva (CA)*: comportamiento que implica destrucción, daño físico a otros, a sí mismo o a propiedades. Entraña agresión física, amenazas verbales, arrebatos explosivos y auto-daño (Dorado y Ballabriga, 2001; Fajardo-Vargas y Hernández-Gúzman, 2008).
- 5) *Alteraciones de sueño (AS)* que es una categoría independiente. Ésta hace referencia a los problemas asociados con el hecho de dormir e incluyen: dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido,

quedarse dormido en momentos inapropiados, demasiado sueño y conductas anormales durante el mismo como las parasomnias (terrores nocturnos y sonambulismo).

Las categorías que se eliminaron son: *Reacción emocional (RE)* y *Problemas de atención (PA)* que pertenecen a las subescalas de *Problemas internalizados* y *Problemas externalizados*, respectivamente. La decisión por la cual se eliminaron fue debido a que no cumplieron con los criterios establecidos para integrar un factor, es decir, agruparon reactivos que no tenían relación en cuanto a su contenido. A continuación se muestra lo señalado.

El factor *Reacción emocional* fue definido como la expresión de irritabilidad, miedo, humor negativo y reacciones negativas de alta intensidad que manifiesta un menor (Esquivel, 2010). En el AFE este factor agrupó los siguientes reactivos: 65 No quiere aprender a ir al baño (describa); 75 Se mancha o juega con sus heces; 78 Padece dolor de estómago o calambres (sin razón médica); y 80 Tiene conductas extrañas (describa).

Por su parte, la categoría de *Problemas de atención* se definió como aquellas dificultades que expresa un menor para ejercer control voluntario sobre la atención mostrando conductas impulsivas (Ramos, 2007). Ésta aglutinó los siguientes reactivos: 11 Busca ayuda constantemente; 24 No come bien (describa); 53 Ataca físicamente a la gente y 61 Se niega a comer.

Respecto a la confiabilidad que tuvo la escala total, se destaca que ésta fue buena ($\alpha=0.888$). De acuerdo con lo señalado por Nunnally (1978) y por George y Mallery (2003) quienes consideran que un alfa ≥ 0.80 es un valor indicativo de buena fiabilidad. De la misma forma, el factor de CA presentó una adecuada consistencia ($\alpha=0.888$), siendo la más elevada dentro de la muestra empleada. Comparando este resultado con los datos obtenidos en otras investigaciones (Lecannelier et al., 2014; Xin Tan, Dedrick & Marfo 2007) donde la consistencia interna de esta categoría ha sido de 0.89, se comprueba la buena confiabilidad que presenta la escala de CA. Asimismo, se destaca que dicha categoría fue la única que midió el constructo de

conducta externalizada, y fue la que mayor número de reactivos aglutinó (16 de 19) aproximándose a la Escala original.

Tomando en cuenta este resultado que indica que los reactivos aglutinados fueron comprendidos de la misma forma por la mayoría de los participantes, es posible decir que, para los padres de familia las características de la conducta agresiva son fáciles de identificar y de describir. Asimismo, se corrobora la validez de constructo de la presente validación. Esto es importante ya que al ser reconocida de manera oportuna puede prevenirse su incidencia y la aparición de problemas más graves en otras etapas de desarrollo.

En concreto, con esta subescala es posible identificar oportunamente conductas agresivas en niños de 3 a 5 años. La eficacia de la misma puede corroborarse con el adecuado nivel de confiabilidad presentado, además es una herramienta fácil y rápida de aplicar dado que aglutinó la mayoría de los reactivos indicados por los autores (16). Por ello, puede ser de gran utilidad en futuras investigaciones relacionadas al tema.

La confiabilidad de los factores *Problemas de Ansiedad, Retraimiento, Quejas Somáticas y Alteraciones de Sueño* fue baja en comparación a lo obtenido por Achenbach y Rescorla (2000) y a lo señalado en otras investigaciones (Lecannelier et al, 2014; Oliva et al., 2009; Xin Tan, Dedrick & Marfo, 2007) (ver Tabla 10). En el estudio realizado por Lecannelier et al. (2014) se obtuvieron índices de confiabilidad deficientes ($\alpha \leq .70$) en las escalas de QS y PA. Estos índices presentan incluso niveles de confiabilidad inferiores a los obtenidos en la muestra estadounidense.

Asimismo, Xin Tan, Dedrick y Marfo (2007) llevaron a cabo una investigación con la finalidad de conocer la estructura factorial y las implicaciones clínicas del CBCL 1 ½-5 años en una muestra de niñas chinas adoptadas. Los datos obtenidos presentan confiabilidad deficiente en las escalas de PA ($\alpha = .64$), R ($\alpha = .63$) y QS ($\alpha = .41$). Esto concuerda con lo encontrado en la investigación de Lecannelier et al. (2014). Asimismo, se puede notar que en dicha investigación la consistencia

interna obtenida para la categoría de QS ($\alpha = .41$) la cual es menor en comparación con la confiabilidad lograda por el presente estudio ($\alpha = .55$).

Con base a esta información, es posible decir que a pesar de que la consistencia interna de los factores señalados en ésta investigación, es inferior a la obtenida en las muestras de Chile y China, es evidente que se requiere revisar los componentes de los factores PA, R y Q. Para ello se cree conveniente realizar un análisis que involucré su definición conceptual u operacional con el fin de incrementar sus valores. Específicamente se debe estudiar la categoría de *Quejas Somáticas* ya que ha presentado poca consistencia en las diversas investigaciones.

Tabla 10.

Coefficientes de consistencia interna total y de cada factor del CBCL (1 1/2 – 5 años), en diversas muestras.

Factor	Achenbach y Rescorla (2000). <i>Estados Unidos.</i>	Lecannelier et al. (2014). <i>Chile.</i>	Xin Tan, Dedrick y Marfo (2007). <i>China</i>	Flores y Blanco (2015). <i>México.</i>
Problemas de ansiedad	0.66	0.69	0.64	0.57
Reactividad emocional	0.73	0.76	0.69	--
Retraimiento	0.75	0.70	0.63	0.60
Quejas somáticas	0.80	0.60	0.41	0.55
Alteraciones de sueño	0.78	0.75	0.76	0.66
Conducta agresiva	0.92	0.89	0.89	0.88
Problemas de atención	0.68	0.55	0.68	--
Total del CBCL	0.95	0.95	0.93	0.888

Por otra parte, se llevó a cabo el análisis de correlación de Pearson para identificar el grado en que se relacionan las categorías e indicar que en conjunto midan el constructo conducta infantil con sus dos variantes: *conducta internalizada*

y *conducta externalizada*. Para ello, primero se obtuvieron las correlaciones entre los factores *R*, *PA* y *QS*, los cuales conforman la *Escala de Conducta internalizada*. Los resultados arrojados confirman que los tres factores miden el constructo que pretenden medir.

De este primer análisis *R* presentó correlaciones moderadas con *PA* ($r=.409$; $p=.01$) y *QS* ($r=.202$; $p=.01$), respectivamente. En cuanto a la relación que hay entre *R* y *PA*, se ha encontrado que a los infantes que presentan rasgos de ansiedad se les dificulta relacionarse con sus pares, se les complica expresar su opinión y generalmente se les conoce como niños retraídos y sensibles (Broatch, 2007).

Asimismo, *PA* mostró una correlación baja significativa con *QS* ($r=.287$; $p=.01$). Pese a que la correlación entre ambas categorías no fue muy alta, existen estudios que señalan una asociación entre los trastornos de ansiedad y las quejas somáticas. Asimismo algunas investigaciones indican que la presencia de síntomas somáticos no requiere de la manifestación de ansiedad (Hofflich, Hughes & Kendall, 2006).

También se llevó a cabo la correlación entre los factores de conducta internalizada (*R*, *AS* y *QS*) y el factor de conducta externalizada (*CA*). De éste análisis *CA* tuvo correlaciones bajas y moderadas con *QS* ($r=.240$, $p=.01$), *R* ($r=.461$, $p=.01$) y *PA* ($r=.452$, $p=.01$). La relación que existe entre *CA* y *R* concuerda con el trabajo realizado por Contini, Cohen, Coronel y Mejail (2012) quienes mencionan que cuando un menor asume un estilo agresivo en sus relaciones interpersonales, puede generar en el interlocutor conductas de rechazo, lo cual produce comportamientos de retraimiento en los agresores. Sin embargo, destacan que estas conductas generalmente se identifican con mayor facilidad en la etapa de adolescencia.

En cuanto a la asociación de *CA* y *PA*, se ha encontrado que la ansiedad influye negativamente en el comportamiento del niño, provocando alteraciones en su actuar. Como consecuencia de esto el menor no responde adecuadamente a las expectativas (Salaníc, 2014). En este sentido, Rodríguez (2009 en Salaníc, 2014),

indica que los pequeños exteriorizan la ansiedad de distinta manera, unos lo hacen con el silencio y otros con excesos conductuales como inquietud, molestias, peleas, y gritos.

Como se señaló, CA también presentó una correlación con QS. Con respecto a esta relación existe escasa información, sin embargo, Ordóñez, Maganto y González (2015) mencionan que las QS recurrentes deterioran el funcionamiento psicosocial del niño e influyen negativamente en la rutina familiar, el desarrollo cognitivo del menor, etc. Asimismo, señalan que los niños con QS presentan peores relaciones interpersonales. En este sentido, se considera que las relaciones problemáticas con los compañeros o un ambiente familiar conflictivo conllevan a efectos negativos que aumentan la probabilidad de padecer QS.

De la misma forma CA correlaciono con AS ($r=.363, p=.01$), dicha relación fue moderada estadísticamente significativa. Este resultado es congruente con el enfoque teórico que menciona que la deficiencia del sueño y la somnolencia suelen ser un elemento central en los problemas de comportamiento, los cuales llevaban a la manifestación de conductas agresivas por parte de los menores (O'Brien, Lucas, Felt, Hoban, Ruzicka, Jordan & Chervin, 2011)

Por su parte, el factor AS mostró correlaciones que fueron significativas con PA ($r=.394, p=.01$) y QS ($r=.246, p=.01$). Con respecto a la relación entre AS y PA, estudios muestran que existen asociaciones significativas entre ambos, donde los síntomas de ansiedad se asocian generalmente con diversos trastornos de sueño en la infancia, como es el caso del sonambulismo, los terrores del sueño y las pesadillas. Asimismo, se ha encontrado que para los niños de 2 a 4 años de edad el hecho de dormir puede implicar separación, por lo que si los padres llevan a cabo un inadecuado proceso de apartamiento el niño responderá con ansiedad.

Finalmente, estudios han señalado que existe una relación entre AS y QS, demostrando que el insomnio puede acompañar a trastornos somáticos en los que hay dolor o malestar. Un estudio realizado por Singareddy, Moole, Calhoun, Vocalan, Tsaoussoglou, Vgontzas y Bixler (2009) encontró que los síntomas

gastrointestinales (ardor de estómago, dolor, cólicos y regurgitación) y dolores de cabeza fueron significativamente más frecuentes en niños con trastornos del sueño.

En general, se puede deducir de este análisis que existe una medición adecuada del constructo en la evaluación de la conducta infantil (externalizada e internalizada) en niños de 3 a 5 años. Esto concuerda con lo mencionado por Lecannelier et al., (2014), que ambos tipos de problemas pueden coexistir en un mismo sujeto. Asimismo, se confirma que la Escala muestra validez de constructo.

- *Limitaciones y sugerencias para futuras investigaciones.*

En esta investigación se presentaron algunas limitantes que repercutieron en los datos obtenidos.

Los factores de PA, R, QS y AS presentaron dificultades en cuanto a su consistencia interna. Una de las de posibles explicaciones del porqué se obtuvo índices de confiabilidad deficientes en este estudio, es por la diferencia cultural que existe entre la muestra empleada por Achenbach y Rescorla (2000) y la de la presente investigación. En este sentido, al utilizar una escala diferente a nuestro país además de la traducción se debe garantizar que el constructo (en este caso conducta internalizada o externalizada) signifique lo mismo para ambos países (Reyes-Lagunes, 2011). Como menciona Reyes-Lagunes (2015), al “realizar la traducción, adaptación y estandarización de pruebas a México se debe tener cuidado en el empleo de las palabras, ya que éstas no tienen el mismo significado aún en nuestro país”. Asimismo, señala que “los criterios de calificación deben ser relevantes para la cultura, el lenguaje y la pertinencia de los estímulos”.

Con respecto al cuidado que se debe tener de los criterios de calificación, es importante mencionar lo señalado por Oliva et al. (2009), quienes indican que la muestra empleada en su estudio, expresó opiniones acerca de los valores otorgados para responder a la Escala ya que no los entendían completamente. Si bien en la presente investigación fueron pocas las personas que tuvieron dudas con respecto a la forma de responder la escala, se considera necesario revisar que las instrucciones de resolución sean entendidas y comprensibles.

Asimismo, es preciso revisar la redacción de algunos reactivos los cuales parecen ser confusos para los padres: 12. Padece estreñimiento. No hay movimiento intestinal aun estando sano; 46. Tiene movimientos nerviosos o tics (describa); 57. Padece problemas con los ojos (sin razón médica) (describa); 77. Tiene la mirada perdida o parece preocupado.

Si bien los resultados fueron obtenidos en una muestra que cubre el espectro de edad en estudio, se considera que una limitación de la presente investigación fue la dificultad de aplicar el instrumento en una muestra que presente características clínicas. Esto aportaría información acerca del estado en que se encuentran los menores y facilitaría la realización de intervenciones.

Se recomienda que al momento de aplicar esta escala no se administre junto con otros instrumentos de medición, debido a que los participantes pueden mostrar actitudes de desinterés que afectan la resolución del instrumento. También se sugiere que el instrumento sea revisado por jueces expertos en temas de desarrollo infantil y validación de escalas para que de esta manera se considere la pertinencia, claridad y redacción de los reactivos. Este aspecto podría ayudar a rescatar los factores perdidos en este estudio: *Reacción emocional y Problemas de atención*.

Como sugerencia, está realizar más investigaciones sobre los problemas internalizados que aquejan a los menores, debido a que sus componentes pueden ser más difíciles de identificar. Asimismo, se recomienda realizar más estudios en relación a quejas somáticas y su vínculo con otros problemas infantiles, debido a que en nuestro país existe escasa información y no se cuenta con las herramientas necesarias para evaluar esta problemática en la población preescolar.

En cuanto a la evaluación de la conducta agresiva, se recomienda profundizar su estudio en la población preescolar mexicana ya que no existe suficiente información en este contexto, esto en comparación a los datos que hay de la agresividad en la adolescencia.

Asimismo, se recomienda ahondar en el estudio de la elaboración y adaptación de pruebas psicológicas para la etapa preescolar, ya que es un campo descuidado en nuestro país.

- Contribuciones

La investigación tuvo una contribución importante en el campo de la evaluación de los problemas de conducta infantil, ya que fue posible adaptar el CBCL 1½-5 en niños mexicanos de 3 a 5 años de edad, siendo así una herramienta válida y útil para estudiar la prevalencia de algunos problemas internalizados y externalizados. Asimismo, toma gran relevancia debido a que en México son pocas las adaptaciones de pruebas psicológicas realizadas hacia la población preescolar (Oliva et al., 2009), por lo que el contar con instrumentos que midan el comportamiento infantil de manera rigurosa garantiza un diagnóstico oportuno en el desarrollo del niño

Específicamente se aportó una escala válida y confiable para medir la conducta agresiva en niños de 3 a 5 años de edad, lo cual es de suma importancia debido al creciente aumento de esta problemática en los infantes de México. Aunado a esto, existe una carencia de instrumentos que permitan estudiar tal fenómeno en la población nacional, por lo cual se sugiere ahondar en su estudio. Esto debido a que diversas investigaciones han demostrado que de no atender a edad temprana estos problemas, éstos pueden persistir hasta la edad adulta afectando la calidad de vida de las personas (Caraveo, Colmenares y Martínez, 2002).

REFERENCIAS

- 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, & Families.
- Aiken, L. (2003). *Test psicológicos y evaluación*. México: Pearson educación.
- Alarcón, A.M. y Muñoz, S. (2008). Medición en salud: algunas consideraciones metodológicas. *Revista Médica de Chile*, 136 (1), 125-130. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000100016>.
- Albaladejo, N. (2011). *Evaluación de la violencia escolar en educación infantil y primaria*. Tesis Doctoral. Universidad de Alicante. Departamento de psicología de la Salud. Recuperado de http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/24847/1/Tesis_Albaladejo.pdf
- Alcázar, S. (2014). *Las conductas agresivas en los niños de primer grado de primaria*. Tesis de Licenciatura. Universidad Don Vasco.
- Anastasi, A. y Urbina, S (1998). *Test Psicológicos*. México: Prentice Hall.
- Andrés-Pueyo, A., Pérez, M., Gallardo, D. y García, C. (2013). Evaluación y medida de la agresión, la agresividad y la violencia. En López, L. M., Vadillo, F. J. *Agresividad y violencia en epilepsia*. España: Editorial Club Universitario.
- Aragón, L. E. (2004). Fundamentos psicométricos en la evaluación psicológica. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 7(4), 23-43. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/issue/viewFile/21668/20420>
- Aragón, L. E y Silva, A. (2002). *Fundamentos teóricos de la evaluación psicológica*. México: Pax.

- Aretxaederra, M. y Ruíz, C. (2007). La organización y la dinámica en el aula. Los grupos en la escuela. En Bonals, J. y Sánchez, M. *Manual de asesoramiento psicopedagógico* (pp. 393-424). España: Graó.
- Argibay, J.C. (2006). Técnicas psicométricas: cuestiones de validez y confiabilidad. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 8, 15-33. Recuperado de <http://www.rua.unam.mx/objeto/8526/tecnicas-psicometricas-cuestiones-de-validez-y-confiabilidad>
- Ayala, C. (2013). *La agresividad infantil en niños de edad preescolar y la relación con la disciplina parental*. Tesis de Licenciatura. Universidad de Sotavento.
- Bandura, A. y Ribes, E. (1978). *Modificación de conducta. Análisis de la agresión y la delincuencia*. México: Trillas.
- Berkowitz, L. (1989). Frustration-Agression Hypothesis: examination and reformulation. *Psychological Bulletin*, 106 (1), 59-73. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.321.3829&rep=rep1&type=pdf>.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Caraveo, J. J., Colmenares, E. y Martínez, N. A. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de México. *Salud Pública de México*, 44(6) Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10644601>
- Carrasco, M. y González, M. (2006). Aspectos conceptuales de la agresión: definición y modelos explicativos. *Acción Psicológica*, 4 (2), 7-38.
- Chapi, J. L. (2012). Una revisión psicológica a las teorías de la agresividad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(1), 80-93. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/30905>.
- Contini, E., Cohen S., Coronel, C. & Mejail, S. (2012). Agresividad y retraimiento en adolescentes. *Ciencias psicológicas*, 6(1), 17-28. ISSN 1688-4221. Recuperado de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v6n1/v6n1a03.pdf>

- Cosi, S., Vigil-Colet, A. y Canals, J. (2009). Desarrollo del cuestionario de agresividad proactiva/reactiva para profesores: estructura factorial y propiedades psicométricas. *Psicothema*, 21(1) 159-164. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72711818024>
- Cuello, M. y Oros, L. (2013). Adaptación de una escala de agresividad física, verbal y relacional para niños argentinos de 9 a 13 años. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 209-229. Recuperado http://www.aidep.org/03_ridep/R36/Art.10.pdf
- Dorado, M. y Ballabriga, M.C. (2001). La conducta agresiva en preescolares: revisión de factores implicados y evolución. *Psiquiatría*, 5(1). Recuperado <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/536/515/>
- Drost, E. (2011). Validity and Reliability in Social Science Research. *Education Research and Perspectives*, 38 (1), 105-123. Recuperado de <http://search.informit.com.au/documentSummary;dn=491551710186460;res=1ELHSS>.
- Escobar, M. (2014). *Eficacia del Tratamiento Cognitivo-Conductual dirigido a niños con conducta agresiva. Estudio de casos*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Esquivel, F. (2010). *Psicoterapia infantil con juego. Casos clínicos*. México: Manual moderno.
- Etxebarria, I. (2014). Desarrollo del altruismo y la agresión. En *Desarrollo afectivo y social* (pp. 211-230). Madrid: Ediciones pirámide.
- Fajardo, V. (2010). *Conducta violenta en niños: evaluación de los efectos de un tratamiento cognitivo-conductual*. Tesis Doctoral. UNAM.
- Fajardo-Vargas, V. y Hernández-Guzmán, L. (2008). Tratamiento Cognitivo Conductual de la conducta agresiva infantil. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 34(2), 369- 387.

- Flores, L. M., Bustos, M. y Villegas, P. (2013). Construcción de una escala de actitudes. El caso de habilidades socioemocionales. En Flores, L. M. & Bustos, M. *Investigaciones psicoambientales en preescolares*. (pp. 43-50). México: UNAM, FES Zaragoza.
- García, F. (2004). *El cuestionario: Recomendaciones metodológicas para el diseño de un cuestionario*. México: Limusa.
- García, M. y Carpio, M. (2014). Inteligencia emocional y agresividad premeditada e impulsiva en adolescentes. En Soriano, E., González, A. y Cala, V. (Ed). *Retos actuales de educación y salud transcultural 2*. Universidad de América.
- Gaytán, B. (2013). *La agresividad infantil desde el enfoque conductista*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gerbino, M., Caprara, M.G. y Caprara, G.V. (2006). Estabilidad y predicción física desde la infancia hasta la adolescencia: un estudio con múltiples informantes. *Acción psicológica*, 4(2).
- Gómez, J. y Dolores. M. (2005). La validez de los test, escalas y cuestionarios. *La sociología en sus escenarios*. (12), 1-14. Recuperado de <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/view/1750/1370>
- González, P., Carrasco, O., Del Barrio, V y Gordillo, R. (2013). Análisis de la agresión reactiva y proactiva en niños de 2 a 6 años. *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*, 1 (35), 139-159. Recuperado de http://www.aidep.org/03_ridep/r35/r35art7.pdf
- Gregory, R. (2012). *Pruebas psicológicas. Historia, principios y aplicaciones*. México: Pearson.
- Guerra, C., Campaña, M. A., Fredes, V., Gutiérrez, L. y Plaza, H. (2011). Regulación de la agresividad entre preescolares mediante entrenamiento a madres y profesoras. *Terapia psicológica*, 29(2), 197-211. Recuperado <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v29n2/art07.pdf>

- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hofflich, S. A., Hughes, A. A. & Kendall, P. C. (2006). Somatic complaints and childhood anxiety disorders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 229-242. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760201>
- Hogg, M. y Vaughan, G. (2010). *Psicología social*. España: Médica panamericana.
- Jiménez, J. (2014). *Factores de riesgo familiares y agresividad infantil: Un modelo ecológico de desarrollo*. Tesis Doctoral. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento*. México: McGraw-Hill.
- Kimble, C., Hirt, E., Díaz-Loving, R., Hosch, H., Lucker, W. y Zárata, M. (2002). *Psicología social de las Américas*. México: Pearson.
- Lamprea, J. A. y Gómez, C. (2007). Validez en la evaluación de escalas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35 (29), 340-348.
- Lecannelier, F., Pérez, J.C., Groissman, S., Gallardo, D., Bardet, A.M., Bascuñan, A. y Rodríguez, J. (2014). Validación del inventario de Conductas Infantiles para niños de entre 1 ½-5 años (CBCL 1 ½-5) en la Ciudad de Santiago de Chile. *Universitas Psychologica*, 13 (2), 491-500. doi: 10.11144/Javeriana.UPSY13-2.vici
- Leyva, Y. (2011). Una reseña sobre la validez de constructo de pruebas referidas al criterio. *Perfiles educativos*, 33 (131), 131-154.
- Mardomingo, M. J. (1994). *Psiquiatría del niño y del adolescente: método, fundamentos y síndromes*. Madrid: Díaz de Santos.
- Martín, M.C. (2004). Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas profesión*, 5 (17), 23-29.

- Martínez, J., Rojas, C., Duque, A., Tovar, F. y Klevens, J. (2008). ¿Son los niños más agresivos que las niñas? Comportamiento de la agresividad en niños y niñas de escuelas públicas de Pereira. *Revista médica de Risaralda*, 14 (1). Recuperado <http://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/589/423>
- Morales, P., Urosa, B. y Blanco, A. (2003). *Construcción de escalas de actitudes tipo Likert*. La Muralla.
- Moreno, M. C. (2014). Desarrollo y conducta social de los 2 a los 6 años. En Palacios, J., Marchesi, A. & Coll, C. *Desarrollo psicológico y educación* (pp. 305-326). Madrid: alianza editorial.
- Moser, G. (1992). *La agresión*. México: Publicaciones Cruz.
- Namakforoosh, M. (2005). *Metodología de la investigación*. México: Limusa.
- Nunnally, J. C. (1978). *Teoría Psicométrica*. México: Editorial Trillas.
- O'Brien, L. M., Lucas, N. H., Felt, B. T., Hoban, T. F., Ruzicka, D. L., Jordan, R. & Chervin, R. D. (2011). Aggressive Behavior, Bullying, Snoring, and Sleepiness in Schoolchildren. *Sleep Medicine*, 12(7), 652–658. <http://doi.org/10.1016/j.sleep.2010.11.012>
- Oliden, P. (2003). Sobre la validez de los test. *Psicothema*, 16 (2), 315-321.
- Oliva, L., Castro, C. y García, G. (2008). Adaptación del cuestionario sobre el comportamiento en niños de 1 ½ a 5 años de Achenbach para niños de 4 a 5 años. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 14(1), pp. 179-191. Recuperado <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29214113>.
- Ordóñez, A., Maganto, C. & González R. (2015). Somatic Complaints, emotional awareness and maladjustment in schoolchildren. *Anales de pediatría*, 82(5), 308-315. DOI: 10.1016/j.anpedi.2014.03.020

- Ortega, R. y Monks, C. (2005). Agresividad injustificada entre preescolares. *Psicothema*, 17(3), 453-458. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3128.pdf>
- Pérez, G. y Pérez, M. (2011) *Aprender a convivir. El conflicto como oportunidad de crecimiento*. España: Narcea.
- Prieto, G. y Delgado, A.R. (2010). Fiabilidad y Validez. *Papeles del psicólogo*, 31(1), 67-74.
- Quero, M. (2010) Confiabilidad y Coeficiente Alfa de Cronbach. *Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales*, 12 (2), 248-252
- Querol, M. (1998). Agresividad en edad preescolar. En Domènech-Llaberia, E. & Jane, M. (Ed). *Actualizaciones en psicopatología infantil II* (pp. 115-121). España: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Ramos, M. (2007). *Tratamiento de la hiperactividad. Un acercamiento a los trastornos de déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. España: Ideas propias.
- Rangel, L. (2009). *Habilidades sociales y agresividad: un taller para la prevención de ésta*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Reidl, L. M. (s.f). *Medición en ciencias sociales*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Reyes-Lagunes, I. (Octubre, 2015). *Aportaciones de la medición al desarrollo de la psicología en México*. Conferencia Magistral, XXIII Congreso Mexicano de Psicología, Cancún.
- Reyna, C. y Brussino, S. (2009). Propiedades Psicométricas de la Escala de Comportamiento Preescolar y Jardín Infantil en una Muestra de Niños Argentinos de 3 a 7 Años. *Psykhe*, 18(2) 127-140. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96711850009>
- Rodríguez, A. (2007). Principales modelos de socialización familiar. *Foro de educación*, 9, pp. 91-97.

- Salaníc, M. (2014). *Ansiedad infantil y comportamiento en el aula*. Tesis de Licenciatura, Universidad Rafael Landívar.
- Sánchez, G. (2013). *Desarrollo de habilidades para el manejo de la agresividad infantil mediante un programa basado en la solución de problemas*. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sarduní, M., Rostán, C. y Serrat, E. (2008). *El desarrollo de los niños paso a paso*. Barcelona: UOC.
- Schaffer, R. (2000). *Desarrollo social*. México: Siglo veintiuno.
- Singareddy, R., Moole, S., Calhoun, S., Vocalan, P., Tsaoussoglou, M., Vgontzas, A. N., & Bixler, E. O. (2009). Medical Complaints Are More Common in Young School-Aged Children with Parent Reported Insomnia Symptoms. *Journal of Clinical Sleep Medicine : JCSM : Official Publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 5(6), 549–553.
- Silva, A. (2004). *Conducta antisocial: Un enfoque psicológico*. México: Pax México.
- Silva, M. R. y Brain, M. L. (2006). *Validez y confiabilidad del estudio socioeconómico*. México: Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial.
- Soto, A. (2011). *Expresión de agresividad de preescolares provenientes de familias nucleares y familias monoparentales*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Torrallas-Ortega, J., Arias-Núñez, E., Puntí-Vidal, J., Naranjo-Díaz, M.C. & Palomino-Escrivá, J. (2010). Profile of adolescents with social withdrawal admitted to a partial hospitalization unit of Mental Health. *Enfermería clínica*, 20(1),17-22. DOI: 10.1016/j.enfcli.2010.01.001. Epub 2010 Feb 11.
- Torres, J. C. (2001). *Orientación familiar en contextos escolares*. España: Universidad Pontificia Comillas.
- Train, A. (2004). *Agresividad en niños y niñas: ayudas, tratamiento, apoyos en la familia y la escuela*. España: Narcea.

- Váldez, C.A y Flórez, J. A. (1995). *El niño ante el hospital. Programas para reducir la ansiedad hospitalaria*. España: Universidad de Oviedo.
- Vallejo, A., Mazadiego, T., Betancourt, D., Vazquez, A., Sagahón, M., Méndez, M. y Reyes, C. (2008). Problemas externalizados e internalizados en una muestra de bachilleres veracruzanos. *Revista de Educación y Desarrollo*, 9, pp. 15-22. Recuperado http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/9/009_Vallejo.pdf
- Vázquez, N. y Samaniego, V. C. (2014). El Child Behavior Checklist para niños en edad preescolar (cbcl1½-5): su estandarización en población urbana de Argentina. *VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXI Jornadas de Investigación y X Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Vázquez, P. (2010). *Influencia del estrés parental en la conducta agresiva infantil*. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Vera-Villarroel, P. y Oblitas, L. (2005). *Manual de escalas y cuestionarios Iberoamericanos en psicología Clínica y de la Salud*. Bogotá: PSICOM.
- Vitaro, F., Brendgen, M. & Barker, E. (2006). Subtypes of aggressive behaviors: A developmental perspective. *International Journal of Behavioral Development*. 30 (1), 12-19. Doi: 10.1177/0165025406059968.
- Wettstein, A., Brendgen, M., Vitaro, F., Guimond, F. A., Forget-Dubois, N., Cantin, S., Dionne, G & Boivin, M. (2013). The additive and interactive roles of aggression, prosocial behavior, and social preference in predicting resource control in young children. *Journal of aggression, conflict and peace research*, 5 (3), 179-196. Doi: 10.1108/JACPR-11-2012-0011.
- Xin Tan, T., Dedrick, R., y Marfo, K. (2007). Factor Structure and Clinical Implications of Child Behavior Checklist/1.5–5 Ratings in a Sample of Girls Adopted from China. *Journal of Pediatric Psychology*, 32 (7), 807–818.

APÉNDICE

Apéndice A.
Escala de Conducta Infantil
(CBCL 1 ½-5)



Universidad Nacional Autónoma de México
Escala de Conducta Infantil.



La siguiente investigación es parte de un estudio que se lleva a cabo en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la UNAM. El propósito es conocer su percepción acerca de la conducta de su hijo/a. La información que Usted proporcione será tratada con confidencialidad y de forma anónima, por ello se le pide que conteste honesta y sinceramente. Por favor, lea con cuidado cada afirmación y haga un esfuerzo por contestar todo el instrumento. Recuerde que no hay respuestas buenas o malas.

Firma de acuerdo para participar: _____

Datos generales de quien contesta.

Sexo: Hombre () Mujer () Edad: _____ Escolaridad: _____

Ocupación: _____ Delegación (municipio): _____

Datos del niño.

Nombre (s) del menor	Apellido Paterno	Apellido Materno
Sexo del Menor: Niño Niña	EDAD DEL NIÑO/A	
Fecha de nacimiento del menor: Día. ____ Mes ____ Año ____		



Please print. Be sure to answer all items.

CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR AGES 1½-5

For office use only
ID# _____

CHILD'S FULL NAME First Middle Last _____	PARENTS' USUAL TYPE OF WORK, even if not working now. Please be specific — for example, auto mechanic, high school teacher, homemaker, laborer, lathe operator, shoe salesman, army sergeant. _____	
CHILD'S GENDER <input type="checkbox"/> Boy <input type="checkbox"/> Girl	CHILD'S AGE _____	CHILD'S ETHNIC GROUP OR RACE _____
TODAY'S DATE Mo. ____ Day ____ Year ____		CHILD'S BIRTHDATE Mo. ____ Day ____ Year ____
Please fill out this form to reflect your view of the child's behavior even if other people might not agree. Feel free to write additional comments beside each item and in the space provided on page 2. Be sure to answer all items.		
FATHER'S TYPE OF WORK _____ MOTHER'S TYPE OF WORK _____		
THIS FORM FILLED OUT BY: (print your full name) _____		
Your relationship to child: <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Other (specify): _____		

Below is a list of items that describe children. For each item that describes the child *now or within the past 2 months*, please circle the 2 if the item is *very true or often true* of the child. Circle the 1 if the item is *somewhat or sometimes true* of the child. If the item is *not true* of the child, circle the 0. Please answer all items as well as you can, even if some do not seem to apply to the child.

0 = Not True (as far as you know) 1 = Somewhat or Sometimes True 2 = Very True or Often True

<p>0 1 2 1. Aches or pains (without medical cause; <i>do not include stomach or headaches</i>)</p> <p>0 1 2 2. Acts too young for age</p> <p>0 1 2 3. Afraid to try new things</p> <p>0 1 2 4. Avoids looking others in the eye</p> <p>0 1 2 5. Can't concentrate, can't pay attention for long</p> <p>0 1 2 6. Can't sit still, restless, or hyperactive</p> <p>0 1 2 7. Can't stand having things out of place</p> <p>0 1 2 8. Can't stand waiting; wants everything now</p> <p>0 1 2 9. Chews on things that aren't edible</p> <p>0 1 2 10. Clings to adults or too dependent</p> <p>0 1 2 11. Constantly seeks help</p> <p>0 1 2 12. Constipated, doesn't move bowels (when not sick)</p> <p>0 1 2 13. Cries a lot</p> <p>0 1 2 14. Cruel to animals</p> <p>0 1 2 15. Defiant</p> <p>0 1 2 16. Demands must be met immediately</p> <p>0 1 2 17. Destroys his/her own things</p> <p>0 1 2 18. Destroys things belonging to his/her family or other children</p> <p>0 1 2 19. Diarrhea or loose bowels (when not sick)</p> <p>0 1 2 20. Disobedient</p> <p>0 1 2 21. Disturbed by any change in routine</p> <p>0 1 2 22. Doesn't want to sleep alone</p> <p>0 1 2 23. Doesn't answer when people talk to him/her</p> <p>0 1 2 24. Doesn't eat well (describe): _____</p> <p>0 1 2 25. Doesn't get along with other children</p> <p>0 1 2 26. Doesn't know how to have fun; acts like a little adult</p> <p>0 1 2 27. Doesn't seem to feel guilty after misbehaving</p> <p>0 1 2 28. Doesn't want to go out of home</p> <p>0 1 2 29. Easily frustrated</p>	<p>0 1 2 30. Easily jealous</p> <p>0 1 2 31. Eats or drinks things that are not food—don't include sweets (describe): _____</p> <p>0 1 2 32. Fears certain animals, situations, or places (describe): _____</p> <p>0 1 2 33. Feelings are easily hurt</p> <p>0 1 2 34. Gets hurt a lot, accident-prone</p> <p>0 1 2 35. Gets in many fights</p> <p>0 1 2 36. Gets into everything</p> <p>0 1 2 37. Gets too upset when separated from parents</p> <p>0 1 2 38. Has trouble getting to sleep</p> <p>0 1 2 39. Headaches (without medical cause)</p> <p>0 1 2 40. Hits others</p> <p>0 1 2 41. Holds his/her breath</p> <p>0 1 2 42. Hurts animals or people without meaning to</p> <p>0 1 2 43. Looks unhappy without good reason</p> <p>0 1 2 44. Angry moods</p> <p>0 1 2 45. Nausea, feels sick (without medical cause)</p> <p>0 1 2 46. Nervous movements or twitching (describe): _____</p> <p>0 1 2 47. Nervous, highstrung, or tense</p> <p>0 1 2 48. Nightmares</p> <p>0 1 2 49. Overeating</p> <p>0 1 2 50. Overtired</p> <p>0 1 2 51. Shows panic for no good reason</p> <p>0 1 2 52. Painful bowel movements (without medical cause)</p> <p>0 1 2 53. Physically attacks people</p> <p>0 1 2 54. Picks nose, skin, or other parts of body (describe): _____</p>
---	---

Be sure you answered all items. Then see other side.

Please print your answers. Be sure to answer all items.

0 = Not True (as far as you know)

1 = Somewhat or Sometimes True

2 = Very True or Often True

- 0 1 2 55. Plays with own sex parts too much
0 1 2 56. Poorly coordinated or clumsy
0 1 2 57. Problems with eyes (without medical cause)
(describe): _____
0 1 2 58. Punishment doesn't change his/her behavior
0 1 2 59. Quickly shifts from one activity to another
0 1 2 60. Rashes or other skin problems (without
medical cause)
0 1 2 61. Refuses to eat
0 1 2 62. Refuses to play active games
0 1 2 63. Repeatedly rocks head or body
0 1 2 64. Resists going to bed at night
0 1 2 65. Resists toilet training (describe): _____
0 1 2 66. Screams a lot
0 1 2 67. Seems unresponsive to affection
0 1 2 68. Self-conscious or easily embarrassed
0 1 2 69. Selfish or won't share
0 1 2 70. Shows little affection toward people
0 1 2 71. Shows little interest in things around him/her
0 1 2 72. Shows too little fear of getting hurt
0 1 2 73. Too shy or timid
0 1 2 74. Sleeps less than most kids during day
and/or night (describe): _____
0 1 2 75. Smears or plays with bowel movements
0 1 2 76. Speech problem (describe): _____
0 1 2 77. Stares into space or seems preoccupied
0 1 2 78. Stomachaches or cramps (without medical
cause)

- 0 1 2 79. Rapid shifts between sadness and
excitement
0 1 2 80. Strange behavior (describe): _____
0 1 2 81. Stubborn, sullen, or irritable
0 1 2 82. Sudden changes in mood or feelings
0 1 2 83. Sulks a lot
0 1 2 84. Talks or cries out in sleep
0 1 2 85. Temper tantrums or hot temper
0 1 2 86. Too concerned with neatness or cleanliness
0 1 2 87. Too fearful or anxious
0 1 2 88. Uncooperative
0 1 2 89. Underactive, slow moving, or lacks energy
0 1 2 90. Unhappy, sad, or depressed
0 1 2 91. Unusually loud
0 1 2 92. Upset by new people or situations
(describe): _____
0 1 2 93. Vomiting, throwing up (without medical cause)
0 1 2 94. Wakes up often at night
0 1 2 95. Wanders away
0 1 2 96. Wants a lot of attention
0 1 2 97. Whining
0 1 2 98. Withdrawn, doesn't get involved with others
0 1 2 99. Worries
0 1 2 100. Please write in any problems the child has
that were not listed above.

Please be sure you have answered all items.

Underline any you are concerned about.

Does the child have any illness or disability (either physical or mental)?

No

Yes—Please describe:

What concerns you most about the child?

Please describe the best things about the child: