

Discrepancia entre padres y profesores en la evaluación de problemas de conducta y académicos en niños y adolescentes

C. Montiel-Nava^a, J.A. Peña^b

DISCREPANCY BETWEEN PARENTS AND TEACHERS IN THE EVALUATION OF BEHAVIOR AND EDUCATIONAL PROBLEMS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Summary. Introduction. *The process of psychological evaluation in children ought to include detailed information as to the behavior and ability of children in different environments (home, school, recreation). The differences in the information from each source may be interpreted as reflecting the differences in behavior caused by the different context or interactions between the child and those reporting on him.* Objective. *To determine the relation between evaluation of the parents of their children's behavior and the evaluation of these same children by their teachers.* Patients and methods. *We studied a group of 855 children distributed as follows: 325 in the group of 9 to 11 years (146 girls, 179 boys); 243 in the group 12 to 14 years (126 girls, 117 boys) and 287 in the group 15 to 17 years (145 girls, 142 boys). The parents and teachers of these children responded to the long version of the Conners Scale, revised for parents and teachers respectively.* Results and conclusions. *There was no uniformity in the evaluation of the academic and behavior problems of the children. The evaluations depended on the age of the child and the aspect described (hyperactivity, academic problems, anxiety). There was closer agreement between parents and teachers for academic and hyperactivity problems. This relation was firmer in the adolescent group.* [REV NEUROL 2001; 32: 506-11] [<http://www.revneurolog.com/3206/k060506.pdf>]

Key words. Academic problems. Adolescents. Behavior problems. Children. Informers. Revised Conners Scale.

INTRODUCCIÓN

La evaluación de los trastornos de la niñez es una de las tareas más complejas que existen, debido a la diversidad de síntomas que se observan y a que en su mayoría son variantes de estadios evolutivos normales. Si consideramos los trastornos externos tales como el trastorno negativista-desafiante y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), se encuentra que tanto el negativismo como la inquietud son conductas esperadas en cierto grupo evolutivo.

A estas características evolutivas de la psicopatología infantil se le suma el hecho de que los niños no asisten a consulta por sí solos, sino que son llevados a la misma por sus padres, referidos por profesores u otros profesionales de la salud mental. Por lo tanto, obtener descripciones válidas de los diferentes informantes—quienes brindan la información necesaria acerca de la conducta del niño y su historia de desarrollo—es un elemento clave para el diagnóstico de trastornos psiquiátricos en la población infantil.

En general, los padres y los profesores son mejores fuentes de información que los niños, lo cual es cierto para la mayoría de los trastornos externos incluyendo el TDAH, mientras que para los trastornos internos—entre ellos la ansiedad y la depresión—los niños son mejores informantes [1,2]. Verhulst y Van der Ende [3] comunicaron que el acuerdo y consistencia entre las observaciones de padres, profesores y niños fue mayor para las conductas externas (negativismo, agresión, hiperactividad) que para las conductas internas (ansiedad, depresión, timidez). En un metanálisis acerca de las relaciones entre las descripciones de diferentes infor-

mantes, Achenbach et al [4] encontraron que existe un acuerdo mayor entre las evaluaciones de informantes similares (p. ej., ambos padres o profesores y profesionales de la salud mental), que entre las evaluaciones de diferentes tipos de informantes (padres/profesores); estas conclusiones se han corroborado en otros estudios [5-8].

La comunidad científica ha desarrollado una tendencia a considerar las diferencias o inconsistencias entre informantes como una representación del uso de medidas poco fiables o inválidas. Las diferencias en la información provista por cada una de las fuentes de información no necesariamente implica que una sea más válida que la otra, sino que puede interpretarse también como un reflejo de las diferencias conductuales ocasionadas por los diversos contextos o a las interacciones diferenciales entre el niño y quienes informan [2]. A pesar de los desacuerdos entre los diferentes informantes, la perspectiva de cada uno de ellos puede contribuir válidamente a una evaluación completa de las necesidades del niño [9].

En el estudio original de normalización de las escalas de Conners revisadas, los resultados indican que un mismo niño es percibido de manera diferente por sus padres y profesores, exhibiendo una gran variabilidad en las correlaciones entre las subescalas de padres y profesores [10]. En un estudio de adaptación de las escalas de Conners, Farré-Riba y Narbona [11] encontraron poca relación entre dicha escala para profesores y la de padres, en una muestra de niños españoles con diagnóstico de TDAH.

El objetivo del presente estudio fue determinar las relaciones existentes entre las valoraciones que dan los padres acerca de las conductas de sus niños y las que proporcionan los profesores de estos mismos niños.

PACIENTES Y MÉTODOS

Participantes

La muestra inicial la formaban 871 niños, de edades comprendidas entre 9 y 17 años (325 entre 9-11; 252 entre 12-14 y 294 entre 15-17). De la muestra global, todos los padres participaron; sin embargo, del grupo de 12 a 15 años, nueve profesores no participaron, y del grupo de 15-17,

Recibido: 11.09.00. Aceptado tras revisión externa sin modificaciones: 10.10.00.

^aEscuela de Psicología, Universidad Rafael Urdaneta. ^bServicio de Neurología Pediátrica, Hospital Universitario de Maracaibo, Maracaibo, Venezuela.

Correspondencia: Psic. Cecilia Montiel Nava. Apartado Postal 10.171. Bella Vista, Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela. Fax: 5861920526. E-mail: cmontiel@iamnet.com/jokar1@telcel.net.ve

© 2001, REVISTA DE NEUROLOGÍA

Tabla I. Composición de la muestra.

Grupo evolutivo	Mujeres	Varones	Total
9-11 años	146	179	325
12-14 años	126	117	243
15-17 años	145	142	287
Total	417	438	855

siete profesores tampoco lo hicieron. La muestra final quedó constituida por 855 niños, distribuidos de la siguiente manera: 325 en el grupo de 9 a 11 años (146 mujeres, 179 varones), 243 en el grupo de 12 a 14 años (126 mujeres, 117 varones) y 287 en el grupo de 15 a 17 años (145 mujeres, 142 varones) (Tabla I).

La selección de la muestra se hizo a través de un muestreo polietápico, donde la primera fase fue intencional y, después de escogerse la institución educativa, la segunda fase fue aleatoria. En la primera fase se seleccionaron las instituciones educativas utilizando como criterios la disponibilidad de la comunidad educativa para participar en la investigación. En la segunda etapa, aleatoria, después de seleccionar las instituciones, se escogió al azar un niño por cada 10 en cada salón de clases; en este caso, el primero, el undécimo, el vigésimo primero y así sucesivamente.

Instrumentos

–*La escala Conners revisada, para padres, versión larga* [10]: para niños y adolescentes de entre 3 y 17 años de edad, consta de 80 ítems agrupados en 14 subescalas, y miden conductas observables que reflejan problemas de comportamiento, específicamente TDAH, y síntomas relacionados con el mismo (Tabla II).

–*La escala Conners revisada, para profesores, versión larga* [10]: consta de 59 ítems. Las subescalas son las mismas de las de la escala de padres, exceptuando la subescala de problemas psicossomáticos, que no se incluye en esta versión (Tabla II). En ambas versiones (padres y profesores) el formato es de autoadministración. Se califica en una escala Lickert, cuyos anclajes son 0 y 3, donde 0 se corresponde con raramente, 1 ocasionalmente, 2 frecuentemente y 3 muy frecuentemente.

–*Propiedades psicométricas:* en un estudio piloto realizado con la versión traducida al español, el análisis de los resultados reveló que la consistencia interna de la escala medida a través de alfa de Cronbach fue: $\alpha = 0,9486$ para padres y de $\alpha = 0,9565$ para profesores, indicando una alta homogeneidad en las versiones traducidas al español y para la muestra venezolana. Por su parte, la confianza de la escala medida por el coeficiente de Spearman Brown fue: $r = 0,9268$ para padres y de $r = 0,9653$ para profesores, lo que indica que las dos mitades de la prueba son equivalentes [12].

Procedimiento

Este trabajo forma parte de un estudio completo de normalización de las escalas de Conners en la población venezolana [12]. Se utilizó una versión en español traducida y validada para este estudio. Los padres de los niños se contactaron a través de la institución educativa y se les solicitó la autorización para que su niño participara en este proceso normativo. Posteriormente, se enviaron los cuestionarios a los padres y a los profesores de los niños. Una vez devueltos, se corrigieron y se categorizaron por parejas (versión padre y profesor del mismo niño), para proceder al análisis estadístico de los datos. Los datos obtenidos se analizaron con el programa estadístico SPSS.

RESULTADOS

Los análisis correlacionales entre las puntuaciones obtenidas en cada una de las versiones de las escalas se realizaron de acuerdo con el grupo de edad.

Niños de 9 a 11 años

La tabla III muestra las correlaciones entre las notificaciones de los padres y de los profesores para cada una de las diferentes subescalas. Para este grupo evolutivo las relaciones fueron de muy baja magnitud, por lo que sólo se comunican las relaciones significativas al 0,01. Los resultados indicaron que

Tabla II. Subescalas de la escala Conners para padres revisada.

A Negativista: probable que rompa reglas, tenga problemas con la autoridad y sean molestados muy fácilmente
B Problemas académicos: aprende más lentamente, tienen dificultades organizativas, para completar tareas y problemas de concentración
C Hiperactividad-impulsividad: tiene dificultad para permanecer sentado o realizando la misma actividad por un período largo, es inquieto e impulsivo
D Timidez-ansiedad: tiene preocupaciones o miedos irracionales, tiende a ser emocional y sensible ante las críticas, ansioso en situaciones no familiares, es tímido y aislado
E Perfeccionismo: se coloca metas muy altas, es fastidioso en la manera de hacer las cosas, es obsesivo en sus trabajos
F Problemas sociales: pocos amigos, baja autoestima y autoconfianza, se siente emocionalmente distante de los demás
G Psicossomático: refiere un número inusual de dolores y molestias (sólo para la escala de padres)
H Índice de TDAH de Conners: identifica niños y/o adolescentes con riesgo de TDAH
I Índice global de Conners, intranquilidad/impulsividad: indica intranquilidad, impulsividad y falta de atención.
J Índice global de Conners, labilidad emocional: identifica individuos propensos a manifestar más respuestas o conductas emocionales (llanto, rabia, etc.) que son típicas
K Índice global de Conners: estas puntuaciones reflejan problemas de conducta en general. Altas puntuaciones tienden a indicar hiperactividad
L DSM-IV, falta de atención: puntuaciones altas se corresponden con los criterios diagnósticos de falta de atención del DSM-IV para el TDAH
M DSM-IV, hiperactividad-impulsividad: puntuaciones elevadas se corresponden con los criterios diagnósticos de hiperactividad-impulsividad del DSM-IV para el TDAH
N DSM-IV, total: puntuaciones altas se corresponden con los criterios combinados de falta de atención e hiperactividad-impulsividad para TDAH del DSM-IV

TDAH: trastorno por déficit de atención con hiperactividad; DSM-IV: *Manual diagnóstico estadístico de trastornos mentales.*

en algunos niños cuyos padres aprecian en ellos dificultades de aprendizaje, sus profesores perciben igualmente dichos problemas (BP-BM: 0,181; $\alpha = 0,01$).

Los padres que ven en sus niños características vinculadas a un riesgo para presentar TDAH son observados por sus profesores como hiperactivos/impulsivos (IP-MM= 0,159), lo que sugiere una relación entre dimensiones de una misma área de dificultad, en este caso en los aspectos de hiperactividad y sus conductas relacionadas.

Niños de 12 a 14 años

La tabla IV muestra las correlaciones entre las descripciones de los padres y de los profesores para cada una de las diferentes subescalas. Para este grupo evolutivo, los niños percibidos por sus padres como con dificultades de aprendizaje son catalogados por sus profesores de la misma forma y, adicionalmente, presentan problemas sociales (BP-BA: 0,559, $\alpha = 0,01$; BP-FM= 0,517, $\alpha = 0,05$). Los que son calificados como desatentos por sus profesores son vistos, a su vez, por sus padres como con problemas de aprendizaje (LM-BP= 0,448; $\alpha = 0,05$). Lo mismo sucede a la inversa: niños vistos con problemas de aprendizaje por sus padres, son percibidos igualmente como desatentos por sus profesores (LP-BM= 473; $\alpha = 0,05$). De la misma forma, algunos niños son catalogados como distraídos y desatentos, tanto por sus padres como por sus profesores (LP-LM= 0,454; $\alpha = 0,05$).

Tabla III. Correlaciones entre las escalas de padres y profesores. Edad: 9-11 años.

Prof.	Padres													
	AP	BP	CP	DP	EP	FP	GP	HP	IP	JP	KP	LP	MP	NP
AM	0,073	0,115	0,122 ^a	-0,001	0,052	0,038	-0,014	0,095	0,130 ^a	0,115	0,139 ^a	0,108	0,08	0,11
BM	0,101	0,181 ^b	0,086	0,088	0,017	0,002	0,093	0,104	0,113	0,039	0,097	0,142 ^a	0,063	0,122 ^a
CM	0,074	0,085	0,156 ^a	0,01	0,085	0,046	0,012	0,083	0,137 ^a	0,114	0,143 ^a	0,091	0,146 ^a	0,133 ^a
DM	-0,041	-0,057	-0,084	-0,015	0,021	0,044	-0,023	-0,084	-0,079	-0,04	-0,073	-0,055	-0,106	-0,09
EM	-0,106	-0,152	-0,101	-0,101	0,016	0,002	-0,132	-0,125	-0,133	-0,054	-0,118	-0,155	-0,094	-0,146
FM	0,007	0,063	-0,026	-0,068	0,005	-0,04	0,089	0,044	0,016	0,024	0,021	0,07	-0,019	0,034
HM	0,049	0,061	0,116	0,019	0,013	-0,034	0,013	0,055	0,092	0,019	0,074	0,045	0,103	0,085
IM	0,079	0,106	0,112	-0,004	0,056	0,026	0,008	0,081	0,11	0,081	0,111	0,11	0,088	0,115
JM	0,028	0,037	0,094	-0,018	0,033	-0,004	-0,028	0,052	0,08	0,072	0,086	0,035	0,077	0,062
KM	0,064	0,021	0,128	0,001	0,028	-0,023	0	0,053	0,086	0,047	0,08	0,038	0,101	0,077
LM	0,07	0,115	0,1	0,082	0,011	-0,008	0,09	0,078	0,1	0,014	0,078	0,083	0,097	0,103
MM	0,101	0,103	0,181	0,008	0,066	0,039	-0,018	0,109	0,159 ^b	0,092	0,151	0,084	0,157 ^a	0,135 ^a
NM	0,087	0,094	0,151	0,04	0,031	0,003	0,044	0,091	0,132 ^a	0,045	0,113	0,075	0,143 ^a	0,122 ^a

Prof.: profesores. Nivel de significancia: ^a $\alpha=0,05$, ^b $\alpha=0,01$. La tabla II muestra una descripción detallada de cada una de las subescalas.

Tabla IV. Correlaciones entre las escalas de padres y maestros/profesores. Edad: 12-14 años.

Prof.	Padres													
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
AM	-0,06	0,03	0,136	0,346	0,216	0,055	-0,058	0,161	0,13	0,034	0,106	0,163	0,237	0,263
BM	-0,199	0,559 ^b	0,086	0,007	-0,285	0,129	0,295	0,283	-0,039	0,085	0,013	0,473 ^a	-0,168	0,234
CM	-0,375	-0,109	0,001	-0,217	-0,075	-0,264	-0,227	0,072	0,046	-0,318	-0,118	0,144	0,078	0,149
DM	-0,141	0,333	-0,074	0,117	-0,184	0,063	0,103	0,079	-0,115	0,114	-0,027	0,237	-0,153	0,075
EM	0,054	-0,087	0,064	0,418 ^a	0,236	-0,261	0,039	0,018	0,105	0,199	0,169	0,066	0,151	0,138
FM	0,151	0,517 ^a	0,399	0,387	0,156	0,275	0,371	0,377	0,286	0,38	0,383	0,312	0,35	0,432 ^a
HM	-0,383	0,239	-0,018	-0,111	-0,162	-0,136	0,068	0,194	-0,001	-0,136	-0,066	0,355	-0,021	0,239
IM	-0,397	0,086	0,125	-0,171	-0,088	-0,157	-0,06	0,187	0,102	-0,23	-0,037	0,236	0,156	0,262
JM	-0,361	0,043	-0,032	0,067	0,114	-0,119	-0,19	0,095	-0,078	-0,129	-0,117	0,179	0,002	0,126
KM	-0,417	0,146	0,041	-0,062	-0,019	-0,115	-0,065	0,176	0,012	-0,159	-0,067	0,268	0,062	0,227
LM	-0,336	0,448 ^a	-0,032	-0,07	0,313	-0,016	0,265	0,263	0,008	-0,062	-0,024	0,454 ^a	-0,063	0,284
MM	-0,36	-0,114	0,049	-0,135	-0,065	-0,308	-0,188	0,032	0,077	-0,277	-0,077	0,122	0,131	0,165
NM	-0,359	0,284	0,177	-0,084	-0,226	-0,074	0,105	0,338	0,223	-0,165	0,055	0,374	0,221	0,411

Prof.: profesores. Nivel de significancia: ^a $\alpha=0,05$, ^b $\alpha=0,01$. La tabla II muestra una descripción detallada de cada una de las subescalas.

No obstante, en niños considerados por sus padres como con características de TDAH, sus profesores perciben problemas sociales (NP-FM= 0,432; $\alpha=0,05$). Por otra parte, niños cuyos profesores describen como perfeccionistas son etiquetados por sus padres como ansiosos y tímidos (EM-DP= 0,418; $\alpha=0,05$).

Jóvenes de 15 a 17 años

La tabla V muestra las correlaciones entre las descripciones de los padres y de los profesores para cada una de las diferentes subescalas. Al igual que en

los otros grupos evolutivos, los jóvenes valorados por sus padres como con problemas académicos, sus profesores los catalogan de la misma forma (BP-BM= 0,438; $\alpha=0,05$) y también son considerados como ansiosos y tímidos por estos últimos (BP-DM= 0,531; $\alpha=0,05$). Adicionalmente, jóvenes en quienes sus profesores describen problemas de aprendizaje, son percibidos por sus padres como distraídos (BM-LP= 0,472; $\alpha=0,05$), y jóvenes cuyos padres perciben como distraídos, son calificados por los profesores como ansiosos o tímidos (HP-DM= 0,558; $\alpha=0,01$).

Tabla V. Correlaciones entre las escalas de padres y profesores. Edad: 15-17 años.

Prof.	Padres													
	AP	BP	CP	DP	EP	FP	GP	HP	IP	JP	KP	LP	MP	NP
AM	0,111	0,187	0,073	-0,272	-0,4	-0,176	-0,055	0,264	0,16	-0,04	0,102	0,271	0,111	0,257
BM	0,12	0,438 ^a	0,155	0,026	-0,167	0,149	-0,08	0,476 ^a	0,33	0,103	0,283	0,472 ^a	0,078	0,409
CM	0,061	0,142	0,099	-0,205	-0,373	-0,102	-0,107	0,214	0,084	-0,119	0,015	0,233	0,087	0,217
DM	0,113	0,531 ^a	0,002	0,318	-0,198	0,331	0,285	0,558 ^b	0,215	0,061	0,182	0,620 ^b	-0,043	0,489 ^a
EM	-0,169	-0,029	-0,225	-0,206	-0,508	-0,26	-0,038	-0,001	-0,195	-0,206	-0,224	0,059	-0,247	-0,033
FM	-0,162	0,173	-0,043	0,342	-0,051	0,244	-0,056	0,144	0,05	-0,043	0,019	0,252	-0,197	0,14
HM	0,03	0,236	-0,003	-0,155	-0,421	-0,039	-0,132	0,29	0,119	0,007	0,09	0,318	0,292	0,253
IM	-0,089	0,077	-0,091	-0,178	-0,408	-0,109	-0,185	0,125	-0,016	-0,073	-0,04	0,148	-0,015	0,084
JM	0,146	0,311	0,049	0,056	0,456 ^a	-0,054	0,081	0,395	0,097	-0,027	0,06	0,449 ^b	-0,112	0,387
KM	0	0,202	-0,048	-0,175	0,473 ^a	-0,091	-0,102	0,285	0,039	-0,092	-0,008	0,31	0,069	0,244
LM	0,14	0,42	0,132	-0,062	-0,241	0,082	-0,054	0,429	0,322	0,133	0,289	0,442 ^b	-0,022	0,385
MM	0,067	0,206	0,07	-0,143	-0,318	-0,07	-0,071	0,266	0,129	-0,095	0,057	0,28	0,078	0,239
NM	0,115	0,346	0,111	-0,107	-0,296	0,013	-0,067	0,381	0,251	0,031	0,0196	0,396	0,036	0,342

Prof.: profesores. Nivel de significancia: ^a $\alpha = 0,05$, ^b $\alpha = 0,01$. La tabla II muestra una descripción detallada de cada una de las subescalas.

En los jóvenes que sus padres describen como distraídos, de acuerdo con los criterios diagnósticos del *Manual diagnóstico estadístico de trastornos mentales* (DSM-IV), sus profesores aprecian dificultades en el aprendizaje (LP-BM= 0,472; $\alpha = 0,05$), ansiedad/timidez (LP-DM= 0,650; $\alpha = 0,01$), riesgo para desarrollar TDAH (LP-JM= 0,449; $\alpha = 0,01$) y tendencia a la distracción (LP-LM= 0,442; $\alpha = 0,01$). Más aún, jóvenes a quienes sus padres señalan con criterios diagnósticos para TDAH según el DSM-IV, sus profesores los describen como ansiosos/tímidos (NP-DM= 0,489 $\alpha = 0,05$).

Existe una correlación significativa y negativa entre las subescalas de perfeccionismo y del índice de TDAH de Conners (EP-JM= -0,456; $\alpha = 0,05$) y la subescala de impulsividad e hiperactividad (EP-KM= -0,473; $\alpha = 0,05$). Estos resultados indican que en los jóvenes, cuyos padres describen como perfeccionistas, sus profesores no observan indicadores relacionados con conductas desatentas, inquietas o impulsivas.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio presentan varias características, siendo la principal que las relaciones entre las variables difieren dependiendo del grupo evolutivo analizado. Para el grupo de niños más pequeños (9-11 años) la convergencia entre padres y profesores en el momento de evaluar al niño no es tan evidente como en niños mayores (12-14 y 15-17 años). La mayoría de los niños son inquietos, desatentos, desobedientes e impulsivos, sobre todo en el momento de ser comparados con niños mayores o adolescentes [13]; ello podría ocasionar discrepancias mayores entre padres y profesores a la hora de describir y catalogar la conducta de su niño, como las observadas en este estudio. A medida que la edad aumenta, también se incrementa la fuerza de la correlación y el nivel de significación de estas relaciones.

Una relación presente para todos los grupos de edad, significativamente, es la existente entre dificultades de aprendizaje y distracción-desatención (escalas B y L). Tanto para los padres como para los profesores, los niños/jóvenes que muestran conductas relacionadas con falta de atención y distracción se consideran,

paralelamente, con problemas de aprendizaje. De igual forma, en todos los grupos de edad incluidos en este estudio, la consistencia entre medidas de problemas académicos de padres y profesores fue fuerte y constante. Las dificultades de aprendizaje tienen una medida cuantificable, las calificaciones, por lo cual el grado de consistencia entre padres y profesores aumenta.

En congruencia con lo publicado sobre el tema en la literatura, las relaciones entre los problemas internos observados por padres y profesores de la muestra utilizada no fueron significativas. Herjanicy Reich [1], al igual que Verhulst y Van der Ende [3], afirman que los profesores y los padres son mejores fuentes de información y con una concordancia entre observadores más elevada, cuando el área que debe evaluarse incluye conductas externas; mientras que esta consistencia disminuye cuando se evalúan problemas internos.

Para el grupo de 15-17 años se observó una relación significativa entre la escala de ansiedad de profesores y las escalas de problemas de aprendizaje, índice de TDAH, distracción y criterios del DSM-IV para TDAH en la versión para padres. Estos resultados llaman la atención debido a que una misma escala en la versión para padres (ansiedad) correlaciona positivamente con varias escalas en la versión para padres que se relacionan con el TDAH. Recientemente, se ha discutido acerca de la comorbilidad de los trastornos de ansiedad y los problemas de atención-hiperactividad. Dichas comunicaciones alegan que los trastornos de ansiedad tienen una prevalencia de hasta un 30% en niños con TDAH [14]; sin embargo, debido a la superposición de síntomas de ansiedad y falta de atención e hiperactividad, esta discriminación es muy difícil de establecer [15]. Hay que hacer notar que estas relaciones estuvieron presentes para el grupo de adolescentes, donde ya no se considera evolutivamente apropiado el ser inquieto, y puede existir una tendencia por parte de los profesores a identificar conductas de hiperactividad o falta de atención como conductas ansio-

sas, debido a que éstas se encuentran fuera de lo esperado para este grupo de edad.

En los grupos de 9-11 años y de 12-14 años existe una marcada tendencia hacia las relaciones de carácter negativo. A pesar de que ninguna de estas relaciones alcanza la significación estadística, es una tendencia que hay que mencionar, ya que se puede argumentar que dichos resultados muestran que los padres y profesores manifiestan visiones opuestas de las conductas de los niños o que son formas diferentes de interpretar un mismo acto.

Comparativamente, las relaciones significativas fueron escasas, lo cual establece la incógnita de si los padres y profesores tienen formas diferentes de conceptualizar conductas. Steele et al [2] proponen que dichas diferencias no se deben interpretar como errores de la validez de las observaciones o de los instrumentos utilizados, sino más bien como una función de las diferencias de interrelaciones entre el informante y el niño. Los resultados notificados en este estudio son similares a los obtenidos en investigaciones previas, donde las relaciones entre las comunicaciones de padres y profesores son inconsistentes [2,5-8,16]. Tanto el estudio de normalización original [10], como el realizado en una muestra de niños españoles [11], describen correlaciones globales bajas entre las valoraciones de profesores y padres.

La muestra empleada en el presente estudio se extrajo de la

comunidad y, al no ser clínica, incluye un considerable grupo de niños con ausencia de síntomas, por lo cual estas relaciones entre informantes se deben establecer en una muestra con mayor componente clínico. MacLeod et al [17] encontraron que los padres perciben a los niños con mayores problemas de conducta y de hiperactividad que los profesores y que la contribución relativa de cada uno de los informantes en la identificación de los trastornos psiquiátricos en la niñez varía dependiendo del tipo de muestra, si es clínica o se extrae de la comunidad.

Una de las fortalezas del presente estudio es el uso de medidas equivalentes de las mismas formas para cada uno de los informantes, lo cual reduce el error metodológico. Se utilizaron dos fuentes de información en cuanto a la conducta del niño – padres y profesores – y se dispuso de tres grupos de edad para observar diferencias en el comportamiento de las variables como la función de la edad.

Los resultados aquí descritos deben analizarse con cautela, ya que son resultados preliminares en niños sin ningún diagnóstico o condición psiquiátrica. Los hallazgos muestran una tendencia a identificar problemas académicos, hiperactividad y distracción, tanto por parte de los padres como de los profesores; sin embargo, son necesarios estudios que identifiquen niños con diagnósticos clínicos para esclarecer y caracterizar las relaciones entre informantes.

BIBLIOGRAFÍA

- Herjanic B, Reich W. Development of a structured psychiatric interview for children: agreement between child and parent on individual symptoms. *J Abnorm Child Psychol* 1982; 10: 307-24.
- Steele R, Forehand R, Devine D. Adolescent social and cognitive competence: cross-informant and intra-individual consistency across three years. *J Clin Child Psychol* 1996; 25: 60-5.
- Verhulst FC, Van der Ende J. Assessment of child psychopathology: relationships between different methods, different informants and clinical judgment of severity. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84: 155-9.
- Achenbach TM, Howell CT, McConaughy SH, Stanger C. Six-year predictors of problems in a national sample of children and youth: I. Cross-informant syndromes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 336-47.
- Stanger C, Lewis M. Agreement among parents, teachers, and children on internalizing and externalizing behavior problems. *J Clin Child Psychol* 1993; 22: 107-15.
- Bird HR, Gould MS, Staghezza B. Aggregating data from multiple informants in child psychiatry epidemiological research. *J Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991; 31: 78-85.
- Mitsis EM, McKay KE, Schulz KP, Newcorn JP, Halperin JM. Parent-teacher concordance for DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder in a clinic-referred sample. *J Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 308-13.
- Jensen PS, Rubio-Stipec M, Canino G, Bird HR, Dulcan MK, Schwab-Stones ME, et al. Parent and child contributions to diagnosis of mental disorder: are both informants always necessary? *J Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38: 1569-79.
- Achenbach TM, Edelbrock CS. Psychopathology of childhood. *Ann Rev Psychol* 1984; 35: 227-56.
- Conners K. Conners' rating scales-revised. Technical manual. New York: MHS; 1997.
- Farré-Riba A, Narbona J. Escala de Conners en la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad: nuevo estudio factorial en niños españoles. *Rev Neurol* 1997; 25: 200-4.
- Montiel C, Rotunno A, García D, Acerbo MT, Pontón R, Abad V, et al. Normalización de las escalas de Conners revisadas, versión larga para padres y profesores en una muestra de niños marabinos. Maracaibo: Escuela de Psicología, Universidad Rafael Urdaneta; 1999.
- Barkley R. ADHD and the nature of self-control. New York: The Guilford Press; 1998.
- Biederman J, Newcorn J, Sprich S. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 564-77.
- Pliszka SR, Carlson CL, Swanson J. ADHD with comorbid disorders. Clinical assessment and management. New York: The Guilford Press; 1999.
- Briggs-Gowan MJ, Carter AS, Schwab-Stone M. Discrepancies among mother, child and teacher reports: examining the contributions of maternal depression and anxiety. *J Abnorm Child Psychol* 1996; 24: 749-65.
- MacLeod RJ, McNamee JE, Boyle MH, Offord DR, Friedrich M. Identification of childhood psychiatric disorder by informant: comparison of clinic and community samples. *Can J Psychiatry* 1999; 44: 144-50.

DISCREPANCIA ENTRE PADRES Y PROFESORES EN LA EVALUACIÓN DE PROBLEMAS DE CONDUCTA Y ACADÉMICOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Resumen. Introducción. *El proceso de evaluación psicológica en niños debe incluir información detallada sobre el funcionamiento y comportamiento del niño en varios ambientes (casa, colegio, recreación). Las diferencias en la información proporcionada por cada una de las fuentes de información puede interpretarse como un reflejo de las divergencias conductuales ocasionadas por los diversos contextos o las interacciones diferenciales entre el niño y quienes informan.* Objetivo. *Determinar las relaciones existentes entre las valoraciones que dan los padres acerca de las conductas de sus niños, y las que proporcionan los profesores de estos mismos*

DISCREPÂNCIA ENTRE PAIS E PROFESSORES NA AVALIAÇÃO DE PROBLEMAS DE CONDUTA E ACADÊMICOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Resumo. Introdução. *O processo de avaliação psicológica em crianças deve incluir informação pormenorizada sobre o funcionamento e comportamento da criança em vários ambientes (casa, colégio, recreio). As diferenças na informação proporcionada por cada uma das fontes de informação podem ser interpretadas como um reflexo das diferenças comportamentais ocasionadas pelos diversos contextos ou as interações diferenciais entre a criança e quem informam.* Objectivo. *Determinar as relações existentes entre as avaliações que os pais dão sobre o comportamento de seus filho, e as que os professores dão sobre estas mesmas crianças.*

niños. Pacientes y métodos. La muestra estuvo constituida por 855 niños, distribuidos de la siguiente manera: 325 en el grupo de 9 a 11 años (146 mujeres, 179 varones), 243 en el grupo de 12 a 14 años (126 mujeres, 117 varones) y 287 en el grupo de 15 a 17 años (145 mujeres, 142 varones). Los padres y los profesores de estos niños contestaron la versión larga de la escala de Conners revisada para padres y profesores, respectivamente. Resultados y conclusiones. No existe uniformidad en cuanto a las valoraciones de los problemas académicos y conductuales de los niños; dichas evaluaciones dependen de la edad del niño y del dominio descrito (hiperactividad, problemas académicos, ansiedad). Existe un mayor acuerdo entre padres y profesores para los problemas académicos y de hiperactividad, y esta relación es más sólida para el grupo de adolescentes. [REV NEUROL 2001; 32: 506-11] [<http://www.revneurolog.com/3206/k060506.pdf>]

Palabras clave. Adolescentes. Escala de Conners revisada. Informantes. Niños. Problemas académicos. Problemas de conducta.

Doentes e métodos. A amostra foi constituída por 855 crianças distribuídas da seguinte forma: 325 no grupo dos 9 aos 11 anos (146 de sexo feminino e 179 de sexo masculino), 243 no grupo dos 12 aos 14 anos (126 de sexo feminino e 117 de sexo masculino) e 287 no grupo dos 15 aos 17 anos (145 de sexo feminino e 142 de sexo masculino). Os pais e os professores destas crianças contestaram a versão longa da escala de Conners revista para pais e professores, respectivamente. Resultados e conclusões. Não existe uniformidade quanto às avaliações dos problemas académicos e comportamentais das crianças; estas avaliações dependem da idade da criança e do domínio descrito (hiperactividade, problemas académicos, ansiedade). Existe um maior acordo entre pais e professores para os problemas académicos e de hiperactividade, sendo esta relação mais sólida para o grupo dos adolescentes. [REV NEUROL 2001; 32: 506-11] [<http://www.revneurolog.com/3206/k060506.pdf>]

Palavras chave. Adolescentes. Crianças. Escalas de Conners revistas. Informação. Problemas académicos. Problemas de conduta.