Validación de la Escala de Problemas Emocionales y del Comportamiento Youth Self Report (YSR/11-18) en una muestra de adolescentes chilenos

Validation of the Scale of Emotional and Behavioral Problems Youth Self Report (YSR / 11-18) in Chilean adolescents

Loreto Leiva Bahamondes
Departamento de Psicología, Universidad de Chile

Rodrigo Rojas Andrade
Departamento de Psicología, Universidad de Chile

Recibido (14/02/2013) Aceptado (24/03/2017)

Resumen

El objetivo de este estudio fue realizar la validación y confiabilidad del Youth Self Report (YSR/11-18) en población adolescente chilena. La muestra estuvo conformada por 816 adolescentes, entre 11 y 18 años, provenientes de un colegio particular de la ciudad de Calama a quienes se les aplicó la versión latina del cuestionario. Se realizó un análisis factorial de componentes principales, para la derivación de los síndromes de primer y segundo orden, siguiendo los pasos descritos por Achenbach. Los resultados encontrados demuestran la alta consistencia y validez del instrumento, lo que sumado a los antecedentes reportados convierten al YSR/11-18 en un instrumento de probado valor predictivo en Chile, permitiendo no sólo evaluar competencias sociales y conductuales, sino que podría transformarse en un instrumento que permitiese la detección precoz de riesgos en la población adolescente.

Palabras claves: psicopatología infanto adolescente, conductas problemas, escala de autoevaluación, confiabilidad y validez YSR/11-18

Abstract

The aim of this study was to validate and determine the reliability of Youth Self Report (YSR/11-18) in Chilean adolescents. The sample consisted of 816 adolescents, aged 11 to 18 years, from a private school in the city of Calama, where we applied and the Latin version of the questionnaire. Following the steps outlined by Achenbach, was made a principal components analysis for the derivation of the syndromes of first and second order. The results show high consistency and validity of the instrument, which makes the YSR/11-18 a test of predictive value in Chile, allowing not only to assess social and behavioral skills, but could be transformed into an instrument that would allow the early identification of risks in the adolescent population.

Key words: child and adolescent psychopathology, behavior problems, self-rating scale, reliability and validity YSR/11-18

Introducción

Se menciona que un gran número de desórdenes mentales, emocionales y conductuales expresados en la adultez tienen sus primeras expresiones durante la adolescencia (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas y Walters, 2005, National Research Council and Institute of Medicine [NRC y IOM], 2009); por ello los trastornos psiquiátricos que comienzan en la niñez deberían ser motivo de preocupación para la salud pública dada sus repercusiones futuras en la adultez (de la Barra, 2009a, NRC y IOM, 2009).

Particularmente el interés debería focalizarse en el desarrollo de estrategias de prevención, para así evitar o disminuir la probabilidad de presentar problemáticas futuras (Cova, Aburto, Sepúlveda y Silva, 2006; NRC y IOM, 2009); sin embargo, esto requiere de manera previa, no sólo de una adecuada planificación en atención en salud mental, sino de una recolección de información relevante y de calidad (Vicente, Saldivia, de la Barra, Melipillán, Valdivia y Kohn, 2012) que permita identificar a aquellos adolescentes que se encuentran en riesgo; facilitando la implementación de estrategias preventivas específicas y diferenciadas según la edad y el tipo de problemas identificados.

No obstante, esta labor no es simple, ya que los datos de prevalencia de patologías de salud mental en adolescentes en el mundo son escasos al compararlos con la información sobre adultos (Hossain, 2006), de hecho las necesidades prevención y de tratamiento de niños y adolescentes no son satisfechas incluso en países de alto nivel de ingreso (de la Barra, 2009b). La información en Latinoamérica respecto a la psicopatología y el uso servicios de salud mental por la población infantoadolescente son muy escasos. A lo que no queda ajeno Chile, en donde los datos epidemiológicos son reducidos y provienen principalmente de fuentes internacionales (Vicente et al., 2010).

A esto se suma que los estudios epidemiológicos en el país no han logrado establecer indicadores confiables y válidos en salud mental infanto-adolescente, pues las investigaciones presentan dificultades en su diseño y en la recolección de datos, además algunos sólo utilizan muestras pequeñas (Vicente et al., 2010) y otros sólo consideran grupos focalizados (Recart, Castro, Alvarez y Bedregal, 2002).

Por otra parte, la falta de instrumentos válidos y confiables de valoración es uno de los principales problemas con los que se encuentra la investigación epidemiológica en el país. En este sentido, una de las posibilidades más prometedoras para evaluar la psicopatología en el grupo mencionado, se encuentra en el Sistema multidimensional de Achenbach, llamado también Sistema de Achenbach

de evaluación de base empírica (ASEBA) que incluye varios cuestionarios de diagnóstico para ser ocupados por distintos informantes, padres, profesores, observadores entrenados, niños y adolescentes (Doyle, Mick y Biederman, 2007). Los instrumentos representan por sí solos escalas empíricas continuas que en su conjunto otorgan una alta garantía científica añadiéndose el valor de poder realizar comparaciones culturales directas (Sandoval, Lemos y Vallejos, 2006; Leung, et al., 2006; Achenbach, 2009; Grigorenko, Geiser, Slobodskaya y Francis, 2010).

En Chile, el cuestionario CBCL/4-16 (Child Behavior Checklist) dirigido a la evaluación de niños 4 a 16 a partir del reporte de sus padres, fue validado por Montenegro et al. (1983) y en el año 2007 fue comprobada su validez a través de un estudio multicultural realizado por el equipo de Achenbach (Ivanova et al., 2007) siendo utilizado en algunas investigaciones nacionales (Fritsch, Montt, Solfs, Pilowsky y Rojas, 2007; Cova, Maganto y Melipillán, 2005); sin embargo, para completar la validación del ASEBA aún queda pendiente el análisis de los restantes instrumentos, en especial el cuestionario de autoreporte destinados a la población adolescente, el Youth Self Report (YSR/11-18) que permitirá resolver la necesidad de contar con instrumentos de probado valor predictivo en el país.

El Youth Self Report (YSR/11-18) es un cuestionario de auto aplicación para sujetos de entre 11 y 18, aunque también ha sido validado para muestras de menor edad (Ebesutani, Bernstein, Martínez, Chorpita y Weisz, 2011), que permite evaluar competencias sociales, conductas adaptativas o prosociales, así como una amplia gama de conductas problemáticas; el cual muestra una alta consistencia y validez en diversas sociedades en las que ha sido estudiado (Ivanova et al., 2007; Dubowitz et al., 2011; Lacalle, Ezpeleta y Doménech, 2012). Así, a la luz de los datos revisados, el objetivo general del estudio es establecer la validación y confiabilidad del YSR/11-18 en población adolescente chilena a través de los pasos sugeridos y recomendados por el autor, utilizados en los diversos trabajos de este tipo realizados en todo el mundo (Lemos, Vallejos y Sandoval, 2002; da Rocha, de Sousa y de Mattos, 2008; Ebesutani et. al, 2011).

Método

Participantes

Los datos utilizados en este estudio fueron obtenidos de una muestra de 816 sujetos (386 hombres y 430 mujeres) provenientes de un colegio particular subvencionado de la ciudad de Calama. La edad de los sujetos encuestados

fluctúa entre 11 y 18 años, siendo 14.21 años su media de edad ($DT=2.07$); las edades de los sujetos se distribuyen en forma regular, siendo los estudiantes de 18 años los que tienen la menor representación (4.53%; $n=37$). De esta forma, los diversos grupos se distribuyen de forma homogénea reduciendo con ello el error de medición que se podría generar debido a la cantidad de sujetos en cada uno de las submuestras observadas. En la tabla N°1 se describen las características de la muestra.

Tabla 1. Descripción de la muestra

Edades	Número de Participantes			
	Mujeres	Hombres	Total	%
11 años	62	37	99	12%
12 años	60	47	107	13%
13 años	62	56	118	14%
14 años	63	63	126	15%
15 años	60	48	108	13%
16 años	47	69	116	14%
17 años	54	51	105	13%
18 años	22	15	37	5%
Total	430	386	816	100%

Descripción del YSR/ 11-18

Para este estudio se utilizó la versión latina del *Youth Self Report* (YSR/11-18) para lo cual se contó con los permisos de autoría correspondientes. El instrumento está compuesto por dos partes. La primera incluye 7 preguntas semiestructuras y 3 abiertas que miden habilidades o competencias sociales y la segunda, contiene 112 ítems de opción múltiple, 16 de los cuales exploran la frecuencia de conductas adaptativas o prosociales, mientras que el resto evalúa una amplia gama de conductas problemáticas. Todos los ítems de esta segunda sección son contestados por el sujeto de acuerdo con su aplicabilidad y frecuencia, eligiendo 0 cuando su contenido “no es cierto, 1 cuando es cierto en *alguna manera, algunas veces*” y 2 cuando es *muy cierto o cierto muy a menudo*. El objeto del presente estudio es la sección correspondiente a los problemas emocionales y del comportamiento, compuesta de 103 ítems. Este instrumento responde a un supuesto de continuidad de las experiencias y de los comportamientos anormales, lo que permite ubicar cada caso dentro de un conjunto de dimensiones psicopatológicas (Lemos et al., 2002). Está compuesto de 8 escalas primarias de o síndromes de primer orden (depresión/ansiedad, conducta agresiva, conducta delictiva, problemas de pensamiento, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de atención y retrainingo

social), 2 escalas secundarias o síndromes de segundo orden (internalización, externalización) y una escala terciaria o global.

Procedimiento y análisis

Se utilizó un diseño descriptivo transversal para la recogida de información. La recolección de información se realizó de una sola vez en todo el colegio y en cada aula para lo cual se distribuyeron cuadernillos independientes y anónimos cada uno con instrucciones de aplicación. Asimismo, un encuestador miembro del equipo de investigación fue responsable de supervisar la aplicación y de responder las inquietudes de los encuestados, mientras que un coordinador se encargó de controlar el proceso general. En promedio los estudiantes demoraron dos horas pedagógicas, aproximadamente 90 minutos en responder a la batería de instrumentos administrados. Los análisis estadísticos para la derivación de los síndromes de primer y segundo orden se realizaron siguiendo los pasos descritos por Achenbach (1991) utilizados en los diversos estudios de validación del instrumento (Lemos et al, 2002; da Rocha et al, 2008; Ebesutani, et al. 2011; Grigorenko, et al, 2010; Liu, Leung, Sun, Li y Liu, 2012), que consiste en la aplicación de un Análisis Factorial de Componentes Principales (AFC) a la matriz de correlaciones de los ítems para cada sexo y rotaciones ortogonales de 8 a 15 componentes con el método de VARIMAX, aunque en el presente estudio se decidió trabajar con 7 componentes, en el caso de las mujeres, para que la concurrencia de ítems presentara una adecuada coherencia teórica. Posteriormente se derivan los síndromes centrales a partir de los ítems comunes para cada sexo en síndromes que presentan una configuración similar, se calculan correlaciones entre los entre los componentes encontrados para cada sexo, para finalmente obtener la puntuación directa de cada sujeto en los diferentes síndromes.

Resultados

A través de los análisis anteriormente descritos se lograron obtener las estructuras factoriales tanto para hombres y mujeres que se presentan en las tablas N°2 y N°3. En cada tabla se presentan las cargas factoriales de forma ordenada de acuerdo al peso relativo de los seis ítems que más cargan, a pesar de que se consideraron todos los reactivos por pequeña que haya sido su correlación con el factor a diferencia de Lemos et al. (2002) quienes sólo consideran aquellas cargas mayores a 0.03, debido a que la intención de la investigación fue también comprobar la estructura propuesta con Achenbach (1991).

No obstante lo anterior, los ítems “propensión a accidentes”, “exceso de peso”, “problemas de habilidad manual”, “alergia” y “me muerdo las uñas” no cargaron en ninguno de los

componentes extraídos, tanto para la muestra de hombres como de mujeres.

Tabla 2. *Ítems de la muestra de hombres correspondiente a los síndromes de primer orden obtenidos mediante rotación Varimax*

Conducta delictual			Quejas somáticas		
	<i>Ítems-Descripción</i>	<i>Peso</i>		<i>Ítems-Descripción</i>	<i>Peso</i>
ac67	Escaparse de casa	.719	ac56f	Dolores de estómago o retorcijones	.569
ac81	Robar cosas en la casa	.674	ac56b	Dolores de cabeza	.567
ac101	Hacer la cimarra o faltar a clases	.658	ac56c	Náuseas o ganas de vomitar	.567
ac105	Consumir alcohol o tomar drogas no prescritas por el médico	.500	ac56g	Vómitos	.555
ac21	Destrozar pertenencias ajenas	.446	ac51	Mareos (Vértigos)	.469
ac72	Prender fuego o jugar con fuego	.422	ac56a	Dolores o molestia	.445
Conducta Agresiva			Problemas sociales		
	<i>Ítems-Descripción</i>			<i>Ítems-Descripción</i>	
ac2	Discusiones	.673	ac63	Preferir estar con personas mayores a estar con otras de la misma edad	.554
ac22	Desobediencia en el hogar	.634	ac64	Preferir estar con personas menores a estar con otras de la misma edad	.541
ac90	Lenguaje sucio	.618	ac111	Evitar relacionarse con los demás	.460
ac23	Desobediencia escolar	.614	ac48	Creencia de no ser aceptado	.343
ac41	Impulsividad	.670	ac62	Mala coordinación	.323
ac86	Testarudez	.620	ac25	Mala relación con pares	.330
Depresión			Problemas de pensamiento		
	<i>Ítems-Descripción</i>			<i>Ítems-Descripción</i>	
ac35	Baja autoestima	.742	ac11	Dependencia con adulto	.513
ac34	Ideas de persecución	.674	ac66	Comportamientos repetitivos	.414
ac33	Sentimiento de no ser querido	.649	ac10	No poder estar quieto	.385
ac103	Sentirse desagraciado/a, triste o deprimido	.521	ac46	Tics o movimientos nerviosos	.376
ac12	Soledad	.471	ac84	Conductas extrañas	.347
ac71	Inseguridad	.327	ac112	Preocuparse mucho	.346
Retraimiento Social			Búsqueda de atención		
	<i>Ítems-Descripción</i>			<i>Ítems-Descripción</i>	
ac69	Reserva	.511	ac19	Llamadas de atención	.435
ac17	Soñar despierto	.440	ac110	Deseo de pertenecer a otro sexo	.269
ac75	Timidez	.367	ac53	Comer demasiado	.162
ac54	Cansancio o agotamiento	.362	ac1	Comportamiento infantil	.159
ac65	Negarse a hablar	.229	ac5	Comportamiento de otro sexo	.154
ac42	Deseo de estar solo	.195			

La estructura factorial para el caso de los hombres quedó compuesta por 8 factores, que coinciden con los mencionados por la literatura que explican un 44.82% de la varianza. La dimensión *Depresión en hombres* también incorporó ítems asociados a psicopatología ansiosa, sin embargo se decidió mantener la denominación pues los ítems que más cargaban se referían a sintomatología particularmente depresiva. En el caso de las mujeres la estructura factorial se compuso de 7 factores

que mantienen la misma denominación que los síndromes de hombres, los cuales explican el 37.22% de varianza, que si bien es posible de considerar baja se consideró dada la alta consistencia teórico-empírica que mostraba con la estructura factorial de los hombres y la revisada en literatura.

La dimensión *Búsqueda de atención* que en los hombres se definió compuesta por conductas asociadas a llamar la atención o a la excentricidad, no se perfila en las mujeres.

Tabla 3. *Ítems de la muestra de mujeres correspondiente a los síndromes de primer orden obtenidos mediante rotación Varimax*

Conducta delictual			Quejas somáticas		
<i>ítems-Descripción</i>		<i>Peso</i>	<i>ítems-Descripción</i>		<i>Peso</i>
ac97	Amenazar con hacer daño a la gente	.631	ac56g	Vómitos	.647
ac82	Robar cosas fuera de la casa	.569	ac56c	Náuseas o ganas de vomitar	.584
ac21	Destrozar pertenencias ajenas	.484	ac56b	Dolores de cabeza	.486
ac72	Prender fuego o jugar con fuego	.440	ac56f	Dolores de estómago o retorcijones	.480
ac61	Rendimiento escolar deficiente	.384	ac8	Desconcentración o desatención	.331
ac67	Escaparse de casa	.350	ac77	Dormir más que la mayoría de las personas de la misma edad	.350
Conducta Agresiva			Problemas sociales		
<i>ítems-Descripción</i>			<i>ítems-Descripción</i>		
ac93	Hablar demasiado	.687	ac38	Percepción de burla	.515
ac41	Impulsividad	.599	ac34	Ideas de persecución	.580
ac68	Gritar mucho	.594	ac19	Llamadas de atención	.433
ac104	Gritar o hacer más escándalo que las demás personas de la misma edad	.592	ac27	Percepción de envidia de los demás	.428
ac74	Llamar la atención o hacer el payaso	.589	c7	Fanfarroneo, agrandado/a	.380
ac90	Lenguaje sucio	.582	ac32	Necesidad de perfección	.365
Depresión			Problemas de pensamiento		
<i>ítems-Descripción</i>			<i>ítems-Descripción</i>		
ac91	Ideación suicida	.697	ac84	Conductas extrañas	.690
ac35	Baja autoestima	.616	ac85	Pensamientos extraños	.568
ac33	Sentimiento de no ser querido	.573	ac40	Oír cosas	.530
ac103	Sentirse desgraciado/a, triste o deprimido/a	.567	ac46	Tics o movimientos nerviosos	.550
ac18	Autoagresión	.535	ac70	Ver cosas inexistentes	.474
ac30	Fobia Escolar	.467	ac79	Problemas del habla	.445
Retraimiento Social					
<i>ítems-Descripción</i>					
ac75	Timidez	.666			
ac112	Preocupación excesiva	.690			
ac89	Desconfianza	.589			
ac69	Reserva	.572			
ac45	Nerviosismo. tensión	.557			
ac54	Cansancio o agotamiento	.519			

Los síndromes centrales encontrados fueron 7: conducta delictual, conducta agresiva, depresión, retraimiento social, quejas somáticas, problemas sociales y problemas de pensamiento, compuestos por los ítems que concurren simultáneamente en los factores de ambas muestras. La Tabla N°3 muestra la carga factorial de cada uno de los ítems, los cuales como puede observarse en la selección de los ítems más representativos muestran una alta coherencia teórica y que en su totalidad representan el 41.37% de la varianza. Se realizó un análisis factorial de segundo orden con el cual se

obtuvieron los síndromes de externalización, internalización y neutros. Respecto a este último, el resultado concuerda con los resultados encontrados en la validación española y norteamericana al sindicarse los problemas de pensamientos como un síndrome que pertenece tanto a la sintomatología externalizante como internalizante. La varianza explicada para cada una de las muestras se presenta en la tabla N°5, a través de la cual se puede apreciar que en todas supera los dos tercios del total.

Tabla 4. *Ítems de muestra total correspondiente a los síndromes de primer orden obtenidos mediante rotación Varimax*

Conducta delictual			Quejas somáticas		
<i>Ítems-Descripción</i>		<i>Peso</i>	<i>Ítems-Descripción</i>		<i>Peso</i>
ac97	Amenazar con hacer daño a la gente	.613	ac56c	Náuseas o ganas de vomitar	.676
ac67	Escaparse de casa	.584	ac56g	Vómitos	.657
ac81	Robar cosas en la casa	.552	ac56f	Dolores de estómago o retorcijones	.644
ac101	Hacer cimarras o faltar a clases	.525	ac56b	Dolores de cabeza	.615
ac72	Prender fuego o jugar con fuego	.514	ac51	Mareos (vértigos)	.477
ac82	Robar cosas fuera de casa	.490	ac56d	Problemas en los ojos	.352
Conducta Agresiva			Problemas sociales		
<i>Ítems-Descripción</i>		<i>Peso</i>	<i>Ítems-Descripción</i>		<i>Peso</i>
ac93	Hablar demasiado	.685	ac111	Evitar relacionarse con los demás	.529
ac3	Discusiones	.628	ac64	Preferir estar con personas menores a estar con las de la misma edad	.520
ac86	Testarudez	.616	ac38	Percepción de burla	.520
ac41	Impulsividad	.610	ac48	Creencia de no ser aceptado	.444
ac90	Lenguaje Sucio	.583	ac25	Mala relación con pares	.420
ac68	Gritar mucho	.551			
Depresión			Problemas de pensamiento		
<i>Ítems-Descripción</i>		<i>Peso</i>	<i>Ítems-Descripción</i>		<i>Peso</i>
ac35	Baja autoestima	.693	ac85	Pensamientos extraños	.625
ac33	Sentimiento de no ser querido	.677	ac84	Conductas extrañas	.591
ac103	Sentirse desgraciado/a, triste o deprimido/a	.663	ac70	Ver cosas inexistentes	.559
ac12	Soledad	.572	ac40	Oír cosas	.541
ac14	Llanto	.555	ac100	Problemas para dormir	.473
ac91	Ideación suicida	.519	ac46	Tics o movimientos nerviosos	.447
Retraimiento Social					
<i>Ítems-Descripción</i>		<i>Peso</i>			
ac75	Timidez	.581			
ac69	Reserva	.534			
ac54	Cansancio o agotamiento	.417			
ac17	Soñar despierto/a	.388			
ac65	Negarse a hablar	.373			
acc12	Preocuparse mucho	.344			

Se calculó la consistencia interna de cada una de las dimensiones extraídas a partir del análisis de Alpha de Cronbach (ver tabla N°6). Se obtuvo que todas, excepto dos

dimensiones en la muestra de hombres, muestran altos índices de confiabilidad, en especial, los síndromes de conducta agresiva y depresión.

Tabla 5. *Composición y Varianza explicada de escalas de primer y segundo orden*

Segundo Orden	Primer Orden	Hombres	Mujeres	Centrales
Externalizante	Conducta Delictual	.824	.938	.920
	Conducta Agresiva	.837	.716	.799
	Búsqueda de Atención	.770	--	--
Neutral	Problemas de Pensamiento	.787	.594	.745
Internalizante	Depresión	.550	.827	.747
	Retraimiento Social	.639	.885	.788
	Problemas Sociales	.244	.732	.789
	Quejas somáticas	.543	.610	.645
Neutral	Problemas de Pensamiento	.413	.575	.428
Porcentaje de la Varianza Extraída		75.36%	74.33%	72.43%

La puntuación total de conductas problemas obtuvo un promedio de 61.52 (DT=32.88), la que comparativamente fue significativamente más alta que la muestra española reportada por Lemos et al. (2002) en su estudio de validación (Media=45.77; DT=19.85; $T_{(815)}=13.63$; $p<.05$) y la ofrecida por Achenbach en el manual de la prueba (Media=38.12; DT=20.27; $T_{(815)}=20.37$; $p<0.05$).

Tabla 6. *Confiabilidad escalas de primer orden*

Escalas	Confiabilidad		
	Hombres	Mujeres	Central
Conducta Delictual	.796	.725	.787
Conducta Agresiva	.930	.890	.881
Búsqueda de Atención	.562		
Problemas de Pensamiento	.837	.785	.840
Depresión	.852	.869	.880
Retraimiento Social	.686	.84	.725
Problemas Sociales	.676	.661	.644
Quejas somáticas	.784	.756	.763

Respecto a la distribución por sexo, se puede observar que la puntuación promedio de las mujeres (Media=62.90; DT=32.27) es levemente mayor que la de los hombres (Media=59.98; DT=33.53) aunque esta diferencia no aparece como significativa ($T_{(815)} = -1.26$; $p > 0.05$), muestra una tendencia similar a la reportada en la literatura (Lemos et al., 2002; Sandoval et al., 2006).

Tabla 7. *Estadísticos descriptivos según sexo en escalas de primer y segundo orden*

Escalas	Hombres		Mujeres		Centrales	
	Media	D.S	Media	D.S	Media	D.S
Conducta Delictual	3.327	3.434	2.441	2.547	2.971	3.2
Conducta Agresiva	11.148	7.611	9.871	6.335	1.113	6.651
Búsqueda de Atención	1.933	1.712				
Problemas de Pensamiento	6.892	5.381	4.54	4.19	4.89	4.294
Depresión	8.138	6.67	6.338	5.561	5.586	5.31
Retraimiento Social	3.191	2.477	6.917	4.95	4.412	2.882
Problemas Sociales	2.43	2.328	3.97	3.12	1.534	1.715
Quejas Somáticas	3.972	4.117	5.112	4.21	3.626	3.51
Síndrome internalizante	17.398	13.177	22.17	13.938	14.997	1.911
Síndrome externalizante	16.423	11.829	12.299	8.275	13.43	9.198

Finalmente, se encontró una mayor puntuación de patología internalizante en las mujeres respecto a los varones, que exhiben mayores valores en sintomatología externalizante y en problemas de pensamiento que se considera un síndrome neutro por cargar tanto en los síndromes externalizantes como internalizantes (Ver tabla N°7).

Discusión

El objetivo de la presente investigación fue reportar la validez del instrumento YSR/11-18 de Achenbach (1991) en población local chilena dada la abundante literatura internacional que avala su aplicación en diversas culturas posicionándolo como un instrumento robusto para la detección de psicopatología infantoadolescente. De esta forma, los resultados confirman lo anterior al encontrar 8 factores que guardan un alto paralelismo con los reportados en investigaciones similares (Izutsu, Tsutsumi, Islam, Firoz, Wakai y Kurita, 2005; Roussos, Francis, Zoubou, Kiprianos, Prokopiou y Richardson, 2001; Lemos et al., 2002, Wyss, Voelker, Cornock y Hakim-Larson, 2003; Fonseca-Pedrero, Sierra-Baigrie, Lemos-Giráldez, Paino y Muñiz, 2012).

En la muestra de mujeres los ítems correspondientes a la escala búsqueda de atención se distribuyeron en otros síndromes, resultado que no es inusual dada la presencia de sintomatología diferencial de acuerdo al sexo (Roussos et al., 2001). La ausencia de este síndrome reduce las escalas centrales a 7, a saber: conducta delictual, conducta agresiva, problemas de pensamiento, depresión, retraimiento social, problemas sociales y quejas somáticas, quejas somáticas, las que guardan una alta consistencia empírica y teórica, mostrando todas una fuerte consistencia interna, a excepción de búsqueda de atención en la muestra de hombres.

No se encontraron todos los factores reportados por Achenbach (1991) para ambos sexos, como los problemas de atención, autoagresión, conducta fóbico-ansiosa y problemas de identidad; sin embargo, se encontró “búsqueda de atención”, factor no referido por el autor mencionado, pero hallado en la muestra española analizada por Lemos et al. (2002). Tal situación es corriente dadas las diferencias culturales, razón por la cual se sugiere la extracción de 8 hasta 15 factores en los ejercicios de validación del YSR/11-18 (Ivanova, 2007). Se decidió denominar a la escala que incluía sintomatología depresiva y ansiosa sólo depresión y no depresión-ansiedad como la reportada por otros estudios, debido a que los ítems asociados a conductas ansiosas presentaron una menor carga factorial, por lo que la sintomatología ansiosa sería secundaria a la depresiva; sin embargo, la composición de la escala no varía en lo sustancial respecto a lo encontrado internacionalmente.

Los resultados encontrados demuestran la alta consistencia y validez del instrumento, lo que sumado a los antecedentes reportados convierten al YSR/11-18 en un instrumento de

probado valor predictivo en Chile, que permitiría no sólo evaluar competencias sociales y conductuales, sino que podría transformarse en un instrumento que permitiese la detección precoz de riesgos en la población adolescente.

De hecho, se menciona que uno de los desafíos cuando se trabaja en salud mental adolescente es detectar correctamente a los individuos de mayor riesgo; lo que se traduce en la utilización de instrumentos con probado valor predictivo en su detección (Offord y Bennett 2002). Es así como al contar con indicadores confiables y válidos para la realidad nacional se facilita el desarrollo de estrategias de promoción y prevención en salud mental adolescente.

Referencias

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Youth Self Report and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont.
- Achenbach, T. M. (2009). *The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA): Development, Findings, Theory, and Applications*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Cova, F., Aburto, B., Sepúlveda, M., y Silva, M. (2006). Potencialidades y Obstáculos de la Prevención de la Depresión en Niños y Adolescentes. *Psyche, 15*, 1-10.
- Cova, F., Maganto, C., y Melipillán, R. (2005). Género, Adversidad Familiar y Síntomas Emocionales en Preadolescentes. *Psyche, 14*, 227-232.
- da Rocha, M., De Sousa, L. y De Mattos, E. (2008). Um estudo comparativo entre duas traduções brasileiras do Inventário de Auto-avaliação para Jovens (YSR). *Psicologia: Teoria E Prática, 10*, 14-24.
- de la Barra, F. (2009a). Salud mental de niños y adolescentes: ¿Por qué es necesario investigar? *Revista chilena de neuro-psiquiatría, 47*, 175-177.
- de la Barra, F. (2009b). Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de prevalencia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría, 47*, 303-314.
- Doyle, R., Mick, E., y Biederman, J. (2007). Convergence between the Achenbach youth self-report and structured diagnostic interview diagnoses in ADHD and non-ADHD youth. *The Journal Of Nervous And Mental Disease, 195*, 350-352.
- Dubowitz, H., Villodas, M. T., Litrownik, A. J., Pitts, S. C., Hussey, J. M., Thompson, R., y Runyan, D. (2011). Psychometric Properties of a Youth Self-Report Measure of Neglectful Behavior by Parents. *Child Abuse y Neglect: The International Journal, 35*, 414-424.
- Ebesutani, C., Bernstein, A., Martínez, J. I., Chorpita, B. F., y Weisz, J. R. (2011). The Youth Self Report: Applicability and Validity across Younger and Older Youths. *Journal Of Clinical Child And Adolescent Psychology, 40*, 338-346.

- Fonseca-Pedrero, E., Sierra-Baigrie, S., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., y Muñiz, J. (2012). Dimensional structure and measurement invariance of the youth self-report across gender and age. *The Journal Of Adolescent Health: Official Publication Of The Society For Adolescent Medicine*, 50, 148-153.
- Fritsch, R., Montt, M., Solís J., Pilowsky D., y Rojas, M. (2007). ¿Cómo es la salud mental de los hijos de madres deprimidas consultantes a servicios de atención primaria? *Revista Médica De Chile*, 135, 602-612.
- Grigorenko, E. L., Geiser, C., Slobodskaya, H. R., y Francis, D. J. (2010). Cross-Informant Symptoms From CBCL, TRF, and YSR: Trait and Method Variance in a Normative Sample of Russian Youths. *Psychological Assessment*, 22, 893-911.
- Hossain, R. (2006). Atlas: Child and Adolescent Mental Health Resources, Global concerns: Implications for the future. *International Journal Of Migration, Health y Social Care*, 2, 67.
- Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N., y ... Verhulst, F. C. (2007). The Generalizability of the Youth Self-Report Syndrome Structure in 23 Societies. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 75, 729-738.
- Izutsu, T., Tsutsumi, A., Islam, A., Firoz, A., Wakai, S., y Kurita, H. (2005). Reliability and validity of the Youth Self-Report, Bangladesh Version. *International Journal Of Methods In Psychiatric Research*, 14, 213-220.
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K., y Walters, E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives Of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Lacalle, M., Ezpeleta, L., y Doménech, J. (2012). DSM-Oriented Scales of the Child Behavior Checklist and Youth Self-Report in clinically referred Spanish children. *The Spanish Journal Of Psychology*, 15, 377-387.
- Lemos, S., Vallejo, G., y Sandoval, M. (2002). Estructura factorial del Youth Self-Report (YSR). *Psicothema*, 816-822.
- Leung, P. L., Kwong, S. L., Tang, C. P., Ho, T. P., Hung, S. F., Lee, C. C., y ... Liu, W. S. (2006). Test-Retest Reliability and Criterion Validity of the Chinese Version of CBCL, TRF, and YSR. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, 47, 970-973.
- Liu, J., Leung, P., Sun, R., Li, H. T., y Liu, J. (2012). Cross-cultural application of Achenbach system of empirically based assessment: instrument translation in Chinese, challenges, and future directions. *World Journal Of Pediatrics: WJP*, 8, 5-10.
- Montenegro, H., Bralic, S., Edwards, M., Izquierdo, T., y Maltes, S. (1983). *Salud Mental del Escolar. Estandarización del inventario de problemas conductuales y destrezas sociales de T. Achenbach en niños de 6 a 11 años*, Santiago de Chile: UNICEF.
- National Research Council and Institute of Medicine [NRC y IOM] (2009). *Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities*. Committee on the Prevention of Mental Disorders and Substance Abuse Among Children, Youth, and Young Adults: Research Advances and Promising Interventions. Mary Ellen O'Connell, Thomas Boat, and Kenneth E. Warner, Editors. Board on Children, Youth, and Families, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: The National Academies Press.
- Offord, D., y Bennett, K. (2002). Prevention. En M. Rutter y E. Taylor (Ed.), *Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 881-898) UK, Blackwell Publishers.
- Recart, C., Castro, P., Alvarez, H., y Bedregal, P. (2002). Características de niños y adolescentes atendidos en un consultorio psiquiátrico del sistema privado de salud en Chile. *Revista Médica De Chile*, 130, 295-303.
- Roussos, A., Francis, K., Zoubou, V., Kiprianos, S., Prokopiou, A., y Richardson, C. (2001). The standardization of Achenbach's Youth Self-Report in Greece in a national sample of high school students. *European Child y Adolescent Psychiatry*, 10, 47.
- Sandoval, M., Lemos, S., y Vallejo, G. (2006). Self-reported competences and problems in Spanish adolescents: A normative study of the YSR. *Psicothema*, 18, 804-809.
- Vicente, B., Saldívia, S., de la Barra, F., Melipillán, R., Valdivia, M., y Kohn, R. (2012). Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Revista Médica De Chile*, 140, 447-457.
- Vicente, B., Saldívia, S., Rioseco, P., De La Barra, F., Valdivia, M., Melipillán, R., Zúñiga, M., Escobar, B., y Pihan, R. (2010). Epidemiología de trastornos mentales infanto juveniles en la Provincia de Cautín. *Revista Médica De Chile*, 138, 965-973.
- Wyss, A., Voelker, L., Cornock, L., y Hakim-Larson, J. (2003). Psychometric Properties of a French-Canadian Translation of Achenbach's Youth Self-Report. *Canadian Journal Of Behavioural Science*, 35, 67-72.