

E. Masdeu  
S. Xicoy  
M<sup>a</sup>. C. Jané  
E. Doménech

Unitat de Psicopatologia Clínica Infanto-Juvenil,  
Departament de Psicologia de la Salut i Psicologia Social,  
Universitat Autònoma. Barcelona.

**Correspondencia:**

E. Doménech-Llaberia  
M<sup>a</sup>. C. Jané Ballabriga  
Departament de Psicologia de la Salut i Psicologia Social,  
Universitat Autònoma de Barcelona. Edificio B.  
08193 Bellaterra

## Evaluación de los trastornos de conducta en preescolares: revisión de cuestionarios, escalas e inventarios

### *The conduct disorders in preschoolers, instruments evaluation: review of questionnaires, scales and inventory*

#### RESUMEN

Los trastornos de conducta en la edad preescolar constituyen un serio problema en psicología infantil. Muchas de las conductas desadaptadas observables y surgidas de manera esporádica en el transcurso del desarrollo no se consideran de riesgo desde un punto de vista psicopatológico ni social. No obstante, si éstas persisten y continúan manifestándose, pueden alterar la conducta del niño y su entorno más próximo.

A pesar de la existencia de diversas técnicas de evaluación, son pocas las que miden específicamente este trastorno en niños preescolares. Debido a ello, es necesario elaborar instrumentos que diagnostiquen únicamente esta psicopatología, y que al mismo tiempo permitan hacer una identificación precoz para facilitar la prevención y el tratamiento. De la actual investigación escalas como: Daily Child Behavior Checklist (DCBC, Furey y Forehand, 1983), Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI, Eyberg, 1980), Prosocial Behaviour Questionnaire (PSBQ, Weir y Duveen, 1981) y Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory (SESBI, Funderburk y Eyberg, 1989) cumplen la mayoría de los requisitos enumerados hasta el momento. No obstante, hace falta la adaptación de estos instrumentos para la población española; de manera que se facilite su uso, tanto en el campo de la investigación como también en el ámbito clínico.

#### PALABRAS CLAVE

Trastorno de conducta; evaluación psicopatológica; instrumentos de evaluación; preescolar.

#### SUMMARY

*The conduct disorders at preschoolers represent a serious by effects of child's psychology. Most of the watchable disruptive behaviors, and appeared sporadically during the development, are not considered to be of a high risk at the psychological and social levels. Nevertheless, if they continue and are severely shown, they may alter the child's behaviour and his nearest environment too.*

*However, many evaluation instruments exist, only a few of them exactly measure this alteration at preschoolers. So, it is necessary to create new instruments that exclusively diagnose this psychopathology and at the same time that allow us to make an early identification in order to facilitate the prevention and treatment. About the present investigation scales such as: the Daily Child Behavior Checklist (DCBC, Furey and Forehand, 1983), the Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI, Eyberg, 1980), the Prosocial Behaviour Questionnaire (PSBQ, Weir and Duveen, 1981) and the Sutter-Eyberg Student*

250 *Behavior Inventory (SESBI, Funderburk and Eyberg, 1989) join up most of the requirements mentioned up to now. Nevertheless, a proper adaptation for Spanish population is needed in order to power its use, both for the investigation and clinic ambits.*

#### KEY WORDS

*Conduct disorders; psychopathologic evaluation; evaluation instruments; preschoolers.*

#### INTRODUCCIÓN

A menudo se utilizan muchos términos para describir el trastorno de conducta en los niños preescolares, pero en general, los clínicos coinciden en señalar los comportamientos caracterizados por: conductas desconfiadas, agresivas y rebeldes surgidas en los ambientes más próximos al niño, es decir, en casa y en el colegio.

Según Sánchez, Jiménez y Izquierdo (1994) estas alteraciones de la conducta consisten en comportamientos distorsionados, de carácter negativo y transgresores de las normas sociales.

Es importante tener presente que las conductas antisociales aparecidas de forma aislada en el transcurso del desarrollo no acostumbran a tener significación clínica ni social para una amplia mayoría de niños. Pero si estas conductas son extremas y no remiten con el paso del tiempo, pueden tener repercusiones graves para el propio niño y para el entorno en el que ha de integrarse (López y Cabaco, 1994).

Las manifestaciones del trastorno de conducta en el niño van cambiando en función de la edad. Algunos rasgos no se observan durante la primera infancia y otros se intensifican con el tiempo. A nivel evolutivo se pueden establecer dos periodos:

- Primera etapa (3-4 años): predominan las conductas obstinadas e intransigentes, observables a través de un constante humor negativo. Son niños con un carácter marcadamente serio, "caprichoso" y que no expresan placer de forma abierta. Demuestran poca o ninguna adaptación a los cambios, frecuentemente estallan en pataletas en lugares públicos y por ello son descritos como niños tozudos y contradictorios. Cuando el niño no consigue lo que quiere, insiste desmesuradamente y si no se sale con la suya no deja de quejarse hasta lograr su objetivo.

- Segunda etapa (5-6 años): a partir de esta edad se observan algunos problemas de atención y concentración, conductas de oposición y alteraciones de conducta

como mentiras, robos, etc. Buscan la atención continua del adulto, a pesar de que la forma para conseguir la atención no siempre sea la más indicada. La impulsividad y su pobre autocontrol son motivo de difíciles interacciones con los adultos y con su grupo de iguales, utilizando entonces la agresión verbal y física como medio para resolver estas situaciones conflictivas.

#### CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS

Valorando la complejidad de estas alteraciones se han establecido diferentes sistemas de clasificación. Desde un punto clínico, se pueden señalar: la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-III-R, 1987 y DSM-IV, 1995) y la Clasificación de Enfermedades Mentales de la Organización Mundial de la Salud, (CIE-10, 1992).

Si nos referimos al DSM-III-R (1987), el Trastorno de conducta está clasificado en el Eje principal I, es decir, del Trastorno de conducta con inicio en la infancia y en la adolescencia. Establece tres tipos de alteraciones dependiendo de si la agresión física a los adultos o al grupo de iguales, es una actividad en grupo o en solitario, y finalmente se considera indiferenciado si los síntomas no se pueden incluir en ninguno de los grupos anteriormente citados.

Los criterios diagnósticos de la DSM-IV (1995) han sido modificados respecto la DSM-III-R. Para facilitar su utilización los ítems se han agrupado dependiendo de su temática, así el Trastorno disocial [312.8] se evalúa en función de la agresión a personas y animales, destrucción de propiedades, fraudulencia o robos y violaciones graves de las normas. También hay que mencionar que, en esta clasificación, se han incluido nuevos subtipos atendiendo a la edad de inicio del trastorno con la finalidad de facilitar la detección y atención precoz. Respecto al trastorno negativista desafiante [313.81] solamente señalar que, se ha eliminado el ítem del Criterio A ("utiliza un lenguaje obsceno").

La clasificación CIE-10 (1992), tiene unos criterios diagnósticos muy parecidos a la DSM-IV. Incluye los Trastornos disociales [F91] dentro del grupo de Trastornos del comportamiento y de las emociones de inicio habitual en la infancia y en la adolescencia [F90-98]. Hay seis tipos de trastornos disociales: cuando se manifiesta principalmente en casa o en hay dificultades en las relaciones familiares se denomina trastorno disocial limitado al contexto familiar [F91.0]; si este trastorno se produce de manera socializada o insocializada hablamos de trastorno disocial en niños socializados

[F91.2] o trastorno disocial en niños no socializados [F91.1]; otro tipo es el trastorno disocial desafiante y oposicionista [F91.3] y por último establece el grupo de otros trastornos [F91.8] y el de trastorno disocial sin especificación [F91.9].

Aunque la CIE-10 y la DSM-IV tienen evidentes diferencias con relación a sus términos y a su metodología, existe entre ambas una relativa convergencia. Tanto una como otra clasificación contemplan: las peleas, la crueldad con los animales, la destrucción de la propiedad ajena, los incendios, los robos, las mentiras, el absentismo escolar o de casa.

Además la DSM-IV añade la violencia sexual y el uso de armas en distintas ocasiones, y la CIE-10 las pataletas frecuentes y graves, las provocaciones, los desafíos y la desobediencia grave y persistente.

## PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN

Los problemas conductuales surgidos durante la etapa preescolar tienen unas características especiales: primero se trata de un período evolutivo con cambios grandes y rápidos referentes al desarrollo global de la personalidad, y segundo algunos de los problemas que muestran los niños entre 3 y 6 años, tales como la rebeldía, poca atención, agresividad, son reflejos normales y simples del desarrollo, que solamente se consideran desviaciones conductuales si su frecuencia e intensidad persiste a lo largo de este período evolutivo (Campbell, 1995). Una de las principales finalidades de los instrumentos de evaluación en esta etapa es, por lo tanto, detectar los factores de riesgo, desencadenantes, de un trastorno de conducta o de un trastorno oposicionista, de aquellos rasgos característicos del comportamiento preescolar.

Algunos estudios han sugerido que los datos obtenidos sobre conducta infantil mediante diferentes métodos: cuestionarios, observación directa, entrevistas..., a menudo comporta una modesta correlación entre diferentes instrumentos. No obstante, a pesar de este inconveniente, es recomendable recoger datos de diferentes fuentes. Esta información tendría que centrar los comportamientos actuales, igual que los signos de alarma a nivel evolutivo y también de sintomatología considerada de riesgo por los clínicos.

Las entrevistas diagnósticas, las escalas de conducta y la adecuada revisión de los registros escolares y clínicos, son procedimientos indicados para recopilar toda esta información necesaria. De esta manera se garantiza el proceso de evaluación y se obtiene una mejor perspectiva de la naturaleza y del pronóstico del trastorno de conducta infantil.

Actualmente existen numerosos procedimientos de evaluación, los cuales se analizan detenidamente a continuación:

### - Entrevista clínica.

Es uno de los instrumentos más universalmente utilizados para la recogida de datos, por que suministra una información significativa de la conducta agresiva y oposicionista, la cual resulta complicada de registrar con otros métodos. Según González y Sánchez (1994) es necesario seguir los siguientes criterios en el momento de realizar una entrevista: valorar la frecuencia de los síntomas, la edad de inicio de las conductas alteradas y su período de manifestación, el grado de problemática generado por la familia y el niño, el grado de provocación requerido para manifestar la conducta y la respuesta a los esfuerzos realizados para solucionar el problema.

En función de los tipos de aplicación encontramos: entrevistas para padres y maestros o entrevistas para niños. Es necesario interpretar el origen de la causa atribuida por los padres o maestros en la conducta disocial del niño y descubrir el problema al mismo tiempo que deben trabajarse aquellas conductas agresivas manifestadas por el niño. La integración de datos que provienen de diferentes fuentes es sin duda, el método clave en el diagnóstico del trastorno de conducta. Existen diferentes formas de entrevistas, en función de su nivel de estructuración. En general, el objetivo de todas ellas es conseguir la máxima información que permita conocer los diferentes factores que precipitan y perpetúan los problemas identificados.

Silva y Godoy (1992) señalan tres objetivos fundamentales en el momento de realizar la entrevista al preescolar con trastorno de conducta: primero, hace falta informar y motivar, es decir, asegurar un clima de confianza y de buena relación, de forma que el niño esté cómodo; segundo, recopilar información, a menudo como los preescolares no tienen suficientemente desarrollada la capacidad verbal se ha de recurrir a otros tipos de estrategias (situaciones de juego estructurado, libre, etc.) para obtener los datos necesarios, y por último, establecer un plan de acción donde se implique a padres y educadores para modificar la conducta del niño preescolar.

### - Cuestionarios y autoinformes.

Los cuestionarios no sólo permiten analizar la existencia de una determinada alteración conductual, sino que

252 también facilitan descripciones específicas sobre la frecuencia, intensidad o severidad de los problemas. Estos instrumentos requieren información basada en la observación directa del comportamiento del niño y en su sintomatología. Tanto los padres como los maestros, o si la edad lo permite el grupo de iguales, serán otras fuentes de información hacia las conductas problemáticas del preescolar.

Las escalas y inventarios para padres y maestros surgen, según Zentall (1986), como una de las técnicas más utilizadas para identificar los trastornos psicopatológicos en esta etapa. Aunque la información de las escalas es bastante fiable, siempre se debe tener en cuenta, que los datos podrían estar sesgados por el punto de vista de los informantes, ya que son personas no ajenas afectivamente al entorno del niño. Una forma de hacer frente a estos sesgos sería contemplando los datos recogidos a partir de diferentes informantes, de manera que también se conseguirían conductas procedentes de ámbitos o contextos diferentes (casa, escuela, etc.).

Los autoinformes se utilizan generalmente en la práctica clínica adulta, ya que algunos niños infravaloran la presencia o la gravedad de los síntomas; este hecho estaría justificado porque los niños con trastorno de conducta no perciben sus comportamientos como inusuales o problemáticos (Kazdin y Buela, 1994).

Otros motivos por los cuales los cuestionarios y autoinformes no se utilizan a menudo en el ámbito clínico son los que a continuación se detallan: los niños preescolares, desde un punto de vista psicológico, no tienen aún una capacidad suficientemente precisa para explicar su estado emocional (Beck, 1987), además su desarrollo lingüístico y cognitivo todavía es limitado (Witt, Cavell, Heffer, Carey et. al., 1988) y finalmente, porque los valores psicométricos, tales como la fiabilidad y la validez de estos instrumentos de evaluación son bajos.

Por lo tanto, con preescolares tanto los cuestionarios como los autoinformes tienen un uso reducido, a no ser que el clínico ayude y adecue el instrumento a las características psicológicas y evolutivas de éstos.

#### - Análisis funcional.

El análisis o evaluación funcional parte del estudio de la conducta-problema seleccionando aquellos comportamientos claves que se modificarán a través del proceso terapéutico. Este análisis incluye diferentes fases, hay que remarcar sobretodo la que hace referencia a la descripción de la conducta; esta descripción realizada por el

adulto, ha de ser lo más precisa posible, sin generalidades ni interpretaciones subjetivas. En el supuesto que sea el propio niño el que lo explique, es más adecuado pedirle que reconstruya el incidente en el que surgió el problema.

#### - Observación directa.

La observación natural de los trastornos de conducta en preescolares, se realiza en ambientes en los que estas alteraciones se producen sin que se intervenga, ni se manipule, por parte del observador o observadores.

Los procedimientos de observación sistemática en el sí de la familia están centrados en patrones de interacción padres-hijos, conductas inadecuadas y pautas afectivas o educativas; en cambio, en el colegio los objetivos de la observación van dirigidos a aspectos tales como: el rendimiento académico, la participación en clase y sobretodo en estas edades, las interacciones en las situaciones de patio o juego con los compañeros y las conductas problemáticas hacia el profesor y/o otros niños.

Tradicionalmente se ha considerado la observación de la conducta como el método de evaluación más directa y menos inferencial, a pesar de ser evidentes una serie de problemas relacionados con su fiabilidad y validez, éstos continúan siendo estrategias de evaluación muy útiles. (Silva y Moro, 1994).

En esta investigación se han utilizado preferentemente instrumentos de evaluación que parten de cuestionarios y listados de conducta, pero no categorías observacionales porque estas permiten sólo extraer un continuum de conductas.

#### INSTRUMENTOS

La investigación realizada en los dos últimos años ha permitido recoger y analizar múltiples instrumentos de evaluación que identifican las alteraciones comportamentales y emocionales.

A partir de la información recogida de cada una de las escalas, se ha realizado la siguiente clasificación: se entiende por escala inespecífica (tabla I), cuando el instrumento evalúa sintomatología conductual y además, incluye características propias de otras psicopatologías; se considera escala específica (tabla II) la que incluye única y exclusivamente rasgos característicos del trastorno de conducta.

Para cada una de las escalas, se ha realizado un estudio exhaustivo que contempla cinco subapartados:

- Ficha técnica, que aporta el nombre del instrumento, el autor o autores y el año de realización;

**Tabla 1 Instrumentos de evaluación inespecíficos de la conducta**

Ficha técnica		Edad	Cualidades clínicas	Psicometría	Limitaciones
BPI	BEHAVIOR PROBLEM INDEX George, Kaplan y Main (1985)	4-11 a. 12-17 a.	Los padres responden a 28 ítems que hacen referencia al comportamiento de su hijo/a.	Fiabilidad $\alpha = 0.90$ (N=11.699) Punto de corte: 14 o más	
BSQ	BEHAVIORAL SCREENING QUESTIONNAIRE Richman y Graham (1971)	3-5 a.	Permite detectar a través de sus 60 ítems problemas de conducta, emocionales, así como una visión del desarrollo del niño.	Fiabilidad test-retest : $r = 0,77, 0,94$ (vídeo) Validez $r = 0,69, 0,57, 0,58$ Punto de corte: actualmente 10.	Difícil y larga administración. Breve rango de edad.
CBCL / 2-3	CHILD BEHAVIOR CHECKLIST Achenbach, Edclbrock y Howell (1987)	2-3 a.	Muy útil para obtener información previa durante la 1ª entrevista. Sus 100 ítems describen de forma estandarizada la conducta del niño.	Fiabilidad test-retest : 0,79 (población Holandesa) 0,47 (grado acuerdo padres) Validez $r = 0,99$ (pobl.española, N=169) Punto de corte: 11,1% (pobl.canadiense, N=756)	
CBCL / 4-16	CHILD BEHAVIOR CHECKLIST Achenbach (1979)	4-16 a.	Sus 113 ítems ayudan a diagnosticar y a elaborar programas de intervención que los padres realizan de la conducta del niño.	Fiabilidad $r = 0,66$ (total del cuestionario) Validez $r = 0,71, 0,92$ Punto de corte 46,32 (niñas) - 43,29 (niños) (población española, N=125)	Algunas formas severas de depresión infantil podrán pasar inadvertidas.
CCP	CUESTIONARIO COMPORTAMENTAL PARA PREESCOLARES Miranda y Santamaría (1986)	4-6 a.	Evalúa los trastornos de conducta con población española de preescolares.		
CDI	THE CHILD DEVELOPMENT INVENTORY Ireton (1992)	15 m.- 5 a.	Evalúa el desarrollo psicomotriz, la autonomía, el lenguaje, etc. y la presencia de problemas de comportamiento.	Fiabilidad $\alpha = 0,70, 0,80$ y $0,90$ Validez $r = ,84$ (Minnesota, N=568) Punto de corte: 30%	No es adecuada para padres con un bajo nivel sociocultural. El punto de corte es específico del desarrollo.
CPRS-R	REVISED CONNERS PARENT RATING SCALE Goyette, Connors y Ulrich (1978)	3-17 a.	Discrimina niños con trastorno de conducta, ansiedad y alteraciones psicósomáticas.	Fiabilidad buena consistencia interna $r = 0,90, 0,93$ (subesc. I y II) $r = 0,76$ (subescalas III y IV)	
CTRS	ORIGINAL CONNERS TEACHER RATING SCALE Connors (1969)	4-12 a.	Instrumento de <i>screening</i> clínico para trastornos emocionales y comportamentales.	Fiabilidad Test-retest : $r = 0,70, 0,90$ (1 mes)	
KSCS	KOHN SOCIAL COMPETENCE SCALE Kohn y Rosman (1972)	3-5 a.	Padres y profesores responden a 90 ítems relacionados con la conducta y la sociabilidad del niño.	Fiabilidad <i>Spearman-Brown corrected</i> : 0,77 - 0,80 (N.York, N=407), Validez Correlación factores I y II: 0,33	
KSCL	KOHN SIMPTOM CHECKLIST Kohn y Rosman (1972)	3-5 a.	Con sus 58 ítems identifica alteraciones conductuales más severas que la KSCS.	Fiabilidad <i>Spearman-Brown corrected</i> : 0,77 - 0,80 (N.York, N=407), Validez correlación factores I y II: 0,18	

	<i>Ficha técnica</i>	<i>Edad</i>	<i>Cualidades clínicas</i>	<i>Psicometría</i>	<i>Limitaciones</i>
L.BCL	LOUISVILLE BEHAVIOR CHECKLIST Miller (1984)	4-6 a. 7-12 a. 13-17 a.	Los 164 ítems analizan entre otros, los miedos y el comportamiento antisocial.	Fiabilidad Consistencia interna: 0.33-0.97 test-retest: 0.60-0.92 acuerdo entre padres: 0.06-0.57	
PBCL	PRESCHOOL BEHAVIOUR CHECKLIST McGuire y Richman (1986)	2-5 a.	Detección de conductas problemáticas que el profesor puede observar en el aula.	Fiabilidad entre evaluadores: 83% (presencia-absencia probl.) 38% (grado de severidad) Punto de corte: 12 o más	No detecta en general sintomatología aislada.
PBCP	PRESCHOOL BEHAVIORAL CLASSIFICATION PROJECT Baker y Dreger (1973)	4-6 a.	Evalúa los problemas de comportamiento.	Fiabilidad consistencia interna: 0.70-0.92 Validez acuerdo entre padres y madres: $r = 0.44$	
PBQ	PRESCHOOL BEHAVIOR QUESTIONNAIRE Behar y Springfield (1974)	3-7 a.	Sus 36 ítems están indicados para diagnosticar problemas emocionales y de conducta.	Fiabilidad Test-retest 0.60-0.94 (3 meses) 0.67-0.84 (entre maestros) Validez 0.734 (regresión múltiple)	
PDR	PARENT DAILY REPORT SYSTEM Chamberlain y Reid (1987)	3-12 a.	Útil ya que permite recoger día a día datos sobre la conducta antisocial.	Fiabilidad Test-retest: 0.60 (punto. diarias en casa) 0.89 (entre padres) Validez $r = 0.69$	Existe un escaso acuerdo entre padres. La evaluación hace más referencia a un procedimiento que a una escala.
PIC	PRESCHOOL INVENTORY FOR CHILDREN Wirt, Lachar, Klinedisnt y Seat (1977, 1984)	3-5 a. 6-16 a.	A través de la respuesta de 600 ítems identifica trastornos psicopatológicos infantiles.	Fiabilidad Test-retest (15 días): 0.86 Validez Acuerdo entre padres: 0.57-0.69	
PRESS	THE PRESCHOOL SYMPTOM SELF-REPORT Martini (1989)	3-5 a.	Instrumento pictórico que permite detectar trastornos emocionales (depresión) en preescolares.	Fiabilidad $\alpha = 0.89$ Validez $r = 0.83 - 0.84$	
PSBQ	PRESCHOOL SOCIAL BEHAVIOR QUESTIONNAIRE Tremblai, Vitaro, Gagnón, Piché y Roierprosocial (1992)	3-6 a.	29 ítems divididos en 3 subescalas: agresividad, ansiedad y conducta	Fiabilidad y Validez Establecida con niños preescolares y de 1 <sup>o</sup> y 2 <sup>o</sup> de primaria	
PSC	PEDIATRIC SYMPTOM CHECKLIST Jellinek, Murphy, Robinson, Feins y col. (1988)	4-16 a.	Con sus 35 ítems identifica problemática emocional y comportamental, así como alteraciones psicosociales.	Fiabilidad $\alpha = 0.78$ (N=101) Validez 90% (muestra de preescolares) 88% (muestra de escolares) 0.66 (entre preescolares y escolares) Punto de corte 28 (edad escolar) 24 (niños de 4 y 5 años)	
PSP	PRESCHOOL SOCIOAFFECTIVE La Frenière, Dumas, Dubeau y Capuano (1992)	2-6 a.	80 ítems que valoran a partir de tres subescalas: la competencia social, las alteraciones emocionales y comportamentales. 0.86, 0.85, 0.83.	Fiabilidad <i>Spearman-Brown corrected</i> : $\alpha = 0.92, 0.90, 0.85$ Test-retest (2 semanas) $r = 0.86, 0.82, 0.78$ Validez Correlación entre factores $r = 0.02, -0.37, -0.38$	

Ficha técnica	Edad	Cualidades clínicas	Psicometría	Limitaciones
RBPC REVISED BEHAVIOR PROBLEM CHECKLIST Quay y Peterson (1983)	5-17 a.	Útil para identificar las alteraciones de conducta en niños y adolescentes.	Fiabilidad $\alpha = 0.70-0.95$ Validez Correlación significativa entre la BPC y la RBPC Punto de corte: T = 60.	El acuerdo entre evaluadores independientes da resultados discordantes. No discrimina niños deprimidos.
RPQ RUTTER PARENT QUESTIONNAIRE Rutter (1967)	5-17 a.	Evalúa las dificultades emocionales y comportamentales en la edad escolar.	Fiabilidad $\alpha = 0.82$ Validez entre padres-profesores: 0.34 Punto de corte 13 (pobl. no clínica) 17 (niños con dificultades de aprendizaje)	
SCBE SCHOOL BEHAVIOR CHECKLIST Miller (1972)	3-6 a. 7-13 a.	Los factores que evalúa son: agresión, ansiedad, dificultades de aprendizaje y sociabilidad.	Fiabilidad test-retest (6 semanas): 0.70-0.89 entre padres-profesores: 0.11-0.50	
SCBE-30 SOCIAL COMPETENCE AND BEHAVIOR EVALUATION SCALE La Frenière y Dumas (1992)	2,5-6,5 a.	Instrumento que permite analizar problemas emocionales y de competencia social en niños preescolares.	Fiabilidad 0.78-0.91 $\alpha = 0.80-0.92$ test-retest (2 semanas): 0.78-0.86 Validez Correlación de <i>Pearson</i> para la subescala de ansiedad de 0.67 y de 0.87 para la subescala de agresividad.	

- El rango de edad a quienes va destinado;
- Las cualidades clínicas, que incluyen la descripción o características de la prueba, número de ítems y su agrupación en factores o clústeres;
- Los datos psicométricos que engloban la fiabilidad, la validez y el punto de corte;
- Las limitaciones o inconvenientes más destacables de cada instrumento recogidas de los diferentes artículos revisados.

Los instrumentos seleccionados en esta investigación se rigen en función de dos condiciones: primera, que la prueba tenga un rango de edad comprendido en el período que se entiende propiamente por preescolar, es decir, de los tres a los seis años y, segunda, que permita diagnosticar alteraciones del comportamiento, especialmente, los trastornos de conducta.

Los instrumentos de evaluación permiten constatar la comorbilidad entre el trastorno de conducta y otras psicopatologías; de este modo niños con alteraciones comportamentales presentan a su vez sintomatología con trastornos emocionales o afectivos (miedos, humor deprimido, aislamiento social, quejas psico-somáticas...), es

decir, la revisión realizada con anterioridad constata la estrecha relación entre las alteraciones conductuales y el trastorno de ansiedad infantil.

También hay que resaltar la relación entre el trastorno de conducta y otros trastornos comportamentales, tales como el trastorno hiperactivo con déficit de atención y el trastorno oposicionista.

Es por este motivo que los instrumentos citados en la tabla I, sólo contemplan el trastorno de conducta en alguna de las subescalas de los cuestionarios o bien, sólo hacen referencia en determinados ítems, por lo que resulta complejo elaborar un diagnóstico a partir de éstas.

De los instrumentos enumerados en la tabla II, a continuación se procederá a analizar las características que los distinguen para un diagnóstico específico del trastorno de conducta en niños preescolares:

- *Daily Child Behavior Checklist* (DCBC, Furey y Forehand, 1983): La prueba tiene 65 ítems que detectan conductas agradables y desagradables de los niños realizadas en las últimas 24 horas. El cuestionario se pasa a los padres en forma de registro conductual, de manera que se le pide que describa el comportamiento diario de

256 **Tabla 2 Instrumentos de evaluación específicos de la conducta.**

<i>Ficha técnica</i>	<i>Edad</i>	<i>Cualidades clínicas</i>	<i>Psicometría</i>	<i>Limitaciones</i>
ASQ CONNERS ABBREVIATED SYMPTOM QUESTIONNAIRE Conners (1973)	3-17 a.	Sus 10 ítems sirven como primera aproximación al trastorno de conducta.	Fiabilidad acuerdo entre padres: 0.55-0.71 acuerdo entre padres y maestros: 0.49 Validez correlaciones significativas entre padres y niños hiperactivos: 0.38-0.48	El cuestionario no es recomendable para hacer un diagnóstico.
DCBC DAILY CHILD BEHAVIOR CHECKLIST Furey y Forehand (1983)	2.5-8 a.	Registro conductual de comportamientos con 65 ítems que permiten detectar conductas positivas y negativas en los niños.	Fiabilidad Test-retest: 99% de acuerdo Validez 90% de acuerdo	La escala no está indicada para niños con trastornos severos del desarrollo.
DPICS DYADIC PARENT-CHILD INTERACTION CODING SYSTEM Eyberg y Robinson (1981)	2-7 a.	Evalúa problemas de conducta familiar a partir de sus 23 ítems sobre diferentes conductas disruptivas durante periodos de observación de cinco minutos.	Fiabilidad Coeficiente de correlación para las 4 categorías = 0.93 Validez Grado de acuerdo medio de 0.83 Coeficiente de regresión de 0.94	
ECBI EYBERG CHILD BEHAVIOR INVENTORY Eyberg (1980)	2-17 a.	Evalúa el trastorno de conducta y la frecuencia de las conductas alteradas.	Fiabilidad test-retest (21 días): 0.86 (puntuación intensidad) 0.88 (puntuación problema) consistencia interna: 0.98 dos mitades: 0.90-0.94 puntuación entre padres: 0.59 Validez correlación entre ECBI y CBCL <i>internalizing</i> = 0.81; <i>externalizing</i> = 0.85	
MCBC MISSOURI CHILDREN'S BEHAVIOR CHECKLIST Sines (1986)	3-14 a.	77 ítems que describen el comportamiento del niño en seis subescalas.		
MCPS MISSOURI CHILDREN'S PICTURE SERIES Sines, Pauker y Sines (1963)	5-16 a.	Test que consiste en 238 cartas que el niño ha de repartir en dos pilones según si le parece o no divertido, contiene ocho subescalas.		
PSBQ PROSOCIAL BEHAVIOUR QUESTIONNAIRE Weir y Duveen (1981)	5-11 a.	Evalúa aspectos del comportamiento interpersonal y del desarrollo social.	Fiabilidad consistencia interna: $\alpha = 0.935$ test-retest (3 semanas): $r = 0.91$ Validez entre evaluadores (17 parejas de maestros): $r = 0.58$	Los comportamientos prosociales son difíciles de observar. Faltan datos psicométricos de la validez.
SESBI SUTTER-EYBERG STUDENT BEHAVIOR INVENTORY Funderburk y Eyberg (1989)	3-5 a.	Instrumento con 36 ítems que mide problemas de conducta en niños preescolares.	Fiabilidad entre evaluadores, partiendo de la DOF (Achenbach's <i>Direct Observation Form</i> ): punt. total problema: 0.95 punt. <i>externalizing</i> : 0.93 punt. <i>internalizing</i> : 0.74 punt. de las respuestas: 0.86 Validez correlación entre las puntuac. frecuencia y total de la SESBI y la subescala de la conducta disruptiva de la DOF: 0.81 y 0.76	Sólo mide satisfactoriamente tres de las cuatro dimensiones de las conductas alteradas.



su hijo. Entorno a los aspectos psicométricos se ha de comentar que la fiabilidad se ha calculado mediante un test-retest de conductas positivas y negativas para 10 niños y 10 madres, indicando que existe un 99% de acuerdo. Respecto a la validez se ha obtenido un 90% de acuerdo entre los comportamientos agradables y los desagradables. En general, destacar que utiliza una terminología específica y objetiva, pero el instrumento no es válido para niños con trastornos severos del desarrollo, por ejemplo: retraso, autismo... (Furey y Forehand, 1983).

- *Eyberg Child Behavior Inventory* (ECBI, Eyberg, 1980): Ampliamente utilizada como instrumento de screening de los trastornos de conducta, está subdividida en tres subescalas, según el DSM-III-R: primera, trastorno de conducta; segunda, hiperactividad y trastorno por déficit de atención y por último, trastorno de conducta oposicionista y desafiante. Los padres puntúan los comportamientos de sus hijos y se obtiene una puntuación total de intensidad, además, de una puntuación total del problema. Las características psicométricas (se realizó un test-retest con un intervalo de 21 días, obteniendo un 0.86 para la puntuación de intensidad y un 0.88 para la puntuación problema, y una correlación entre la ECBI y la CBCL con unas puntuaciones de 0.81 -internalizing- y de 0.85 -externalizing-) confirman que la ECBI puede ser utilizada en investigación con niños con trastorno de conducta (Boggs, Eyberg y Reynolds, 1990).

- *Prosocial Behaviour Questionnaire* (PSBQ, Weir y Duveen, 1981): Permite evaluar aspectos positivos del comportamiento social de los niños en el ámbito escolar. El instrumento se aplica a los profesores pero requiere de un entrenamiento previo para su utilización; éstos han de responder a veinte cuestiones relativas a la relación que establece el niño con sus compañeros, contestando, a un intervalo de tres respuestas (siempre, algunas veces, nunca), sobre la frecuencia de aparición de la conducta problema. En cuanto a sus propiedades psicométricas, hace falta señalar que realizado un test-retest, con un intervalo de tres semanas, la fiabilidad obtenida es de 0.91 mientras que la validez entre profesores evaluadores

es sólo de 0.58. Uno de los inconvenientes de la escala es que los maestros han de tener en cuenta los posibles efectos halo durante su utilización, es decir, sexo de los niños, habilidad lectora, agresividad y conductas desviadas (Weir y Duveen, 1981).

- *Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory* (SESBI, Funderburk y Eyberg, 1989): Instrumento de evaluación de conductas disruptivas manifestadas especialmente en el colegio en niños en edad preescolar. Contiene un listado de treinta y seis conductas problema para que los profesores respondan entorno al comportamiento del preescolar de tres a cinco años. Cada comportamiento se puntúa en función de dos dimensiones: la frecuencia y la identificación del problema como tal. Tiene unas buenas propiedades psicométricas con una fiabilidad de 0.95 en la puntuación total problema entre evaluadores y una validez de 0.81-0.86 en la correlación realizada con la DOF (Achenbach's Direct Observation Form, Achenbach, 1986) y, se puede considerar un instrumento prometedor para evaluar los trastornos de conducta en el período preescolar. El último trabajo realizado de este instrumento es la adaptación realizada por Marqués (1997) a la Universitat Autònoma de Barcelona.

## CONCLUSIONES

Uno de los objetivos claves de la salud mental infantil y juvenil es la prevención de los trastornos de conducta en la etapa preescolar. A menudo la evaluación de la conducta se ha basado en numerosos tipos alternativos de medidas, pero hace falta una revisión esmerada y exhaustiva de éstas para valorar la información que proporcionan y las dificultades que suscitan.

En general, los instrumentos que examinan los trastornos de conducta a partir de la información recogida de los adultos pretenden evaluar la presencia o ausencia de conductas tanto externas como internas. Los estudios constatan que los padres informan más fácilmente de los síntomas conductuales manifestados por sus hijos, mientras que los niños identifican mayoritariamente los síntomas subjetivos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. ACHENBACH, Th.M. (1979). The Child Behavior Checklist (CBCL/4-16). In: Achenbach, Th.M. & Edelbrock, C.S. The Child Behavior Profile: II. Boys aged 12-16 and girls aged 6-11 and 12-16. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47: 223-233.
2. ACHENBACH, Th.M. (1986). The Direct Observation Form of the Child Behavior Checklist (revised). Burlington: University of Vermont.
3. ACHENBACH, Th.M. (1992). Manual for the Child Behavior Checklist /2-3 and 1992 Profile. Burlington, VT: University of Vermont. Department of Psychiatry.
4. ACHENBACH, Th.M. & EDELBROCK, C.S. (1983). Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile. Department of Psychiatry, University of Vermont.
5. ACHENBACH, Th.M.; EDELBROCK, C. & HOWELL, C.T. (1987). Empirically based assessment of the behavioral / emotional problems of 2- and 3-year old children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15: 629-650.
6. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (3rd Ed. -revised). Washington, DC: Author.
7. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Washington, DC: Author.
8. BAKER, R.P. & DREGER, R.M. (1973). The Preschool Behavioral Classification Project: An initial report. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1: 88-120.
9. BECK, S. (1987). Questionnaires and Checklist (pp.79-106). In: Bellack, A. & Hersen, M. (eds.). *Handbook of Assessment in Childhood Psychopathology*. New York and London: Plenum Press.
10. BEHAR, L.B. (1977). The Preschool Behavior Questionnaire. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 5 (3): 265-275.
11. BEHAR, L.B. & STRINGFIELD, S. (1974). A Behavior Rating Scale for the Preschool Child. *Developmental Psychology*, 10 (5): 601-610.
12. BOGGS, S.R.; EYBERG, S & REYNOLDS, L.A. (1990). Concurrent Validity of the Eyberg Child Behavior Inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19 (1): 75-78.
13. CAMPBELL, S. (1995). Behavior Problems in Preschool Child. A Review of Recent Research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36: 113-149.
14. CONNERS, C.K. (1969). A teacher Rating Scale for use in drug studies with children. *American Journal of Psychiatry*, 126: 884-888.
15. CONNERS, C.K. (1973). Rating for use in drug studies with children. *Psychopharmacology Bulletin*: 24-84.
16. CHAMBERLAIN, P. & REID, J.B. (1987) Parent Observation and Report of Child Symptoms. *Behavioral Assessment*, 9: 97-109.
17. EYBERG, S.M. (1980). Eyberg Child Behavior Inventory, In: E.A.ROBINSON, S.M.EYBERG & A.W.ROSS: The Standardization of an inventory of Child Conduct Behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 9: 22-28.
18. FUNDERBURK, B.W. & EYBERG, S.M. (1989). Psychometric Characteristics of the Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory: A School Behavior Rating Scale for Use with Preschool Children. *Behavioral Assessment*, 11: 297-313.
19. FUREY, W. & FOREHAND, R. (1983). The Daily Child Behavior Checklist. *Journal of Behavioral Assessment* 5(2): 83-95.
20. GONZÁLEZ, A. y SÁNCHEZ, A. (1994). La conducta agresiva y oposiciónista. In: Jiménez, L., Sánchez, A. y González, A. (eds), *Trastornos de la conducta infanto-juvenil: aportaciones recientes al tema*. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca.
21. EYBERG, S.M. (1980). Eyberg Child Behavior Inventory, In: E.A.ROBINSON, S.M.EYBERG & A.W.ROSS: The Standardization of an inventory of Child Conduct Behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 9: 22-28.
22. GOYETTE, C.H.; CONNERS, C.K. & ULRICH, R.F. (1978). Normative Data on Revised Conners Parent and Teacher Rating Scales. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6(2): 221-236.
23. IRETON, H. (1992). *Child Development Inventory Manual*. Minneapolis, MN: Behavior Science Systems.
24. JELLINEK, M.S.; MURPHY, J.M.; ROBINSON, J.; FEINS, A. et al. (1988). The Pediatric Symptom Checklist: Screening school aged children for Psychosocial Disfunction. *Journal of Pediatrics*, 112: 201-209.
25. KAZDIN, A.E. & BUELA-CASAL, G. (1994). *Conducta Antisocial. Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia*. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A. Colección: Ojos solares.
26. KOHN, M. & ROSMAN, B.L. (1972). A Social Competence Scale and Symptom Checklist for the preschool child: Factor dimensions, their cross-instrument generality, and longitudinal persistence. *Developmental Psychology*, 6: 430-444.
27. KOHN, M. & ROSMAN, B.L. (1972). Relationship of preschool social-emotional functioning to later intellectual achievement. *Developmental Psychology*, 6: 445-452.
28. LA FRENIERE, P.J. & DUMAS, J.E. (1992). A transectional analysis of early childhood anxiety and social withdrawal. *Development and Psychopathology*, 4: 385-401.
29. LA FRENIERE, P.J.; DUMAS, J.E.; DUBEAU, D. & CAPUANO, F. (1992). The development and validation of the preschool socio-affective profile. *Psychological Assessment* 4(4): 442-450.
30. MARQUÉS, M.J. (1997). Adaptación del instrumento de medida: Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory (SESBI). *Universitat Autònoma de Barcelona*. Treball no publicat.
31. MARTINI, D.R.; STRAYHORN, J.M. & PUIG-ANTICH, J. (1989). A Symptom Self-Report Measure for Preschool Children. *Journal of the*

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 29(4): 594-600.
32. MCGUIRE, J. & RICHMAN, N. (1986). Screening for Behaviour problems in nurseries: The Reliability and Validity of the Preschool Behaviour Checklist. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27(1): 7-32.
33. MILLER, L.C. (1972). School Behavior Check-list: An Inventory of deviant behavior for elementary school children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38: 134-144.
34. MIRANDA, A. y SANTAMARIA, M. (1986). Hiperactividad y dificultades de aprendizaje. Análisis y técnicas de recuperación. Valencia: Promolibro.
35. QUAY, H.C. & PETERSON, D. (1983). Manual for the Revised Behavior Problem Checklist. Coral Gables Fla.: Author.
36. RICHMAN, N. & GRAHAM, P.J. (1971). A Behavioural Screening Questionnaire for use with three-year-old children. Preliminary findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 12: 5-33.
37. ROBINS, L.N. (1991). Conduct Disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32(1): 193-212.
38. ROBINSON, E.A. & EYBERG, S.M. (1981). The Dyadic Parent-Child Interaction Coding System: Standardization and Validation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(2): 245-250.
39. ROBINSON, E.A.; EYBERG, S.M. & ROSS, A.W. (1980). The Standardization of an inventory of Child Conduct Behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 9: 22-28.
40. ROUTH, D. & DAUGHERTY, T. (1992). Conduct Disorder (pp.107-135). In: Hooper, S.R., Hynd, G. & Mattison, R.E. (eds.). *Child Psychopathology: Diagnostic Criteria and Clinical Assessment*, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
41. RUTTER, M. (1967). A Children's behaviour questionnaire for completion by teachers: preliminary findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 8: 1-11.
42. SÁNCHEZ, A.; JIMÉNEZ, L. y IZQUIERDO, C. (1994). Conducta disocial / antisocial. In: Jiménez, L., Sánchez, A. y González, A. (eds). *Trastornos de la conducta infanto-juvenil: aportaciones recientes al tema*. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca.
43. SÁNCHEZ, A. y GONZÁLEZ, A. (1994). Evaluación general de los trastornos de conducta en la infancia y en la adolescencia (pp.285-323). In: Jiménez, L., Sánchez, A. y González, A. (eds). *Trastornos de la conducta infanto-juvenil: aportaciones recientes al tema*. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca.
44. SHORT, R.J. (1991): Interpreting scale scores differences on the Revised Behavior Problem Checklist. *Educational and Psychological Measurement*, 51: 385-392.
45. SILVA, F. y GODOY, A. (1992). El proceso de evaluación psicológica. Valencia: PPB.
46. SILVA, F. y MORO, M. (1994). Evaluación conductual en niños y adolescentes (pp.715-742). In: FERNÁNDEZ, R. (eds). *Evaluación conductual hoy: Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Ed. Pirámide.
47. SINES, J.O. (1986). Normative Data for the Revised Missouri Children's Behaviour Checklist-Parent Form (MCBC-P). *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14(1): 89-94.
48. SINES, J.O.; PAUKER, J.D. & SINES, L.K. (1963). Missouri Children's Picture Series, Manual. Iowa City: Psychological Assessment and Services.
49. STRAUSS, C.C.; FOREHAND, R.; FRAME, C. & SMITH, K. (1984). Characteristics of children with extreme scores on the Children's Depression Inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 13: 227-231.
50. TEEGARDEN, L.S. & BURNS, G.L. (1993). Construct Validity of the Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory: Relation Between Teacher Perception of Disruptive Behavior and Direct Observation of Problem Classroom Behavior over a Seven Month Interval. *Child and Family Behavior Therapy*, 15(4): 43-58.
51. TOULIATOS, J. & LINDHOLM, B.W. (1981). Congruence of parent's and teacher's ratings of children's behavior problems. *Journal of Abnormal Child Psychology* 4: 17-30.
52. TREMBLAY, R.E.; VITARO, F.; GAGNON, C.; PICHÉ, C. & ROYER, N. (1992). A prosocial scale for the Preschool Behavior Questionnaire: Concurrent and predictive correlates. *International Journal of Behavioral Development*, 15: 227-245.
53. TRITES, R.L.; BLOUIN, A.G.A. & LAPRADE, K. (1982). Factor Analysis of the Conners Teacher Rating Scales Based on a Large Normative Sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(5): 615-623.
54. WEBSTER-STRATTON, C. (1984). Randomized trial of two parent training programs for families with conduct-disordered children. *J. of Clinical Child Psychology* 11: 123-129.
55. WEIR, K. & DUVEEN, G. (1981). Further development and validation of the Prosocial Behaviour Questionnaire for use by teachers. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 22(4): 357-374.
56. WEISSMAN, M.M.; ORVASCHEL, H. & PADIAN, N. (1980). Children's symptom and social functioning self-report scales. Comparison of mother's and children's reports. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 168: 736-740.
57. WIENER, J.M. (1997). Oppositional Defiant Disorder (pp.459-463). In: Wiener, J.M. (eds). *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. USA: American Psychiatric Press, Second Edition.
58. WEIR, K. y DUVEEN, G. (1981). Further development and validation of the Prosocial Behaviour Questionnaire for use by teachers. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 22(4): 357-374.
59. WIRT, R.D.; LACHAR, D.; KLINEDINST, J.J. & SEAT, Ph.D. (1984). Multi-dimensional description of Child Personality. A manual for the Personality Inventory for Children. Western Psychological Services, 1977.
60. WITT, C.; CAVELL, T.; HEFFER, R.W.; CAREY, M. & et al., (1988). Child Self-Report: Interviewing Techniques and Rating Scales. In: Shapiro, E.S. & Kratochwill, T.R. (eds), *Behavioral Assessment in Schools*. New York- London: The Guilford Press.
61. WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1992). *The ICD-10. Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.
62. ZENTALL, S. (1986). Assessment of Emotionally Disturbed Preschoolers. *Diagnostic*, 11: 154-179.