

**ADAPTACIÓN DEL CUESTIONARIO
SOBRE EL COMPORTAMIENTO EN NIÑOS
DE 1½ A 5 AÑOS DE ACHENBACH
PARA NIÑOS DE 4 A 5 AÑOS**

**Adaptation of Achenbach's Child Behavior
Checklist 1½-5 years old for 4-5 years old children**

**Laura Oliva Zárate¹, Claudio Castro López²
y Guadalupe García Flores²
Universidad Veracruzana**

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo realizar la adaptación del Cuestionario del Comportamiento para Niños de 1½ y 5 en niños de entre 4 y 5 años de edad, usando para ello una muestra de 535 niños asistentes a veinte jardines infantiles de diversos estratos socioeconómicos. 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.

Indicadores: Cuestionario del Comportamiento para Niños de 1½-5 Años; Niños preescolares; Adaptación de pruebas psicológicas.

ABSTRACT

This study was aim to adapt the Child Behavior Checklist for 1½-5 Years Old for 4-5 years old children. A sample of 535 pupils of twenty kindergarten children of three socio-economic levels was used. The instrument items were tested in form and content. The results show that an adapted version, as a

¹ Instituto de Psicología y Educación, Agustín Melgar y Juan Escutia, Col. Revolución, 91100 Xalapa, Ver., México, tel. (228)815-86-19, correo electrónico: loliva@uv.mx. Artículo recibido el 17 de enero y aceptado el 23 de agosto de 2008.

² Facultad de Estadística e Informática, Av. Xalapa y Ernesto Ortiz Medina, Fracc. Veraruz, 91020 Xalapa, Ver., México, correo electrónico: ccastro@uv.mx.

result of the validity in content, is more suitable to evaluate children at these ages. The authors suggest the possibility to use this adaptation in other populations culturally similar to this one.

Key words: Child Behavior Checklist for 1½-5 Years Old; Preschool children; Adaptation of psychological tests.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con Casullo (1998), la comprensión del comportamiento humano se puede lograr a través del empleo de pruebas o técnicas de evaluación psicológica que desde los últimos años del siglo XIX y hasta la fecha han tenido una acogida favorable por parte de los profesionales de la salud. Dentro de esta perspectiva, la utilización de pruebas psicológicas, específicamente para la primera infancia, se vuelve pertinente ya que, en tanto individuos en desarrollo, es difícil diferenciar los comportamientos que pueden ser considerados como “normales” para esa edad y los calificados como “patológicos”. Además de la importancia que adquiere el poder detectar a temprana edad trastornos psicológicos, diversos estudios (cfr. Pedreira y Sardinero, 1996) reportan una prevalencia de 30.2% de trastornos mentales en la etapa infantil, lo que demuestra que los problemas emocionales y comportamentales de los niños son un importante ámbito de acción del psicólogo para resolver o aliviar dichos problemas.

Respecto de los instrumentos que se han venido utilizando para la identificación de alteraciones en niños pequeños, dada la dificultad de la medición a esta edad, una forma de detectar sus problemas conductuales es el empleo de procedimientos de valoración estandarizados y la comparación de estos resultados con la muestra de pares de la misma edad y sexo. Este es el sistema que se ha utilizado en numerosos estudios epidemiológicos sobre la psicopatología de la infancia temprana (San Román, Pedreira, López, Bonete y Castelló, 2004).

Entre los instrumentos más utilizados para identificar problemas psicológicos en niños, se hallan el CAT-H (Bellak y Bellak, 1976) y el CAT-A (Bellak y Bellak, 1993), que estudian la personalidad desde los 4 años de edad; el Test Guestáltico Visomotor de Lauretta Bender (Bender, 1987), que valora las habilidades visomotoras y cuyo método de interpretación permite detectar problemas de índole afectiva en niños

de 6 a 10 años, y el TAT-E (Nathan y Mauco, 1987), que interpreta las alteraciones de la conducta en los escolares. Los instrumentos anteriores son de índole formal y requieren ser contestados por el mismo niño. Hay otro tipo de instrumentos, como listas e inventarios en los que quienes contestan la información respecto al niño son los padres de familia o los maestros, dentro de los cuales están, por ejemplo, el Teachers Report Form y el Cuestionario de Reporte para Niños (RQC).

En la literatura internacional hay evidencia de altos porcentajes de niños con problemas de conducta. En la India se encontró que 45.6% presentaba problemas de conducta; en Uruguay, alrededor de 53%, y en Chile, 15% (Ivanova, Achenbach, Dumenci y cols., 2007). También se han observado incrementos en los problemas de conducta de la población infantil en Estados Unidos; Rescorla (2007) informó de un aumento significativo entre 1979 a 1996 de todos los problemas psicosociales de los niños de entre 4 y 15 años de edad (6.80-18.70%), de los problemas de atención (1.40-9.20%), emocionales (0.20-3.60%) y del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños que recibían medicamentos (32-78%).

Es común encontrar en investigaciones hechas en México el uso indistinto de los términos “problemas” o “trastornos” de conducta, aunque es importante subrayar que no son equivalentes. Los problemas de conducta pueden estudiarse básicamente desde dos perspectivas: la formal y la empírica. La perspectiva formal involucra al sistema dominante de Estados Unidos, representado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV), el cual aborda los trastornos de conducta desde el punto de vista del diagnóstico psiquiátrico y agrupa una serie de criterios diagnósticos que conforman los diferentes trastornos. El sistema de evaluación ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment), creado por Achenbach (1991), identifica problemas de conducta desde una perspectiva informal y global mediante un conjunto integrado de formatos, tales como el Child Behavior Checklist (CBCL), el Youth Self Report y el Teacher’s Report Form, para evaluar la competencia, el funcionamiento adaptativo y los problemas. Lo anterior pone de relieve la importancia de identificar cuanto antes los problemas de conducta en la infancia que eventualmente conduzcan a otras patologías (Caraveo, Colmenares y Martínez, 2002), para evitar trastornos o problemas mayores en la adolescencia o edad adulta, lo cual deriva en la necesidad de contar con instrumentos de evaluación adecuados a nuestro medio y cultura.

En el caso de México, los instrumentos de medición psicológica regularmente son extranjeros, por lo que hay la necesidad de realizar estandarizaciones que garanticen la fiabilidad de los resultados obtenidos con esos instrumentos. Especial atención merece la adaptación de pruebas psicológicas para la población preescolar, ya que hay un gran déficit en este terreno. Por tal motivo, el propósito del presente trabajo fue adaptar el Child Behavior Checklist (CBCL) (Cuestionario del Comportamiento en Niños de 1½-5 Años) de Achenbach y Rescorla (2002) a niños mexicanos de 4 y 5 años de edad que asisten al nivel preescolar.

De esta manera, se pretende ofrecer un cuestionario para poder evaluar la conducta de esos infantes en nuestro medio, teniendo en cuenta que los tests psicológicos para niños utilizados en nuestro país regularmente se configuran con pruebas de inteligencia, funciones básicas y de personalidad, tal y como sucede en otros países latinoamericanos (Livia y Ortiz, 2001).

Como ya se mencionó, el sistema ASEBA provee instrumentos muy utilizados para estudiar y detectar los diferentes problemas de conducta. La validez de constructo de las escalas ha sido apoyada de muchas maneras: con escalas análogas de otros instrumentos (Achenbach y Rescorla, 2002), criterios del DSM, estudios transculturales de los síndromes de ASEBA, resultados genéticos y bioquímicos, información cruzada entre los informantes y predicciones de estudios longitudinales (Achenbach, Dumenci y Rescorla, 2003).

Cabe destacar que el CBCL fue creado para aplicarse a padres o tutores de niños de 1½-5 años de edad; sin embargo, con base en la robustez del sistema ASEBA, se pretendió adaptarlo a niños de la ciudad de Xalapa (México) de 4 y 5 años, con el fin de tener un instrumento confiable para detectar oportunamente los problemas de conducta. De esta manera, la hipótesis a probar fue si los ítems del CBCL se pueden conservar en un instrumento aplicable a una muestra de niños mexicanos.

La lista de cotejo del comportamiento identifica siete síndromes, considerados como sumarios descriptivos de los cien ítems que componen el síndrome, en lugar de ser etiquetas diagnósticas. Los síndromes se agrupan del modo siguiente:

Internalización, que se define operacionalmente como la suma de los ítems de problemas en las escalas Emocionalmente reactivo, Introversión, Somatización y Ansioso/depresivo.

Externalización, que es definida como la suma de la cuenta de los ítems de los problemas de las escalas Problemas de atención y Comportamiento agresivo. Solo una de las escalas (Problemas de sueño) no ha tenido consistentemente altas cantidades en los factores de internalización ni externalización, por lo que no se adjudicó a ninguno de ellos.

Con base en una categorización con tres opciones (0, 1, 2) para cada ítem que describe al niño y que haya ocurrido dentro de los últimos seis meses, los padres responden 2 si el ítem es muy cierto u ocurre muy a menudo en su hijo; 1 si aparece en cierta manera o algunas veces, y 0 si lo establecido en el ítem no es cierto. El récord total de la escala se computa sumando los 1 y 2 de las categorías que fueron registradas como descriptivas del comportamiento del niño, ubicándose el puntaje obtenido en cualquiera de los siguientes rangos: normal, limítrofe y clínico.

Este instrumento se puede traducir fácilmente para su uso en culturas diversas, habiendo traducciones en setenta idiomas y millares de informes publicados sobre el uso de estos instrumentos en numerosas culturas, además de muchas publicaciones que divulgan el uso de estos formatos al considerárseles "libres de influencia cultural" (Achen-bach, 1991).

Por lo anterior, se consideró como un objetivo la adaptación del cuestionario al comportamiento de niños de 4-5 años en una muestra de la ciudad de Xalapa (México), lo que permitirá realizar estudios epidemiológicos en salud mental infantil de tal forma que se establezcan estrategias para prevenir las alteraciones conductuales de los infantes.

MÉTODO

Muestra

La población de estudio fueron niños de 4 y 5 años de edad que acudían a escuelas de educación preescolar en los turnos matutino y vespertino en la ciudad de Xalapa (México). La muestra fue seleccionada aleatoriamente de las 166 escuelas de nivel preescolar que hay, obteniéndose una muestra representativa de veinte escuelas. Se tomaron dos grupos por cada escuela, es decir, un primero y un segundo grados, los que representaban cada edad de interés, siendo el resultado 535 niños (267 niños y 278 niñas). La muestra mostró una gran dis-

paridad en cuanto al nivel socioeconómico; hubo un pequeño grupo con un nivel socioeconómico medio-alto, pero el grupo más numeroso tenía un nivel bajo.

Tabla 1. Características generales de la muestra.

Sexo		Edad		Estrato		
F	M	4 años	5 años	Alto	Medio	Bajo
52%	48%	39%	61%	21.3%	33.8%	44.9%

Procedimiento

Una vez elegida la muestra, se aplicó el CBCL a los padres de los niños, previa invitación a su participación, contándose con su consentimiento verbal. La aplicación se hizo en una junta convocada por la dirección de cada plantel. En el caso de los padres que no asistieron, los cuestionarios se les hicieron llegar por medio de las maestras de grupo o se les dio de manera personal.

RESULTADOS

Si bien el interés particular del estudio fue la adaptación del instrumento, no podrían dejarse de lado los resultados obtenidos al hacerse su aplicación ya que son de gran interés, por lo que se muestran a continuación. Así, respecto del nivel obtenido en los rangos que ubican a los niños en cada síndrome, se obtuvieron los resultados que se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2. Rangos de ubicación para los síndromes internos.

Rango	Síndromes internos							
	I	%	II	%	III	%	IV	%
	ER		AD		S		In.	
C	10	1.86	46	8.59	49	9.15	80	14.95
L	71	13.27	64	11.96	70	13.08	42	7.85
N	454	84.85	425	79.43	416	77.75	413	77.19
Total	535		535		535		535	

ER = Emocionalmente reactivo; **AD** = Ansioso-depresivo; **S** = Somatización; **In.** = Introversión.

En la escala interna, entre 84.8 y 77.19% de los niños se ubicaron dentro del rango normal (N) en cada uno de los síndromes, mientras que en los rangos limítrofe (L) y clínico (C) se localizó entre 1.86 y 14.95% de los sujetos, notándose que el porcentaje más alto (14.95%) del rango clínico corresponde al síndrome IV (Introversión).

Como se puede apreciar en la Tabla 3 en lo que respecta al síndrome V (Problemas del sueño), sólo 5.22% aparece en los rangos clínico y limítrofe.

Tabla 3. Rangos de ubicación para el síndrome V: Problemas del sueño.

Rango	Síndrome V	
	Problemas del sueño	%
C	17	3.17
L	11	2.05
N	507	94.76
Total	535	

En la Tabla 4 se observa que los síndromes externos VI (Problemas de atención) y VII (Conducta agresiva) se manifiestan entre 2.05% y 7.1% de la muestra.

Tabla 4. Rangos de ubicación para los síndromes externos.

Rango	Síndromes externos			
	VI PA	%	VII CA	%
C	11	2.06	19	3.55
L	27	5.05	38	7.11
N	497	92.89	478	89.34
TOTAL	535		535	

PA = Problemas de atención; CA = Comportamiento agresivo.

De manera general, los síndromes más frecuentes en los niveles limítrofe y clínico fueron, a saber: II (Ansioso/depresivo), III (Somatización) y IV (Introversión), los cuales pertenecen a la escala interna, conductas estas que no necesariamente se expresan abiertamente y que a veces pasan desapercibidas como focos de atención; sin embargo, es importante señalar que las cifras aquí presentadas ofrecen indicios de que ciertos niños manifiestan problemas a pesar de que se hallen en algunos casos en el nivel limítrofe, de quienes se sabe por experiencia

que si no son atendidos oportunamente pueden alcanzar el nivel clínico. Por otra parte, el síndrome que menos se manifestó en esta población fue el correspondiente a los problemas del sueño.

Para llevar a cabo la adaptación del CBCL en la población urbana de la mencionada ciudad, se procedió de la siguiente forma:

Dentro de los métodos comunes para obtener estimadores del coeficiente de confiabilidad, se busca en la clasificación *Métodos basados en una sola aplicación* hasta qué punto las respuestas de los entrevistados son suficientemente coherentes y relacionadas para concluir que todos los ítems miden lo mismo y son aditivos para obtener una puntuación única que representa o mide un rasgo. El coeficiente mayormente empleado en los métodos de una sola aplicación es el alfa de Cronbach, que se utiliza ampliamente para evaluar la consistencia interna o fiabilidad de instrumentos compuestos de múltiples ítems. Un instrumento con múltiples ítems que miden un constructo fundamental o una variable implícita será internamente consistente si dichos ítems están fuertemente correlacionados. El coeficiente alfa de Cronbach mide esta consistencia interna (Morales, Urosa y Blanco, 2003).

La relación que existe entre la variable implícita y la actual respuesta a los ítems es conocida como medición del modelo. La medición clásica del modelo asumido son las medidas para los errores de cada ítem aleatorio; no se correlacionan entre sí ni con el puntaje correcto o la variable implícita. Una suposición es que la variable implícita afecta igualmente a todos los ítems y que hay iguales mediciones de errores en cada ítem. El coeficiente alfa es así definido como la proporción de atributos de varianza para el puntaje correcto de la variable implícita.

En el modelo se asume que los ítems no pueden ser medidos sin error y que, por lo tanto, su variación total puede ser partida en varianza verdadera –o varianza común– y variación del error.

Supóngase que un cuestionario está integrado por k ítems y que estos se administran a una muestra aleatoria de individuos. Para evaluar el clima de confianza se requiere que todos los ítems estén medidos en la misma dirección; entonces, las propiedades distribucionales de los ítems deberían ser evaluadas; específicamente, las medias y desviaciones estándar deberían ser aproximadamente iguales. Si el coeficiente alfa está en el rango aceptable, es aconsejable construir una escala de múltiples ítems; si no lo está, se deben examinar cuidadosamente los ítems de manera individual.

El rango teórico del coeficiente alfa es de 0 a 1, y Morales y cols. (2003) formulan las siguientes sugerencias para su interpretación: $<.60$, inaceptable; $.60-.70$, poco aceptable, $.70-.80$, respetable, y $.80-.90$, muy bueno. Si es $>.90$, debe considerarse una reducción del número de ítems en la escala.

Se obtuvo, así, el coeficiente alfa de Cronbach para el total de ítems que conforman los síndromes I al VII e ítems asociados a otros problemas del cuestionario. El coeficiente obtenido fue 0.9366, lo que constata la alta confiabilidad del instrumento e indica además que es posible reducir el número de ítems.

Se realizó una verificación por síndrome para obtener los ítems considerados redundantes. La Tabla 5 los muestra, aunque cabe mencionar que esta valoración se hace desde un punto de vista estrictamente estadístico (valoración con base en el índice alfa de Cronbach).

Tabla 5. Síndromes y número de ítems.

Síndrome	Ítem
I	46
II	10
III	19 y 24
IV	2
V	22
VI	95
VII	Ninguno
Otros problemas	65 - 75

El coeficiente alfa que se obtuvo eliminando los ítems que se consideran estadísticamente redundantes fue de 0.9201, lo que reitera que la escala sigue siendo altamente confiable.

Se realizó un análisis cualitativo de los contenidos de los ítems considerados redundantes, los que se muestran en la Tabla 6. En este análisis se decidió eliminar los ítems 46, 19, 24, 65 y 75, sobre la base de que los ítems mencionados aluden a comportamientos en los niños de la muestra que poco aportan al problema bajo estudio. El coeficiente alfa obtenido al eliminar los ítems mencionados fue 0.9363, lo que indica nuevamente la alta confiabilidad de la escala y lo adecuado que es para detectar problemas conductuales en niños de 4 y 5 años de la ciudad mencionada. De esta forma, con la eliminación de dichos ítems se logra una adaptación de la escala a la población bajo estudio.

Tabla 6. Ítems no valorados por los padres.

Ítem	Pregunta
46	El niño... ...realiza movimientos involuntarios o tiene tics.
10	...es muy dependiente o apegado a los adultos.
19	...tiene diarreas o heces líquidas.
24	...no come bien.
2	...actúa como si fuera menor a su edad.
22	...no quiere dormir solo.
95	...vaga sin dirección.
65	...se resiste a aprender a usar el inodoro.
75	...se unta o juega con excremento.

Dado ese análisis, los ítems que se muestran en la Tabla 7 pueden ser eliminados del instrumento.

Tabla 7. Ítems que se propone eliminar.

No.	Ítem	Síndrome
19	Tiene diarreas o heces líquidas (cuando no está enfermo).	Somatización
24	No come bien (describa):	Somatización
46	Movimientos involuntarios o tics (describa):	Reactivo emocionalmente
65	Se resiste a aprender a usar el inodoro (describa):	Otros problemas
75	Se unta o juega con el excremento.	Otros problemas

Por regla general, en aquellos ítems en los que había que describir (ítems 24, 46 y 65), los padres no lo hacían, además de que predominaba la elección 0 (“No es cierto”), siendo ésta una constante en los ítems mostrados. El ítem “No come bien” resulta ambiguo ya que entre los padres pueden observarse discrepancias respecto a este término; de hecho, no existe un consenso que determine lo que es “no comer bien”; mientras algunos se refieren a la cantidad, otros lo hacen respecto a la calidad o a los hábitos desarrollados en cada familia, por lo que es un parámetro difícil de evaluar con una sola pregunta. Esto se observó gracias a las anotaciones que algunos padres hicieron en el instrumento.

“Movimientos involuntarios o tics” fue una pregunta que ningún padre contestó con 1 (“En cierta manera”) o 2 (“Muy cierto”). Todos contestaron 0 (“No es cierto”), por lo que se considera que es una pregunta inviable en esta población.

Por otro lado, de los cinco ítems a eliminar, tres de ellos tienen que ver con cuestiones relativas a la excreción (19, 65 y 75), donde se

pueden valorar indicios de encopresis, que al menos en esta población no fue característica, razón por la que se excluye la aplicación de dichos ítems.

Otro punto a considerar fue la traducción que el autor otorga en español a los valores de 0, 1 y 2; de hecho, los padres de familia expresaban no sentirse a gusto con el significado o no entenderlo completamente, ya que no es una respuesta común en esta cultura designar las respuestas: “no es cierto”, “en cierta manera”, “algunas veces” o “muy cierto” o “a menudo”, por lo que se propone cambiar estos significados como sigue: 0 = no, 1 = a veces y 2 = sí.

Con lo anterior, se considera viable y atinada la adaptación del instrumento.

CONCLUSIONES

Una de las necesidades que surgen al aplicar un instrumento elaborado en otro idioma o validado en otras poblaciones es realizar su adaptación para la población bajo estudio, lo que en ocasiones resulta oneroso. El logro aquí mostrado con la adaptación del instrumento Cuestionario del Comportamiento en Niños de 1½-5 años para niños de 4-5 años muestra su factibilidad a muy bajo costo y con sólo tres meses de aplicación, lo que invita a seguir aportando este tipo de análisis en un campo un tanto descuidado.

La adaptación del instrumento, si bien sólo fue realizada en una ciudad dadas las características de su población, resulta factible y se recomienda aplicarlo en otras comunidades, especialmente en aquellas que tienen similitudes culturales y socioeconómicas con ésta, aunque bien valdría la pena realizar su propia adaptación, principalmente porque así se conocería el estado en que se encuentran los niños de diversas regiones del país y por si las preguntas que se eliminaron aluden a conductas que en otras regiones no son frecuentes.

Por otro lado, el instrumento con el que se trabajó es considerado libre de influencia cultural, lo cual permite ser aplicado en cualquier país del mundo (de acuerdo a lo que afirma su autor), lo que pudo ser comprobado en el análisis, ya que, independientemente de la posibilidad de descartar algunos ítems, lo cierto es que es posible dejarlo tal y como es la propuesta original al demostrarse su bondad.

REFERENCIAS

- Achenbach, T. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/ 4-18*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T., Dumenci, L. y Rescorla, L. (2003). Are American children's problems still getting worse? A 23-year comparison. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 1-11.
- Achenbach, T. y Rescorla, L. (2002). *Child Behavior Checklist/ 4-18 and 1991 profile 1½-5 years*. Burlington, VT: ASEBA.
- Bellak, L. y Bellak, S.S. (1976). *Test de apercepción infantil con figuras humanas (CAT-H)*. Madrid: Paidós.
- Bellak, L. y Bellak, S.S. (1993). *Test de apercepción infantil con figuras animales (CAT-A)*. Madrid: Paidós.
- Bender, L. (1987). *Test Gestáltico Visomotor: usos y aplicaciones*. México: Paidós Mexicana.
- Caraveo, J., Colmenares, M. y Martínez, N. (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), 492-498.
- Casullo M., M. (1998). *Adolescentes en riesgo. Identificación y orientación psicológica*. México: Paidós.
- Ivanova, M.Y., Achenbach, T.M., Dumenci, L., Rescorla, L.A., Almqvist, F., Bilenberg, N., Bird, H., Chen, W.J., Dobrean, A., Döpfner, M., Erol, N., Fombonne, E., Fonseca, A.C., Frigerio, A., Grietens, H., Hannesdottir, H., Kanbayashi, Y., Lambert, M.C., Larsson, B., Leung, P., Liu, X., Minaei, A., Mulatu, M.S., Novik, T.S., Oh, K.J., Roussos, A., Sawyer, M., Simsek, Z., Steinhausen, H-C., Weintraub, S., Winkler, C.M., Wolanczyk, T., Yang, H-J., Zilber, N., Zukauskienė, R. y Verhulst, F.C. (2007). Testing the 8-syndrome structure of the Child Behavior Checklist in 30 societies. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36, 405-417.
- Livia, J. y Ortiz, M. (2001). Adaptación del inventario de problemas conductuales y destrezas sociales en niños escolares de una zona marginal de Lima. *Psicología.Com*, 5(2). Disponible en línea: <http://www.psiquiatria.com/psicologia/revista/199/> (Consultado el 27 de julio de 2006).
- Morales V., Urosa, S. y Blanco B, A. (2003). *Construcción de escalas de actitudes tipo Likert. Una guía práctica*. Madrid: La Muralla.
- Nathan, R. y Mauco, G. (1987). *TAT-E (Test de Nathan y Mauco): Manual* (trad. María Victoria de la Cruz). Madrid: TEA.
- Pedreira, J.L. y Sardinero, E. (1996). Prevalencia de trastornos mentales en la infancia en atención primaria pediátrica. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 24(4), 173-190.

Rescorla, L.A. (2007). Behavioral and emotional problems reported by parents of children ages 6 to 16 in 31 societies. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 15, 130-142.

San Román V., P., Pedreira M., J.L., López T., H.J., Bonete, J.M. y Castelló P., T. (2004). Prevalencia de los trastornos de conducta y emocionales en niños de 2-3 años. *Psicología.Com*, 6(2). Disponible en línea: <http://usuarios.discapnet.es/border/tlpinfan.htm> (Consultado el 23 de julio de 2006).



