

# Evaluación de la psicopatología del preescolar mediante el Early Childhood Inventory-4 (ECI-4): concordancia entre padres y maestros

Ferrán Viñas Poch, María Claustre Jané Ballabriga\*, Josepa Canals Sans\*\*, Griselda Esparó Hidalgo\*\*,  
Sergi Ballespí Solà\* y Edelmira Doménech-Llaberia\*

Universidad de Girona, \* Universitat Autònoma de Barcelona y \*\* Universitat Rovira i Virgili

El objetivo principal de este estudio es conocer la concordancia entre informantes, padres y maestros, en cada una de las dimensiones o categorías diagnósticas del Early Childhood Inventory-4 (ECI-4). Además, se pretende analizar la influencia de la presencia de problemas de salud en los padres en la descripción y valoración de la conducta de una muestra de 204 alumnos de preescolar (3 a 6 años) de perfiles socioeconómicos diferentes. Los resultados indican que los padres tienden a valorar con mayor severidad los síntomas, observándose una mayor concordancia entre informantes en los relativos a los trastornos del desarrollo.

*Assessment of psychopathology in preschool age children through the Early Childhood Inventory-4 (ECI-4): Agreement among parents and teachers.* The main purpose of this study is to determine the level of agreement among parents and teachers as informants in each one of the dimensions or diagnostic categories of the Early Childhood Inventory-4 (ECI-4). Moreover, the effect of health problems in parents in the description and appraisal of behaviour of a sample of 204 students of preschool (3-6 years) of various socioeconomic profiles is analyzed. The results indicate that parents tend to value the symptoms with greater severity, and higher agreement was observed when informing about developmental disorders.

Durante la etapa preescolar, es decir, el período comprendido entre los 3 y los 6 años de edad, la evaluación de la psicopatología se sustenta en buena parte en la información que aportan padres y profesores. Esta evaluación multiinformante permite conocer la conducta del niño en los distintos contextos en los que se desarrolla e interactúa. Además, proporciona un perfil lo suficientemente amplio, exhaustivo, detallado y completo de su repertorio conductual. No obstante, los informantes que participan en el proceso de evaluación no siempre coinciden en la valoración de la conducta objeto de estudio. De hecho, en la práctica clínica frecuentemente el grado de coincidencia entre informantes es muy bajo (Handwerk, Larzelere, Soper y Friman, 1999; Jané, Araneda, Valero y Doménech-Llaberia, 2000). En consecuencia, es importante ponderar con el máximo rigor posible los datos que proceden del adulto. Para ello es necesario conocer cuales son los factores que pueden explicar la discrepancia entre informantes.

Para abordar el análisis de los factores que pueden contribuir a un mayor o menor grado de acuerdo entre informantes, es preciso realizar algunas consideraciones previas. En primer lugar, aun cuando los elementos a partir de los cuales se realiza la valoración del síntoma son idénticos, en cuanto a características y frecuencia

con que se manifiesta (mismo formato), no se refieren generalmente a un mismo contexto. Dicho de otro modo, la observación y valoración de dichos elementos se lleva a cabo en situaciones diferentes, y en consecuencia, más que discrepancias, se dan diferentes valoraciones de un determinado comportamiento que puede variar según el contexto (Verhulst y Akkerhuis, 1989). Además, mientras algunos síntomas pueden diferir o limitarse a un solo contexto (como por ejemplo la inhibición o el trastorno de conducta) otros, siendo una condición necesaria para el diagnóstico, se manifiestan en más de un contexto (como en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad). Esto conlleva que la información que proporcionan padres y profesores sea de importancia primordial en el proceso diagnóstico (Amador, Forns, Guàrdia y Peró, 2006). Sin embargo, a menudo resulta difícil interpretar estas discrepancias entre informantes: ¿vienen explicadas por los distintos contextos en las que ha sido observada la conducta o por los sesgos perceptivos del observador? En consecuencia, se hace necesario disponer de mayor información que pueda ayudar al clínico en la ponderación y valoración de los datos aportados por los informantes, a partir de los cuales orientar correctamente el diagnóstico. En segundo lugar, otro aspecto a tener en cuenta, y de manera muy especial en el ámbito de la investigación epidemiológica, es el tipo de población a la que va dirigida la evaluación. Así, en estudios con muestras clínicas los padres tienden a valorar con mayor severidad los síntomas que los propios niños (Thurber y Snow, 1990; Kolko y Kazdin, 1993), mientras que en población normal sucede todo lo contrario (Achenbach y Rescorla, 2001). Por otra parte, también conviene considerar las características del informador. Los maestros pasan muchas horas con sus alumnos y

pueden observar su conducta tanto en el aula (contexto académico) como en el patio (interacción con sus iguales), pudiendo además compararla con otros niños. Por el contrario, muchos padres no disponen de referentes y las horas que pasan con sus hijos, muchas veces, son inferiores a la de los maestros. Finalmente, otra cuestión a considerar es la facilidad con que algunos niños exteriorizan o comunican sus estados emocionales según la persona de que se trate.

Los diferentes factores que pueden influir en la valoración de la psicopatología se pueden agrupar en cuatro categorías: a) Factores sociodemográficos, como la edad (Achenbach, McConaughy y Howell, 1987; Verhulst y Akkerhuis, 1989), el género (Handwerker et al., 1999), b) el tipo de psicopatología evaluada (Kolko y Kazdin, 1993; Rivas, Vázquez y Pérez, 1995); c) presencia de problemas de salud en los padres, especialmente, niveles elevados de estrés y depresión parental aparecen asociados a mayor discordancia y sobrevaloración de los síntomas (Brody y Forehand, 1986; Garber, Van Slyke y Walter, 1998, ) y d) El estado clínico del sujeto objeto de evaluación (Kolko y Kazdin, 1993, Deng, Xianchen y Rosa, 2004).

Además, el acuerdo interparental puede variar en función de la psicopatología evaluada (Duhig, Renk, Epstein y Phares, 2000). Las madres parecen ser mejores informantes que los padres, especialmente de los síntomas internalizantes y, junto con los maestros, de los externalizantes (Phares, 1997).

El objetivo de este estudio es conocer el grado de concordancia entre informantes, padres y maestros, en cada una de las dimensiones o categorías diagnósticas del Early Childhood Inventory (ECI-4), un instrumento basado en criterios DSM-IV y cuyo uso, tanto en el ámbito clínico como epidemiológico, cada vez es mayor. Además se pretende analizar la relación entre presencia de problemas de salud en los padres y la valoración que hacen de la conducta de sus hijos y averiguar si la información aportada conjuntamente por padres y madres coincide más con la de los maestros que cuando lo hacen por separado.

#### Método

##### *Participantes*

Un total de 204 alumnos de preescolar (3 a 6 años), pertenecientes a 8 centros escolares ubicados en la ciudad de Girona de perfiles socioeconómicos diferentes, han participado en este estudio. De las 96 niñas y 108 niños que han sido evaluados por sus padres y sus maestros, el 44.8% pertenecía al nivel socioeconómico bajo o medio-bajo, el 24.5% al medio, y el 30.7% restante al nivel alto o medio-alto. Por cursos, el 37.7% era de P3, el 33.8% de P4 y el 28.4% de P5.

##### *Instrumentos*

Early Childhood Inventory-4 (Sprafkin y Gadow, 1996). Se trata de un instrumento diseñado para el cribado de la sintomatología cognitiva, conductual y afectiva de los trastornos psiquiátricos en la etapa pre-escolar (3-6 años). Los diferentes ítems que componen este inventario están basados en los criterios diagnósticos del DSM-IV. Cada ítem (síntoma) es valorado por los padres en una escala de cuatro puntos (nunca, 0 puntos, a veces, 1 punto, a menudo, 2 puntos y muy a menudo, 3 puntos). Las categorías del ECI (ver tabla nº 1) pueden ser valoradas de dos maneras distintas: mé-

todo de puntuación de corte (Screening Cutoff) y cuantificación de la severidad de los síntomas. En el primer método, el número total de síntomas observados en cada categoría es comparado con el número mínimo de síntomas que, de acuerdo con el DSM-IV, son necesarios para considerar el diagnóstico. Si la respuesta dada en el ítem refleja que el síntoma se observa «a menudo» o «muy a menudo», dicho síntoma es considerado como un problema clínico. Mediante este método de puntuación, los síntomas son considerados como presentes («a menudo» o «muy a menudo», 1 punto) o ausentes («nunca» o «a veces», 0 puntos). El segundo método permite obtener una cuantificación de la severidad de los síntomas de cada categoría diagnóstica.

Este instrumento ha demostrado una excelente sensibilidad y especificidad en la mayoría de los trastornos incluidos en él (Sprafkin y Gadow, 1996) y los datos relativos a la validez convergente, divergente y discriminante avalan su utilidad como instrumento de screening en población clínica (Sprafkin, Volpe, Gadow, Nolan y Kely, 2002). En este estudio se ha utilizado la versión española cuyas propiedades psicométricas son similares a la versión original (Jané et al, 2006). Concretamente, y para la presente investigación, la consistencia interna oscila entre .62 (Trastorno por estrés postraumático) y .94 (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad) para la versión maestros, y entre .44 (Eliminación o problemas del control de esfínteres) y .87 (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad) en la versión para padres. Estos datos son parecidos a los hallados por Jané et al. 2006.

Cuestionario de Salud General GHQ-28 (Goldberg y Hillier, 1979). Es una versión reducida del GHQ (Goldberg, 1978), que consta de 28 ítems y cuatro escalas (síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave). Existen dos métodos de puntuación del GHQ, el Likert y el GHQ. En este estudio hemos utilizado el método de puntuación GHQ en que los ítems valorados como «no, en absoluto» e «igual que lo habitual» puntúan cero y con un punto los valorados como «bastante más de lo habitual» y «mucho más de lo habitual». Las propiedades psicométricas de la versión española del GHQ-28, referidas tanto a la validez como a la fiabilidad, son aceptables (Lobo, Pérez-Echevarría y Artal, 1986). En el presente estudio ambos padres cumplieron, respectivamente, el GHQ-28.

Four Factor Index of Social Status (Hollingshead, 1975). Este instrumento proporciona un índice del nivel socioeconómico a partir de cuatro factores: estado civil, ocupación, educación y jubilación. Esta información se obtuvo a partir de un cuestionario de datos personales administrado a los padres. El nivel de estatus socioeconómico para una unidad familiar se calcula multiplicando los valores de las escalas de ocupación y educación por unos factores de corrección que tienen su origen en el análisis de regresión múltiple realizado por el propio autor. Los valores obtenidos se pueden agrupar en cinco categorías: alto (66-55), medio-alto (54-40), medio (39-30), medio-bajo (29-20) y bajo (19-8).

##### *Procedimiento*

Después de obtener los correspondientes permisos del Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya, se procedió a la presentación del estudio y a la petición de colaboración de los centros de Enseñanza Infantil Primaria que previamente habían sido seleccionados al azar mediante la técnica de muestreo

aleatorio por conglomerados. A través de los centros se contactó con los padres y se organizaron sesiones informativas en las que se solicitó su participación y consentimiento. Durante estas sesiones se facilitaban las instrucciones necesarias para rellenar correctamente los cuestionarios y en algunos casos se procedía a la administración de los mismos. Aquellos padres que prefirieron no cumplimentar los cuestionarios durante las sesiones informativas lo hicieron en sus hogares y posteriormente los entregaron en sus centros escolares. Paralelamente, cada profesor/a tutor/a evaluó sus alumnos con la recomendación de que no cumplimentara más de 4 cuestionarios por día. En el 78.8 % de los casos los cuestionarios fueron cumplimentados solo por la madre, 11.5% por el padre y 9.7% por ambos.

#### Análisis de datos

Para el primer objetivo, conocer el grado de concordancia entre informantes, se han calculado los siguientes estadísticos en función del método de valoración del ECI utilizado. Índice Kappa y comparación de medias mediante la prueba *t* de Student para grupos relacionados en el caso del método de puntuación de corte (valoración dicotómica: ausencia versus presencia del síntoma). Concretamente se ha comparado el número de ítems valorados como clínicamente relevantes para cada una de las 10 categorías diagnósticas del ECI. La valoración del índice Kappa se ha basado en los criterios de Altman (1991): valor <.20; concordancia pobre; 0.21-0.40; débil; 0.41-0.60; moderada; 0.61-0.80; buena; y 0.81-1.00 muy buena. Para el segundo método de valoración, cuantificación de la severidad mediante escala likert de 3 puntos, se han comparado las medias de cada categoría en función del informante mediante la prueba *t* de Student para grupos relacionados y se han calculado las correlaciones entre ambas valoraciones. Asimismo, se ha generado, para cada categoría diagnóstica, una nueva variable que refleja el grado de concordancia entre informantes. Dicha variable se ha obtenido calculando la diferencia entre el número de síntomas valorados como clínicamente relevantes por padres y profesores. Un valor negativo indicaría que los profesores han valorado como clínicamente relevantes más síntomas que los padres, mientras que un valor positivo señalaría lo contrario. La aproximación a cero indica grado de acuerdo elevado. Posteriormente, se ha categorizado en: 1. Elevada concordancia (valor cero), 2. Discordancia: padres informan mayor número de síntomas (valor igual o superior a 1) y 3. Discordancia: padres informan menor número de síntomas (valor igual o inferior a -1). En el caso de la categoría I, y dada la escasa variabilidad, no ha sido posible realizar la comparación. Estas nuevas variables han permitido analizar, mediante ANOVA, la asociación entre problemas de salud en los padres y grado de concordancia. En el caso de que padre y madre hayan cumplimentado conjuntamente el ECI, se han calculado las puntuaciones promedio de las diferentes dimensiones del GHQ.

Finalmente, y con el objetivo de conocer si ambos padres, cuando lo hacen conjuntamente, coinciden más con los maestros en la valoración de los síntomas que cuando lo hacen por separado, se ha utilizado la prueba Chi cuadrado para comparar tipo de informante (padre, madre o ambos conjuntamente) con grado de concordancia. Con el fin de adaptar las variables a los requisitos de la prueba, se han reagrupado las tres categorías anteriores en dos (concordancia vs. discordancia, sea superior o inferior a la de los maestros).

El nivel de significación requerido en todas las pruebas estadísticas fue de  $p < .05$  y el análisis estadístico de los datos se llevó a cabo mediante el paquete estadístico SPSS versión 13.0.

## Resultados

### Concordancia entre informantes: valoración dicotómica (ausencia/presencia de los síntomas)

Cuando consideramos el método de valoración dicotómica de los ítems (ausencia versus presencia de síntomas clínicamente relevantes), los resultados obtenidos mediante el índice Kappa indican, en términos generales, una elevada discrepancia entre padres y maestros. De los 77 ítems del ECI presentes en ambas versiones (padres y maestros), en 12 el valor del índice Kappa oscila entre .21 y .39 (fuerza de la concordancia débil) y en dos se obtienen valores de .44 y .45 (fuerza de la concordancia moderada). En el resto se obtienen valores por debajo de .20 (fuerza de la concordancia pobre). Los dos ítems con valores Kappa más elevados pertenecen a la categoría M (trastornos del espectro autista). Concretamente, se trata de los ítems: «tiene un problema importante con el lenguaje» y «habla de forma rara (repite lo que otros dicen, confunde palabras como «tu» o «yo», usa frase o palabras extrañas, etc.)». Por lo que respecta al resto de ítems, la mayoría de los síntomas con una concordancia débil pertenecen a las categorías relativas a los trastornos de conducta («no presta atención a los detalles o comete errores por descuido», «es olvidadizo en actividades diarias», «culpa a otros de sus errores o mal comportamiento», «interrumpe conversaciones o se entromete en actividades de otros niños/as» etc.).

El número de ítems valorados como clínicamente relevantes por parte de padres y maestros es similar en las categorías referidas a trastornos emocionales ( $t(203) = -.74$ , *ns*), de la eliminación ( $t(203) = -.82$ , *ns*), trastorno reactivo del vínculo ( $t(203) = -.82$ , *ns*), trastorno por estrés postraumático ( $t(203) = -1.65$ , *ns*) y del espectro autista ( $t(203) = .55$ , *ns*). En el caso de los trastornos de conducta (TDAH:  $t(203) = -4.10$ ,  $p < .001$ ; TND:  $t(203) = -2.93$ ,  $p = .004$ ) y del humor ( $t(203) = -2.31$ ,  $p = .022$ ), los padres tienden a valorar más ítems que los maestros como clínicamente relevantes. No obstante, el trastorno disocial ( $t(203) = -1.21$ , *ns*) y la fobia social ( $t(203) = -6.30$ ,  $p < .001$ ), son la excepción.

### Concordancia entre informantes: valoración tipo escala Likert

En la tabla 1 se muestran los resultados obtenidos al comparar las medias, para cada categoría diagnóstica del ECI, relativas a la severidad de los síntomas que han sido valorados por padres y maestros. Como se puede observar, los padres tienden a valorar con mayor intensidad la severidad de los síntomas relativos al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Trastorno Negativista Desafiante, Trastornos de Ansiedad (fobia específica, ansiedad generalizada, tics etc.) y trastornos de la eliminación. Asimismo, la correlaciones entre ambas valoraciones (padres versus maestros) son muy bajas o nulas, a excepción de la categoría «Trastornos del espectro autista» en que se obtiene la correlación más elevada ( $r = .42$ ). A continuación le siguen «Trastornos de la eliminación» y «Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad» con correlaciones de .36 y .35, respectivamente. La media de las correlaciones es de .23.

Tabla 1  
Concordancia padres-maestros en la valoración de la severidad de los síntomas de cada categoría diagnóstica

Categorías del ECI	Padres		Maestros		t	p	r
	Media	Sd.	Media	Sd.			
A: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad	14.62	7.50	8.07	9.08	9.65	<.001	.352
B: Trastorno Negativista Desafiante	5.37	3.48	2.50	3.57	9.06	<.001	.203
C: Trastorno de la Conducta Antisocial	1.06	1.61	.91	2.10	.91	ns	.274
E: Trastornos de ansiedad: fobia específica, ansiedad generalizada etc.	3.93	3.43	2.27	2.95	5.58	<.001	.170
F: Trastornos del humor	1.15	1.65	.93	1.62	1.57	ns	.249
G: Fobia Social	1.18	1.18	1.16	1.21	.15	ns	.243
I: Trastornos de la eliminación	0.22	0.58	0.11	0.43	2.56	.011	.355
J: Trastorno por estrés postraumático	0.16	0.66	0.26	0.76	-1.39	ns	-.041
L: Trastorno reactivo del vínculo	0.57	0.86	0.65	0.86	-.93	ns	.122
M: Trastornos del espectro autista	2.63	3.22	2.13	3.73	1.86	.064	.416

Nota: en la categoría G no se ha tenido en cuenta el ítem 79 dado que no indica patología

### Concordancia y problemas de salud en los padres

Los resultados indican en general que los padres que más coinciden con los maestros, en la valoración de los síntomas, obtienen puntuaciones más bajas en las dimensiones del GHQ, mientras que los más discordantes presentan mayor malestar. Estas diferencias, no obstante, solo son significativas para algunas de las dimensiones del GHQ y varían en cada categoría diagnóstica. Concretamente, y para la categoría A, los padres que valoran un mayor número de síntomas como clínicamente relevantes obtienen puntuaciones más elevadas en síntomas somáticos ( $F(2, 203)=3.70$ ,  $p=.027$ ; Prueba de Scheffé,  $p=.027$ ); en la categoría B, los que valoran mayor número de síntomas que los maestros padecen mayor ansiedad e insomnio y disfunción social ( $F(2, 203)=3.82$ ,  $p=.024$ ; Prueba de Scheffé,  $p=.047$  y  $F(2, 203)=3.28$ ,  $p=.040$ ; Prueba de Scheffé,  $p=.049$ ); en el caso de la categoría C, los que informan de un mayor número de síntomas obtienen puntuaciones más elevadas en depresión ( $F(2, 203)=3.97$ ,  $p=.021$ ; Prueba de Scheffé,  $p=.038$ ); para la categoría L, los que valoran más síntomas como clínicamente relevantes tienen más síntomas somáticos y mayor disfunción social ( $F(2, 203)=5.14$ ,  $p=.007$ ; Prueba de Scheffé,  $p=.008$ , y  $F(2, 203)=4.82$ ,  $p=.009$ ; Prueba de Scheffé,  $p=.015$ , respectivamente); en la Categoría F, los padres que sobrevaloran obtienen puntuaciones más elevadas, en comparación con los que coinciden con los maestros, en síntomas somáticos ( $F(2, 203)=6.80$ ,  $p<.001$ ; Prueba de Scheffé,  $p=.002$ ), mayor ansiedad e insomnio, tanto los que valoran menos como los que sobrevaloran ( $F(2, 203)=5.81$ ,  $p=.004$ ; Prueba de Scheffé,  $p=.037$  y  $p=.038$ , respectivamente) y mayor disfunción social y depresión los que valoran menos ( $F(2, 203)=4.37$ ,  $p=.014$ ; Prueba de Scheffé,  $p=.040$  y  $F(2, 203)=8.25$ ,  $p<.001$ ; Prueba de Scheffé,  $p<.001$ , respectivamente); para la categoría G, los padres que valoran menor número de síntomas como clínicamente relevantes, presentan mayor depresión ( $F(2, 203)=4.08$ ,  $p=.018$ ; Prueba de Scheffé,  $p=.019$ , respectivamente); y, finalmente, en la categoría J los padres que informan más síntomas que los maestros, en comparación con los más coincidentes, presentan más síntomas somáticos y mayor ansiedad e insomnio ( $F(2, 203)=4.22$ ,  $p=.016$ ; Prueba de Scheffé,  $p=.026$  y  $F(2, 203)=4.83$ ,  $p=.009$ ; Prueba de Scheffé,  $p=.046$ ,

respectivamente). En las categorías E y M, los subgrupos son homogéneos con relación a las puntuaciones de las distintas dimensiones de la GHQ-28.

Finalmente, las madres tienden a coincidir más con los maestros, o cuando lo hacen conjuntamente con los padres, en la valoración como clínicamente relevantes de los síntomas referidos a los trastornos emocionales, que no los padres cuando lo hacen por separado ( $\chi^2(2, N=210)=5.71$ ,  $p=.05$ ). Concretamente, y para la categoría E, cuando el informante es la madre o ambos padres, el porcentaje de acuerdo con los maestros es del 63.1 y 60%, respectivamente (37.5% cuando el informante es el padre). Por término general, las madres coinciden entre un 27.4 % (categoría A) y un 80% (categoría L) con los maestros, los padres entre un 29.2 % (Categoría A) y un 91.7% (categoría L), y ambos (padres y madres conjuntamente) entre un 25% (categoría A) y un 95% (Categoría L). Para cada uno de estos casos, la distribución de frecuencias en función del informante y el acuerdo es homogénea.

### Discusión y conclusiones

Los resultados obtenidos señalan una baja concordancia entre padres y maestros en la valoración tanto de los síntomas comportamentales como emocionales, similar a la encontrada por Jané et al. (2006) con el mismo instrumento. Además, estos datos son coincidentes con los aportados por otros estudios en los que se pone de manifiesto que los padres tienden a sobrevalorar los síntomas e informar de una mayor severidad y relevancia clínica (Winsler y Wallace, 2002; Kuschel, Heinrichs, Bertram, Naumann y Hahlweg, 2007). No obstante, otras investigaciones (Rivas et al., 1995) han apuntado la discrepancia entre padres y maestros en sentido contrario, lo que podría ser atribuible a las características de los instrumentos utilizados para evaluar la psicopatología o la edad evaluada. Por otra parte, el promedio de las correlaciones halladas entre las dimensiones evaluadas por padres y maestros (0.25) es muy parecido al 0.28 señalado por Achenbach et al. (1987), tras revisar 119 estudios.

Una posible explicación de estas discrepancias, a parte de las referidas al contexto, puede ser la diferencia entre padres y maestros en la apreciación o valoración del síntoma. Los maestros, en



el contexto de este tipo de estudio epidemiológico, deben rellenar un promedio de 25 cuestionarios. Es razonable pensar que la valoración de los síntomas no será tan precisa como la de los padres, a pesar de que se insiste en que no debe contestar más de 3 o 4 cuestionarios por día. El maestro puede tender a valorar los extremos, especialmente cuando el síntoma no es muy severo. Ello podría explicar, en parte, porque los padres valoran los síntomas con mayor severidad. En otras palabras, el maestro tendería a valorar como totalmente ausente un síntoma que se presenta o manifiesta con baja o moderada frecuencia.

Asimismo, la mayor concordancia entre padres y maestros en la valoración de los ítems correspondientes a síntomas del espectro autista (síndrome de Asperger y Autismo) es congruente con las características evaluadas (problemas de lenguaje, entre otros). Se trata de síntomas referidos a un mayor o menor deterioro cognitivo que lógicamente, en caso de producirse en menor o mayor grado, no tiene en principio vinculación alguna con el contexto. En contraposición, las discrepancias entre síntomas de carácter más bien conductual pueden ser atribuidas a una posible vinculación de los mismos con el contexto en el que han sido observados.

Con relación al segundo objetivo de este estudio, se constata una asociación estadística entre presencia de problemas de salud en los padres, valorados a través del GHQ-28, y una menor concordancia con los maestros. De los resultados se desprende, entre otras cosas, que los padres y madres que más discrepan con los maestros presentan problemas de ansiedad e insomnio, disfunción social, somatizaciones o depresión. Las características del estudio no permiten conocer cual es la dirección de esta relación entre problemas de salud y mayor discrepancia. Se podría hipotetizar que los padres sufren mayor malestar psicológico como consecuencia de una mayor psicopatología de sus hijos, limitada al contexto familiar, que a su vez se retroalimenta. Pero también cabría pensar

que los padres con depresión o problemas de ansiedad e insomnio pueden valorar como más disruptivas (dada una mayor sensibilidad debida a su estado emocional) conductas que otros padres valorarían como normales o menos disruptivas.

Por lo que respecta al parentesco, la madre aparece como más buena informante que el padre no incrementándose la concordancia entre padres y maestros, cuando la valoración la realizan conjuntamente ambos padres. Este resultado confirma los datos hallados por Phares (1997) y parece congruente con el hecho de que, por norma general, la madre pasa mayor tiempo que el padre con su hijo, a pesar del cambio social que se ha producido en los últimos años en el que los padres se han implicado más en el cuidado y educación de sus hijos.

Si bien estos resultados coinciden con los obtenidos en otros estudios, hay que considerar las limitaciones del estudio tanto en lo que se refiere a las características de la muestra (tamaño de la muestra, representatividad etc.) como de las circunstancias en las que se realizó la evaluación que difieren del contexto clínico.

Hay que tener en cuenta que padres y maestros están valorando los síntomas en contextos diferentes y consecuentemente más que discrepancia se puede hablar de sintomatología relativa a un contexto determinado (escolar versus familiar). El hecho de que la mayor concordancia se dé en aquellos síntomas que tienen menor relación con el contexto (espectro autista, TDHA etc) avala esta hipótesis. De ello se podría deducir que para aquellos casos en que el trastorno no difiere del contexto, la concordancia entre informantes es mayor.

#### Agradecimientos

Esta investigación ha sido financiada por el Fondo de Investigación Sanitaria, Ministerio de Sanidad y Consumo, España (FIS 99/1199).

#### Referencias

- Achenbach, T.M., McConaughy, S.H., y Howell, C.T. (1987). Child/adolescent behavior and emotional problems: Implications of cross informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, *10*, 213-232.
- Achenbach, T.M., y Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles*. Burlington: ASEBA.
- Altman, D.G. (1991). *Practical statistics for medical research*. Nueva York: Chapman and Hall.
- Amador, J.A., Forns, M., Guàrdia, J., y Però, M. (2006). Estructura factorial y datos descriptivos del perfil de atención y del cuestionario para niños en edad escolar. *Psicothema*, *18*, 696-703.
- Brody, G.H., y Forehand, R. (1986). Maternal perceptions of child maladjustment as a function of the combined influence of child behavior and maternal depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *54*, 237-240.
- Deng, S., Xianchen, L., y Roosa, M.W. (2004). Agreement between parent and teacher reports on behavioral problems among Chinese children. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *25*, 407-414.
- Duhig, A.M., Renk, K., Epstein, M.K., y Phares, V. (2000). Interparental agreement on Internalizing, Externalizing and Total Problems: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *7*, 435-453.
- Garber, J., Van Slyke, D.A., y Walter, L.S. (1998). Concordance between mother's and children's reports of somatic and emotional symptoms in patients with recurrent abdominal pain or emotional disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *26*, 381-391.
- Goldberg, D.P. (1978). *Manual of the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER-Nelson Publishing Company.
- Goldberg, D.P., e Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, *9*, 139-145.
- Handwerk, M.L., Larzelere, R.E., Soper, S.H., y Friman, P.C. (1999). Parent and Child Discrepancies in Reporting Severity of Problem Behaviors in Three Out-of-Home Settings. *Psychological Assessment*, *11*, 14-23.
- Hollingshead, A.B. (1975). *Four Factor Index of Social Status*. New Haven, CT: Unpublished manuscript, Yale University.
- Jané, M.C., Araneda, N., Valero, S., y Doménech-Llberia, E. (2000). Evaluación de la sintomatología depresiva del preescolar: correspondencia entre los informes de padres y de maestros. *Psicothema*, *12*, 212-215.
- Jané, M.C., Canals J., Ballequí, S., Viñas, F., Esparó, G., y Doménech-Llberia, E. (2006). Parents and teachers reports of DSM-IV psychopathological symptoms in preschool children: Differences between urban-rural Spanish areas. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *41*, 386-393.
- Kolko, D.J., y Kazdin, A.E. (1993). Emotional/behavioral problems in clinic and nonclinic children: Correspondence among child, parent and teacher reports. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *34*, 991-1006.
- Kuschel, A., Heinrichs, N., Bertram, H., Naumann, S., y Hahlweg, K. (2007). The prevalence of ADHD and attention problems in preschool-aged children. A comparison of two diagnostic instruments. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, *35*, 51-58.
- Lobo, A., Pérez-Echevarría, M.J., y Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, *16*, 135-140.

- Martin, J.L., Ford, C.B., Dyer-Friedman, J., Tang, J., y Huffman, L.C. (2004). Patterns of agreement between parent and child ratings of emotional and behavioral problems in an outpatient clinical setting: When children endorse more problems. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 25, 150-155.
- Phares, V. (1997). Accuracy of informants: Do parents think that mother knows best? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 165-171.
- Rivas, M., Vázquez, J.L., y Pérez, M. (1995). Alteraciones psicopatológicas en la infancia: el niño en E.G.B. *Psicothema*, 7, 513-526.
- Sprafkin, J., y Gadow, K.D. (1996). *Early Childhood Symptom Inventories*. Nueva York: Checkmate Plus.
- Sprafkin, J., Volpe, R.J., Gadow, K.D., Nolan, E.E., y Kely, K. (2002). A DSM-IV- Referenced Screening Instrument for Preschool Children: The Early Childhood Inventory-4. *Journal of the American Academy of Children and Adolescent Psychiatry*, 41, 604-612.
- Thurber, S., y Snow, M. (1990). Assessment of adolescent psychopathology: Comparison of mother and daughter perspectives. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 249-253.
- Verhulst, F.C., y Akkerhuis, G.W. (1989). Agreement between parents' and teachers' ratings of behavioral/emotional problems of children aged 4-12. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 123-136.
- Winsler, A., y Wallace, G.L. (2002). Behavior problems and social skills in preschool children: Parent-teacher agreement and relations with classroom observations. *Early Education and Development*, 13, 41-58.