

# ESTANDARIZACIÓN DEL ADULT SELF REPORT (ASR) Y DEL ADULT BEHAVIOR CHECKLIST (ABCL) PARA POBLACIÓN URBANA DE ARGENTINA DE 18 A 59 AÑOS

Virginia Corina Samaniego<sup>1</sup>, Natalia Vázquez<sup>2</sup>

## RESUMEN

*Introducción:* Los cuestionarios de evaluación psicológica que puedan aplicarse tanto a nivel clínico como epidemiológico facilitan la tarea de los profesionales de la salud. Debido a la escasez de disponibilidad de los mismos a nivel local, este trabajo se propuso analizar las propiedades psicométricas correspondientes a la estandarización del Adult Self Report (ASR) y del Adult Behavior Checklist (ABCL) de 18 a 59 años para población urbana de Argentina. *Objetivo:* Analizar la confiabilidad y validez del ASR y el ABCL en su versión en español. *Método:* Se realizó un estudio metodológico, sobre una muestra de 735 adultos entre 18 y 59 años. Se trabajó con dos muestras, 520 formaron la muestra de población general y 215 conformaron una muestra clínica de salud mental. *Resultados:* Se demostró la confiabilidad y validez del ASR para la evaluación de problemas comportamentales y emocionales en jóvenes ya adultos. Como un instrumento que permite la posibilidad de evaluar la salud mental a través de un informante, el ABCL demostró niveles adecuados de confiabilidad. *Conclusiones:* La estandarización del ASR y el ABCL permite contar con herramientas prácticas, de evaluación de psicopatología en adultos, basados en múltiples informantes.

**Palabras clave:** ABCL, adultos, ASR, jóvenes, salud mental

## INTRODUCCIÓN

Uno de los puntos centrales respecto de la medición de los desórdenes mentales, es conocer la prevalencia real de los mismos. Con esto se hace referencia a poder obtener información sobre la tasa de desórdenes mentales de la

---

<sup>1</sup> Doctora y Lic. en Psicología, Magíster en Salud Pública. Centro de investigaciones en Psicología y Psicopedagogía. Facultad de Psicología y Psicopedagogía, Pontificia Universidad Católica Argentina. Av. Alicia Moreau de Justo 1300, C1107AAZ, Buenos Aires, Argentina. corina\_samaniego@uca.edu.ar

<sup>2</sup> Doctora y Lic. en Psicología. Centro de Investigaciones en Psicología y Psicopedagogía. Facultad de Psicología y Psicopedagogía, Pontificia Universidad Católica Argentina. Av. Alicia Moreau de Justo 1300, C1107AAZ, Buenos Aires, Argentina 4349-0200 (int. 1107). natalia\_vazquez@uca.edu.ar

comunidad, y no solo de los casos clínicos que reciben atención profesional. El gran desafío para emprender este tipo de estudios poblacionales, que resultan muy costosos, es la construcción de instrumentos válidos y confiables (Wakefield y Schmitz, 2010). Los cuestionarios de evaluación psicológica que puedan aplicarse tanto a nivel clínico como epidemiológico facilitan la tarea del investigador, permiten tener una dimensión real del problema, y en consecuencia, determinar prioridades y establecer políticas de acción (Kessler, 2010).

Desde los años '80 hasta la actualidad se han diseñado varios cuestionarios y entrevistas semi-estructuradas entre los cuáles se pueden mencionar el Diagnostic Interview Schedule (DIS), que fue desarrollado con el apoyo del National Institute of Mental Health (NIMH) para obtener los primeros datos de prevalencia de enfermedades mentales en población general. Su uso se extendió a varios países, lo cual permitió hacer comparaciones internacionales (Demyttenaere et al., 2004; Kessler, 2010; Ricci-Cabello, Ruiz-Pérez, Plazaola-Castaño y Montero-Piñar, 2010). Considerando América Latina y el Caribe, se registra su aplicación en Perú y Puerto Rico (Kohn y Rodríguez, 2009).

El Composite International Diagnostic Interview (CIDI) es otro de los instrumentos que ha sido ampliamente utilizado, está basado en los criterios diagnósticos del DSM y del ICD; y cuenta con una versión abreviada, la K6, que fue construida como una escala de screening para desórdenes mentales graves. Su principal ventaja es el bajo tiempo de respuesta, de solo dos minutos, en comparación con el CIDI cuya administración demora al menos una hora; mientras que su principal limitación es la baja sensibilidad para detectar algunos desórdenes (Kessler et al., 2010). El CIDI ha sido aplicado en estudios de Brasil, Chile, Colombia, y México (Kohn y Rodríguez, 2009).

Al revisar los antecedentes a nivel local, se observa que Argentina fue considerada un país pionero en América Latina por el uso de técnicas de epidemiología psiquiátrica sumamente estructuradas, también en los años '80 (Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn y Torres, 2005). En el contexto del Programa de Investigaciones sobre Epidemiología Psiquiátrica PEPSI-CONICET se realizó un estudio aplicando el Present State Examination PSE a una muestra estratificada de 3.400 sujetos de la ciudad de Buenos Aires; esto permitió obtener los primeros datos de prevalencia de algunos trastornos específicos (Aszkenazi y Casullo, 1984; Casullo y Aszkenazi, 1985; Di Marco, 1982; Pagés Larraya, Casullo y Paso Viola, 1982; Puentes et al., 1981). Sin embargo, no hubo una continuidad en este tipo de relevamientos poblacionales. Años más tarde, Casullo (2004) publica un trabajo con el Symptom Check List SCL-90-R, un instrumento que evalúa síntomas psicopatológicos, que por primera vez se aplicaría a adultos, ya que los estudios previos se habían realizado en adolescentes.

Si bien los estudios epidemiológicos son sumamente relevantes debido a que permiten identificar cuáles son las principales necesidades de atención en salud y de este modo diseñar políticas públicas que resulten efectivas, existen aún muchas limitaciones en el conocimiento de la salud mental a nivel mundial. Es sumamente difícil poder hacer comparaciones entre países respecto de datos de prevalencia, incidencia, remisión, comorbilidad y mortalidad debida a desórdenes mentales porque en muchos estados con bajos niveles de ingresos hay ausencia de datos. Las investigaciones en salud mental claramente no son una prioridad para estos países que tienen muchas demandas que atender con escasos recursos económicos. Esta puede ser una de las razones por la cual se observa la escasez de estudios a nivel local. Según publicaciones recientes, se están haciendo

esfuerzos por asistir a investigadores con recursos técnicos y financieros para emprender estudios poblacionales (Baxter, Patton, Scott, Degenhardt y Whiteford, 2013). Se espera, que en los próximos años esto pueda tener un impacto positivo en países de América Latina y el Caribe donde las publicaciones son escasas y tienen limitaciones metodológicas (Kohn et al., 2005; Kohn y Rodríguez, 2009).

La mayor información con la que contamos hoy en día, por lo tanto, proviene de estudios realizados en países con altos ingresos económicos, como Europa occidental y Norteamérica. Estas investigaciones presentan limitaciones metodológicas según una revisión publicada, donde se plantea la necesidad de definir indicadores estandarizados de desórdenes en salud mental comparables a nivel internacional. Esto requiere, según los autores, que organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Asociación Mundial de Psiquiatría y las Naciones Unidas se sienten a conversar (Baxter et al., 2013) a fin de lograr acuerdos en el área.

Los alcances del conocimiento actual sobre la salud mental de los adultos indican que los desórdenes mentales son comunes en población general, que tienen un inicio temprano y que generan un alto costo social (Kessler, Aguilar-Gaxiola, Alonso, Chatterji, Lee & Üstün, 2009). También se ha encontrado evidencia sobre la comorbilidad de los desórdenes mentales, a partir de la distinción de dos factores, internalizantes (desórdenes del estado de ánimo y ansiedad) y externalizantes (de comportamiento y consumo de sustancias); las asociaciones de los desórdenes dentro de cada dominio son más fuertes que las que se dan entre los dominios (Kessler et al., 2011).

A nivel mundial, son muchas las personas que se encuentran afectadas por un trastorno mental, cerca de 450 millones. Además de la alta prevalencia, se sabe que estas patologías generan un grave deterioro fun-

cional y muchas veces no reciben la atención necesaria debido a la falta de profesionales y de infraestructura. En los países con bajos ingresos, se advierten muchas barreras para el mejoramiento de la atención de la salud mental: a) el financiamiento no es suficiente, b) los recursos disponibles están centralizados en las grandes ciudades e instituciones, c) no hay una buena articulación con los servicios de atención primaria, porque el personal está sobrecargado y no dispone de medicamentos psicotrópicos, d) el personal especializado en salud mental es insuficiente, sus condiciones de trabajo en los servicios públicos no son las adecuadas y tampoco reciben incentivos para trabajar en áreas rurales, y e) los dirigentes en el área de la salud mental no están lo suficientemente formados en materia de salud pública (Saraceno y Fleischmann, 2009).

Según los datos publicados para América Latina y el Caribe, estos países han sufrido un aumento en las tasas de prevalencia de trastornos mentales; para el año 1990, los trastornos mentales y neurológicos, representaban el 8.8% de la carga total de enfermedades, mientras que para el año 2002 esta proporción había aumentado al 22.2%. Posiblemente, estos cambios sean debidos a una transición epidemiológica, caracterizada por una disminución de las enfermedades transmisibles y un aumento de las enfermedades crónicas. Se advierte, además, sobre una gran brecha en el tratamiento de los desórdenes mentales (Kohn et al., 2005; Kohn y Rodríguez, 2009; Rodríguez, Kohn y Levav, 2009).

En Argentina se registran datos de prevalencia de trastornos específicos, relevados con el Present State Examination PSE en los años '80, que indicaron una tasa de esquizofrenia del 3%, de depresión neurótica del 3.5% y de psicosis afectiva una tasa del 4% (Aszkenazi y Casullo, 1984; Casullo y Aszkenazi, 1985; Di Marco, 1982; Pagés Larraya et al., 1982; Puentes et al., 1981). Posteriormente, la aplicación del Sympton

Check List SCL-90-R permitió conocer que los hombres más jóvenes son los que informan mayores niveles de síntomas relacionados con obsesiones y compulsiones, respecto de las mujeres. Mientras que estas últimas, en el grupo de mayor edad, puntuaron más alto en el índice de malestares positivos, es decir que las mujeres tienden a exagerar los malestares que las aquejan en mayor medida que los hombres (Casullo, 2004).

### **Controversia entre los modelos de medición categórico y dimensional**

Una de las principales limitaciones del conocimiento actual tiene que ver con que la mayor parte de los estudios epidemiológicos se hacen desde el modelo categórico, es decir, basados en los criterios diagnósticos del DSM, y sus hallazgos han sido fuertemente criticados. Por un lado se señala que las altas tasas de comorbilidad entre los desórdenes mentales, que vienen siendo publicadas en los estudios, pueden deberse a un solapamiento en los criterios diagnósticos del DSM-IV, y no a la coexistencia de trastornos mentales en una misma persona (Borsboom, Cramer, Schmittmann, Epskamp y Waldorp, 2011). Otro de los argumentos fuertes hace hincapié en que es difícil para el clínico determinar si un síntoma está presente o ausente, lo que se correspondería con el modelo categórico, porque un mismo síntoma puede tener manifestaciones clínicas diversas, se puede presentar con distintos grados de severidad, por lo que en realidad tiene características de un continuum (Ricci-Cabello et al., 2010; Baxter et al., 2013). Esto se relaciona con la controversia, sostenida a lo largo de los años, sobre si la medición debe hacerse de manera dicotómica (modelo categórico) o continua (modelo dimensional) (Kessler, 2010).

Si bien puede ser difícil considerar a la psicopatología desde una concepción

diferente, dado que la perspectiva de categorías diagnósticas es la que prevalece tanto en ámbitos clínicos como de investigación y en consecuencia en la mayoría de las publicaciones, es necesario considerar múltiples enfoques para evaluar y conceptualizar a la salud mental. Lo que plantea Achenbach (2001) es que los enfoques categóricos y empíricos no son incompatibles.

El primero, responde a una mirada de arriba hacia abajo Top-down, es decir, empieza con ciertos conceptos teóricos que sirven para establecer criterios diagnósticos para desórdenes mentales. En este caso, son los expertos los que eligen cuáles son los síntomas que definen a cada desorden. La cantidad de síntomas que deben estar presentes para indicar un diagnóstico así como los criterios definidos para la edad de inicio y la duración de un trastorno son iguales para ambos sexos y diferentes edades. Por ejemplo, en el DSM no se especifica cómo evaluar la presencia de los síntomas y el modo en el que afectan la vida de la persona; por lo que dependerá mucho del juicio del profesional. El segundo enfoque, llamado empírico o dimensional, va de abajo hacia arriba (Bottom-up) relevando datos en muestras poblacionales, está basado en la estadística (Achenbach, 2001). El sistema ASEBA *Achenbach System of Empirically Based Assessment* reúne una serie de instrumentos basados en la perspectiva dimensional. Una de sus ventajas es que no solo le permiten al investigador o al clínico conocer si esa persona tiene o no tiene ese problema, sino en qué grado lo posee (Hudziak, Achenbach, Althoff y Pine, 2007).

Dada la escasez de estudios de prevalencia en adultos de Argentina y la falta de instrumentos estandarizados, que permitan además hacer comparaciones transculturales se planteó la necesidad de buscar un instrumento que fuera lo suficientemente confiable y válido como para adaptarlo a población local. Teniendo como antecedente la estan-

darización del *Child Behaviour Checklist* de 6 a 11 años (Samaniego, 2008) y del *Child Behaviour Checklist* de 1½ a 5 años (Vázquez y Samaniego, 2017) se buscó dentro de los instrumentos del sistema ASEBA. Para la edad de adultos entre 18 y 59 años Achenbach y Rescorla diseñaron *el Adult Self Report* (ASR), un cuestionario de auto-reporte de problemas comportamentales y emocionales, que a su vez tiene una versión para ser respondida por un conocido de ese adulto, el *Adult Behaviour Checklist* (ABCL). Los autores han podido construir, a partir de los ítems de los cuestionarios, escalas orientadas en los criterios diagnósticos del DSM-IV y escalas de síndromes de problemas. Para lograr las escalas orientadas, se hicieron consultas a expertos de diferentes sociedades acerca del grado de consistencia entre los ítems de los cuestionarios y los criterios del DSM-IV. En cambio, los síndromes se determinaron estadísticamente mediante un análisis factorial. Los cuestionarios (ASR) y (ABCL) facilitan un enfoque multitaxonómico para evaluar la psicopatología en adultos (Achenbach, Bernstein y Dumenci, 2005).

En la evaluación psicológica del grado de psicopatología en adultos los auto-reportes han sido empleados como un recurso fundamental. Pero en los últimos años se cuestionó si éstos pueden seguir empleándose como la única base para la evaluación psicopatológica. Achenbach y colaboradores, revisando 51.000 artículos publicados en 52 revistas científicas, encontraron que 108 (0.2%) habían incluido otro informante (clínico o allegado como un amigo o miembro de la familia) encontrando solo correlaciones modestas entre ambos (Achenbach, Krukowski, Dumenci e Ivanova, 2005). Asimismo, hay evidencia que sostiene que sólo existe un acuerdo promedio de un 29% entre diagnósticos realizados a partir de entrevistas estructuradas con base en el DSM y diagnósticos hechos a través de evaluaciones clínicas (Rettew, Doyle, Achenbach,

Dumenci e Ivanova, 2006). Si bien existen diferentes instrumentos estandarizados que evalúan psicopatología en adultos, los desarrollados por Achenbach y Rescorla tienen la particularidad de permitir no solo obtener el auto-reporte sino también la mirada de una persona cercana al sujeto en evaluación.

### **Adult Self Report (ASR) y Adult Behavior Checklist (ABCL)**

El ASR es un cuestionario de auto-reporte para adultos de entre 18 y 59 años de edad, que surge como una revisión del *Young Adult Self-Report* (YASR) que había sido previamente validado para adultos de entre 18 y 30 años. Los cambios que se hicieron para construir el ASR incluyen modificaciones en la lista de ítems que evalúan problemas, y en el apartado de funcionamiento adaptativo en donde se buscó más diferenciación en medir relaciones de amistad, de pareja, con otros miembros de la familia y su satisfacción con la situación laboral. Se trata de un instrumento que evalúa no solo problemas de comportamiento, emocionales y sociales, sino además funcionamiento adaptativo, fortalezas personales y uso de sustancias. Puede ser fácilmente comprendido por personas con bajo nivel de instrucción y demora entre 15 y 20 minutos en ser administrado. La mayoría de los ítems tienen opciones de repuesta de 0, 1 y 2 para que la persona indique cuán cierta es esa frase para él/ella considerando los últimos 6 meses (Achenbach y Rescorla, 2003).

Por su parte el ABCL es una versión revisada del *Young Adult Behaviour Checklist* (YABCL), y las modificaciones que se realizaron son similares a las del ASR. El cuestionario puede ser respondido por una persona allegada al adulto, como por ejemplo esposos, amigos, compañeros, terapeuta, padres. El valor central del ABCL es la posibilidad de obtener informantes múltiples, lo cual es con-

veniente para lograr una visión más completa de la persona (Achenbach y Rescorla, 2003).

Ambos cuestionarios permiten obtener escalas de funcionamiento adaptativo (amistad, esposo/pareja, familia, trabajo y educación); escalas de uso de sustancias (tabaco, alcohol y drogas sin indicación médica); escalas de síndromes, que hacen referencia a problemas que tienden a darse de manera conjunta, son concurrentes, simultáneos, se presentan escalas estrechas (Ansioso Depresivo, Retraimiento, Quejas Somáticas, Problemas en el Pensamiento, Problemas de Atención, Comportamiento Agresivo, Comportamiento Delictivo, Comportamiento Intrusivo) y escalas amplias (Problemas Internalizantes que reflejan problemas que se dan principalmente dentro del self -ansiedad, depresión, quejas somáticas sin causa médica conocida y retraimiento- y Problemas Externalizantes que por el contrario agrupa problemas que se dan con otras personas -comportamiento agresivo, delictivo e intrusivo-). Por último, también puede calcularse un Puntaje Total de Problemas (Achenbach y Rescorla, 2003).

Tanto el ASR como el ABCL tienen múltiples aplicaciones prácticas: en servicios de salud mental, en contextos de tratamiento de abusos de sustancias, en contextos educativos, médicos, forenses, en servicios infantiles para evaluar a sus padres, y para evaluación de eficacia de programas (Achenbach y Rescorla, 2003). Al ser de fácil aplicación pueden ser usados como indicadores de eficacia terapéutica, lo cual ha sido considerado como un elemento importante para la mejora de los tratamientos y la reducción de los costos sociales debidos a los desórdenes mentales de la población (Kessler et al., 2009).

Además de sus usos en la práctica clínica, pueden ser empleados en contextos de investigación, para estudios epidemiológicos, investigaciones en donde se puedan combinar criterios diagnósticos del DSM y en enfoque de síndromes, se pueden aplicar

para estudiar enfermedades médicas, estudios transculturales (Achenbach y Rescorla, 2003), y longitudinales a partir de considerar ciertos factores de riesgo como predictores para el desarrollo de problemas Internalizantes y Externalizantes (Causadias, Salvatore y Sroufe, 2012); y en estudios sobre la continuidad de los problemas entre la niñez y la edad adulta (Reef, Diamantopoulou, Van Meurs, Verhulst y Van Der Ende, 2009).

Por todo lo mencionado, el ASR y el ABCL permiten la obtención de datos cuantitativos y estandarizados en un amplio espectro de funcionamiento adaptativo, fortalezas y problemas. Son herramientas prácticas, de evaluación de psicopatología en adultos, basados en múltiples informantes, que han evidenciado ser de utilidad para distintas sociedades (Achenbach y Rescorla, 2003; Ivanova, Achenbach, Rescorla, Turner, Árnadóttir, Au ... & Zasepa, 2015; Ivanova, Achenbach, Rescorla, Turner, Ahmeti-Pronaj, Au, ... & Zasepa, 2014). Debido a la escasez de disponibilidad de los mismos a nivel local, este trabajo se propuso analizar las propiedades psicométricas correspondientes a la estandarización del Adult Self Report (ASR) y del Adult Behavior Checklist (ABCL) de 18 a 59 años para población urbana de Argentina.

## MATERIAL Y MÉTODO

### Participantes

En el presente estudio metodológico se ha empleado un muestreo de tipo no probabilístico, intencional, durante los años 2011 y 2012 llegando a una muestra total de 735 adultos entre 18 y 59 años. Se trabajó con dos muestras, 520 formaron la muestra de población general y 215 conformaron una muestra clínica, siendo el criterio empleado el haber recibido o estar recibiendo atención por problemas en salud mental o consumo de

alcohol o drogas en el último año o en la actualidad. De la muestra de población general 48.3% eran mujeres y 51.7% eran varones, 51.7% se encontraban en el rango etareo de 18 a 35 años y un 48.3% entre 36 y 59 años. Respecto de la muestra clínica 61.9% eran mujeres y 38.1% eran varones. Un 57.2% de 18 a 35 años y un 42.8% de 36 a 59 años.

### Instrumentos

Se administraron el ASR 18-59 y el ABCL 18-59, en sus versiones en español. Son instrumentos estandarizados para registrar aspectos del funcionamiento y problemas comportamentales de adultos de 18 a 59 años. Cada uno de los instrumentos consta de 126 ítems que evalúan problemas comportamentales y emocionales y uso de sustancias. Con un criterio estadístico los autores han determinado 8 síndromes, dos escalas amplias, Externalizante e Internalizante, y el puntaje total. Ambos cuentan con niveles adecuados de confiabilidad, validez de contenido y validez de constructo (Achenbach y Rescorla, 2003).

Para poder llegar a la versión final del ASR y el ABCL para ser aplicados a población argentina se trabajó conjuntamente con Achenbach & Rescorla en la revisión de las versiones en español a fin de obtener versiones para Latinoamérica, habiendo sido evaluadas la equivalencia de contenido y la equivalencia semántica así como su validez de contenido. Luego se realizó una prueba piloto con la finalidad de verificar que todos los ítems fueran comprendidos por la población destinataria.

En este estudio el cuestionario fue administrado por estudiantes de la carrera de Psicología de 3 universidades públicas y privadas, y por graduados de la carrera de Psicología, a una muestra intencional de 735 adultos.

### Procedimiento

En todos los casos la participación fue anónima y voluntaria, firmando un consentimiento informado. Una vez que los protocolos fueron administrados, se revisó que los mismos no tuvieran ítems sin responder.

### Tratamiento estadístico de los datos

Los datos fueron procesados mediante el SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) Statistics-25.

La confiabilidad de los instrumentos se evaluó a partir del análisis de consistencia interna por medio del coeficiente Alpha de Cronbach para los puntajes totales, las escalas amplias y las estrechas. Considerando índices excelentes a los coeficientes superiores a .90, buenos a los superiores a .80, y aceptables a los superiores a .70 (George y Mallery, 2001).

La validez de criterio fue estudiada mediante la técnica de grupos contrastados entre población general y población clínica, a partir de un análisis de diferencias de medias, prueba *t* de student.

## RESULTADOS

### Niveles de confiabilidad del ASR y del ABCL

La confiabilidad fue estimada para ambos instrumentos a partir del cálculo del coeficiente Alpha de Cronbach siendo que los valores han sido altos y semejantes en lo que respecta al puntaje total y escalas amplias y más variable en los síndromes, siendo el rango de .632 a .947 para el ASR y de .533 a .940 para el ABCL (ver Tablas 1 y 2).

**Tabla 1***Coefficientes Alpha para síndromes, escalas amplias y puntaje total de ASR para ambos sexos\**

Escalas	ASR Alpha
Ansioso Depresivo	.846
Retraimiento	.743
Quejas Somáticas	.794
Problemas en el Pensamiento	.632
Problemas de Atención	.788
Comportamiento Agresivo	.839
Comportamiento Delictivo	.725
Comportamiento Intrusivo	.677
Internalizante	.899
Externalizante	.880
<b>Puntaje Total</b>	<b>.947</b>

\*N=735 (520 de población general y 215 de población clínica)

**Tabla 2***Coefficientes Alpha para síndromes, escalas amplias y puntaje total de ABCL para ambos sexos\**

Escalas	ABCL Alpha
Ansioso Depresivo	.806
Retraimiento	.743
Quejas Somáticas	.695
Problemas en el Pensamiento	.533
Problemas de Atención	.836
Comportamiento Agresivo	.851
Comportamiento Delictivo	.788
Comportamiento Intrusivo	.668
Internalizante	.862
Externalizante	.891
<b>Puntaje Total</b>	<b>.940</b>

\*N=679 (520 de población general y 159 de población clínica)

**ESTABILIZADOR DEL ADULT SELF REPORT (ASR) Y DEL ADULT BEHAVIOR CHECKLIST (ABCL) PARA...**

**Validez del ASR**

La validez de criterio fue estudiada mediante la técnica de grupos contrastados. Se presentan las medias de las escalas amplias

y estrechas del ASR para cada población (ver Tabla 3). El instrumento es capaz de diferenciar entre los grupos de población clínica y población general, en el puntaje total, escalas amplias y estrechas.

Tabla 3

*Diferencia de Medias en los puntajes total y escalas del ASR según población general y población clínica para ambos sexos\**

Escala	Población	M	P
Ansioso Depresivo	General	7.68	.000
	Clínica	11.10	
Retraimiento	General	2.82	.001
	Clínica	3.62	
Quejas Somáticas	General	2.60	.000
	Clínica	4.33	
Problemas en el Pensamiento	General	1.17	.000
	Clínica	2.32	
Problemas de Atención	General	6.75	.000
	Clínica	8.61	
Comportamiento Agresivo	General	4.94	.000
	Clínica	7.19	
Comportamiento Delictivo	General	2.84	.000
	Clínica	3.78	
Comportamiento Intrusivo	General	2.51	.015
	Clínica	2.99	
Otros Problemas	General	9.49	.000
	Clínica	11.62	
Internalizante	General	13.10	.000
	Clínica	19.06	
Externalizante	General	10.30	.000
	Clínica	13.96	
Puntaje Total	General	40.83	.000
	Clínica	55.60	

\*N=735 (520 de población general y 215 de población clínica)

Tabla 4  
Medias de síndromes, escalas amplias y puntaje total del ASR según sexo, edad y tipo de población \*

	General						Clínica					
	Varón			Mujer			Varón			Mujer		
	18 a 35	36 a 59										
Ansioso Depresivo	7.04	6.40	8.64	8.69	11.91	7.91	11.87	11.87	11.87	11.37		
Retraimiento	2.70	2.88	2.58	3.15	4.49	3.06	3.49	3.49	3.49	3.46		
Quejas Somáticas	1.85	2.02	3.23	3.39	3.79	2.43	5.12	5.12	5.12	4.93		
Problemas en el Pen-samiento	1.54	.77	1.32	1.01	3.40	1.20	2.51	2.51	2.51	1.86		
Problemas de Atención	7.30	5.41	7.45	6.75	10.83	6.14	8.61	8.61	8.61	8.32		
Comportamiento Agresivo	5.30	4.23	5.35	4.81	8.11	5.26	8.01	8.01	8.01	6.53		
Comportamiento Delictivo	4.20	2.07	3.06	1.87	5.79	3.20	3.47	3.47	3.47	2.91		
Comportamiento Intrusivo	3.09	1.99	2.70	2.21	3.66	2.60	3.03	3.03	3.03	2.63		
Internalizante	11.58	11.30	14.45	15.23	20.19	13.40	20.47	20.47	20.47	19.75		
Externalizante	12.59	8.30	11.11	8.90	17.55	11.06	14.51	14.51	14.51	12.07		
Puntaje Total	43.57	33.94	44.69	40.64	65.00	41.71	58.47	58.47	58.47	52.54		

\*N=735 (520 de población general y 215 de población clínica)

Al considerar las escalas amplias, se encontraron valores más altos en el grupo clínico en comparación con el grupo de población general, tanto para los varones (puntaje total  $M=65.48$  vs  $M=41.75$ ; problemas externalizantes  $M=23.71$  vs  $M=16.86$ ; problemas internalizantes  $M=19.76$  vs  $M=10.96$ ), como para las mujeres (puntaje total  $M=54.14$  vs  $M=37.65$ ; problemas externalizantes  $M=18.51$  vs  $M=14.62$ ; problemas internalizantes  $M=16.45$  vs  $M=10.24$ ). Estas diferencias entre los grupos, en los niveles promedio de problemas, resultaron ser estadísticamente significativas mediante una prueba *t* de Student ( $p<0.05$ ). En el caso de las escalas estrechas, se observa en los varones una discriminación adecuada en todas ellas; mientras que para las mujeres no alcanzan un nivel de significación de  $p>0.05$  en el caso de comportamientos agresivos y problemas de sueño. Esto puede deberse al *n* de la muestra de mujeres en el grupo clínico, y requiere de mayores análisis en el futuro.

### **Medias de niveles de problemas comportamentales y emocionales (ASR y ABCL) según sexo, edad y tipo de población**

Se calcularon las medias del ASR por edad y sexo para población clínica y población general (ver Tabla 4). Las medias para los síndromes y escalas en general han sido menores a más edad para ambos sexos y ambas poblaciones. La media de la escala internalizante es mayor para las mujeres de mayor edad del grupo de población general; mientras que para el grupo de población clínica las medias más altas las tienen los varones y mujeres de menor edad. Por otra parte la media de problemas externalizantes es mayor para los varones, del grupo de menor edad, en ambos grupos. Respecto de la media

de problemas totales es mayor en los grupos de varones y mujeres más jóvenes.

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

En cuanto a la confiabilidad de los instrumentos, pudo demostrarse un excelente nivel de consistencia interna para el puntaje total, con coeficientes superiores a .90 tanto para el ASR como para el ABCL. Estos valores son similares a los reportados en estudios transculturales previos (Rescorla et al., 2016). Por otra parte, a través del estudio de validez de criterio, el ARS demostró ser capaz de diferenciar entre los grupos de población clínica y población general.

A partir de demostrar la confiabilidad y validez de los instrumentos, el presente estudio es un aporte metodológico relevante para el diagnóstico de problemas comportamentales y emocionales en jóvenes y adultos. Se ha ofrecido información valiosa que complementa los estudios previos realizados en la región (Aszkenazi y Casullo, 1984; Casullo, 2004; Casullo y Aszkenazi, 1985; Di Marco, 1982; Pagés Larraya et al., 1982; Puentes et al., 1981).

El ASR y el ABCL permiten la obtención de datos cuantitativos y estandarizados en un amplio espectro de funcionamiento adaptativo, fortalezas y problemas. Son herramientas prácticas, de evaluación de psicopatología en adultos, basados en múltiples informantes. La disponibilidad de estos cuestionarios de evaluación psicológica, validados para población argentina, podrán ser empleados en la práctica clínica, estudios epidemiológicos, investigaciones sobre eficacia de tratamiento, y estudios longitudinales a partir de considerar factores de riesgo como predictores para el desarrollo de problemas Internalizantes y Externalizantes.

## ABSTRACT

*Introduction: Psychological evaluation questionnaires that can be applied both at a clinical and epidemiological level facilitate the task of health professionals. Because there are few in the region, this work was proposed to analyze the psychometric properties corresponding to the standardization of the Adult Self Report (ASR) and the Adult Behavior Checklist (ABCL) from 18 to 59 years for urban population of Argentina. Objective: To analyze the reliability and validity of the ASR and the ABCL in its Spanish version. Method: A methodological study was conducted on a sample of 735 adults between 18 and 59 years old. We worked with two samples, 520 formed the general population sample and 215 formed a clinical sample of mental health population. Results: The reliability and validity of ASR was demonstrated for the evaluation of behavioral and emotional problems in young people and adults. As an instrument that allows the possibility of evaluating mental health through an informant, the ABCL demonstrated adequate levels of reliability. Conclusions: The standardization of ASR and ABCL allows to have practical tools for evaluating psychopathology in adults, based on multiple informants.*

*Keywords: ABCL, adults, ASR, mental health, young*

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achenbach, T. M. (2001). Challenges and benefits of assessment, diagnosis, and taxonomy for clinical practice and research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(3), 263-271. doi: 10.1046/j.1440-1614.2001.00899.x.
- Achenbach, T. M., Bernstein, A., & Dumenci, L. (2005). DSM-oriented scales and statistically based syndromes for ages 18 to 59: linking taxonomic paradigms to facilitate multitaxonomic approaches. *Journal of Personality Assessment*, 84(1), 49-63. doi: 10.1207/s15327752jpa8401\_10.
- Achenbach, T.M. Krukowski, R.A., Dumenci, L. & Ivanova, M.Y. (2005). Assessment of adult psychopathology: Meta-analyses and implications of cross-informant correlations. *Psychological Bulletin*, 131(3), 361-382. doi: 10.1037/0033-2909.131.3.361.
- Achenbach, T.M. & Rescorla, L.A. (2003). *Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Aszkenazi, M., y Casullo, M. M. (1984). Factores socioculturales y presencia de psicopatologías en poblaciones de distintas localidades argentinas.; Sociocultural factors and presence of psychopathologies in populations of different localities of Argentina. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 30(1), 11-20.
- Baxter, A. J., Patton, G., Scott, K. M., Degenhardt, L., & Whiteford, H. A. (2013). Global epidemiology of mental disorders: what are we missing?. *PLoS One*, 8(6). doi: 10.1371/journal.pone.0065514
- Borsboom, D., Cramer, A. O., Schmittmann, V. D., Epskamp, S., & Waldorp, L. J. (2011). The small world of psychopathology. *PLoS One*, 6(11). doi: 10.1371/journal.pone.0027407
- Casullo, M. M. (2004). Síntomas psicopatológicos en adultos urbanos. *Psicología y Ciencia Social*, 6(1), 49-57.
- Casullo, M.M. y Aszkenazi, M. (1985). Prevalencia de patologías mentales en la Argentina 1979-1983. *Documenta Laboris*, PEPSI, CONICET, V, 78.
- Causadias, J. M., Salvatore, J. E., & Sroufe, L. A. (2012). Early patterns of self-regulation as risk and promotive factors in development: A longitudinal study from childhood to adulthood in a high-risk sample. *International Journal of Behavioral Development*, 36(4), 293-302. doi: 10.1177/0165025412444076
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J.P., ... & Chatterji, S. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 291(21), 2581-2590.
- Di Marco, G. (1982). Prevalencia de desórdenes mentales en el area metropolitana de la República Argentina.; Occurrence of mental disorders among the metropolitan area of Argentine. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 28(2), 93-102.
- George, D., & Mallery, M. P. (2001). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Hudziak, J. J., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., & Pine, D. S. (2007). A dimensional approach to developmental psychopathology. *International journal of methods in psychiatric research*, 16(S1), S16-S23. doi: 10.1002/mpr.217
- Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Turner, L. V., Árnadóttir, H. A., Au, A., ... & Zasepa, E. (2015). Syndromes of collateral-reported psychopathology for ages 18-59 in 18 Societies. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(1), 18-28. doi: 10.1016/j.ijchp.2014.07.001

- Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Turner, L. V., Ahmeti-Pronaj, A., Au, A., ... & Zasepa, E. (2015). Syndromes of Self-Reported Psychopathology for Ages 18–59 in 29 Societies. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 1-13. doi: 10.1007/s10862-014-9448-8
- Kessler, R. C. (2010). The Prevalence of Mental Illness. In T. L. Scheid & T. N. Brown (Eds.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems* (2nd ed., pp. 46-63). New York: Cambridge University Press.
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., & Üstün, T. B. (2009). The WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Psychiatrie (Stuttgart, Germany)*, 6(1), 5-9.
- Kessler, R. C., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Bromet, E., Cuitan, M., ... & Zaslavsky, A. M. (2010). Screening for serious mental illness in the general population with the K6 screening scale: results from the WHO World Mental Health (WMH) survey initiative. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 19(S1), 4-22.
- Kessler, R. C., Ormel, J., Petukhova, M., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Russo, L. J., ... & Ustun, T. B. (2011). Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. *Archives of general psychiatry*, 68(1), 90-100. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.180
- Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, J. M., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., ... & Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 18(4/5), 229-40.
- Kohn, R., y Rodríguez, J. (2009). Prevalencia y carga de los trastornos mentales en la población adulta de América Latina y el Caribe. En: J. Rodríguez, R. Kohn, S. Aguilar-Gaxiola. (Eds.), *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (pp. 19-32). Washington, DC: OPS.
- Pagés Larraya, F., Casullo, M.M., y Paso Viola, F., (1982). Prevalencia de la Patología Mental en la megalópolis de Buenos Aires. *Documenta Laboris*. Programa de Investigaciones sobre Epidemiología Psiquiátrica. CONICET, 32.
- Puentes, M.; Fenot, D.; Fernández Hulton, P., y otros. (1981). Prevalencia de la Patología Mental en la República Argentina. *Documenta Laboris* 13.
- Reef, J., Diamantopoulou, S., Van Meurs, I., Verhulst, F., & Van Der Ende, J. (2009). Child to adult continuities of psychopathology: a 24 year follow up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120(3), 230-238. doi: 10.1111/j.1600-0447.2009.01422.x.
- Rescorla, L. A., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Turner, L. V., Árnadóttir, H., Au, A., ... & Funabiki, Y. (2016a). Collateral reports and cross-informant agreement about adult psychopathology in 14 societies. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(3), 381-397. doi:10.1007/s10862-016-9541-2
- Rettew, D., Doyle, A., Achenbach, T. M., Dumenci, L., & Ivanova, I. M. (2006). Meta-analyses of agreement between clinical evaluations and standardized diagnostic interviews. *Manuscript in preparation*.
- Ricci-Cabello, I., Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., y Montero-Piñar, I. (2010). Morbilidad psíquica, existencia de diagnóstico y consumo de psicofármacos: Diferencias por comunidades autónomas según la encuesta nacional de salud de 2006. *Revista española de salud pública*, 84(1), 29-41.
- Rodríguez, J.J., Kohn, R., y Levav, I. (2009). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe En Rodríguez, J. (Ed.): *Salud Mental en la Comunidad*. Segunda Edición. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Samaniego, V. C. (2008). El Child Behavior

**ESTABILIZADOR DEL ADULT SELF REPORT (ASR) Y DEL ADULT BEHAVIOR CHECKLIST (ABCL) PARA...**

- Checklist: su estandarización en población urbana argentina. *Revista de Psicología*, 4(8).
- Saraceno B. y Fleischman, A. (2009). La salud mental desde una perspectiva mundial En Rodríguez, J. (Ed.), *Salud Mental en la Comunidad*. Segunda Edición. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Vázquez, N., y Samaniego, V. C. (2017). Estandarización del Child Behavior Checklist para preescolares de población urbana de Argentina. *Revista Evaluar*, 17(1), 65-79. doi: 10.35670/1667-4545.v17.n1.17075
- Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R., y Torres, S. (2005). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Latinoamérica: revisión crítica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIV(4), 506-514.
- Wakefield, J.C. y Schmitz, M.F. (2010). The measurement of mental disorder. In T. L. Scheid & T. N. Brown (Eds.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems* (2nd ed., pp. 46-63). New York: Cambridge University Press.

Artículo recibido: 22/05/2019

Artículo aceptado: 15/06/2019