

# **Evaluación de Psicopatología en la infancia y adolescencia a través de la percepción de los padres**

## **Assesment of childhood and adolescence psychopathology through parent's perceptions**

M. C. RODRÍGUEZ - M. A. JIMÉNEZ - E. FERNÁNDEZ - C. GODOY

### **RESUMEN**

El objetivo de nuestro trabajo es analizar si existen diferencias entre la percepción del padre y la madre en relación a las conductas psicopatológicas de sus hijos. Para ello hemos utilizado una muestra de 50 padres y 50 madres que cumplimentaron por separado el Inventario de Conductas Infantiles "Child Behavior Cheklist" de Achenbach. Son evaluados 50 niños y adolescentes cuyas edades oscilan entre los 4 y 16 años, de los cuales 34 son varones y 16 son mujeres. Los resultados evidencian que globalmente la percepción del padre difiere de la de la madre respecto de los indicadores comportamentales recogidos en el cuestionario; diferencias que se reflejan tanto en la clínica internalizante como en la clínica externalizante. El desacuerdo es independiente de la variable sexo, se dá tanto en varones como en mujeres y respecto a la edad, aparecen en los niños-as cuyas edades oscilan entre 6 y 11 años. Sin embargo, al valorar a los niños más pequeños de 4 y 5 años y a los adolescentes de 12 a 16 años, el padre y la madre muestran acuerdo. Otros datos obtenidos apuntan a que hay acuerdo en los síntomas que se corresponden con patologías graves y en el resto de síntomas las diferencias se dan al valorar su frecuencia de presentación.

### **Palabras clave**

Percepción de los padres , Psicopatología infantil.

### **SUMMARY**

The purpose of our work is to analyze if there are any differences between father and mother perceptions with regard to their children psychopathological behaviours. For this aim we have used a sample of 50 fathers and 50 mothers who filled the Achenbach's Child Behavior Checklist separately. Fifty children and teenager , 39 males and 16 females with ages ranging 4 and 16, have been evaluated.

The results demonstrate that globally the perception of fathers differ from mothers' with respect to the behavioural indicators collected in the questionnaire, differences reflected both in internalizing and externalizing clinic. The disagreement is independent from the sex variable appears in males as well as females and as to the age, appears in girls and boys with ages 6-11. However, when teenagers evaluating younger children (4-5 years) and teenagers (12-16) , father and mother show agreement. Another dates suggest that there is agreement in the symptoms indicating severe disorders, whereas in the rest of symptoms the differences occur when evaluating their frequencies of presentation.

**Key words**

Parent's perception, children psychopathology

## INTRODUCCIÓN

La evaluación en psicopatología infantil no está exenta de dificultades. El diagnóstico en la infancia y en la adolescencia debe hacerse desde la perspectiva evolutiva. En esta línea, Edelbrock plantea que las comparaciones basadas en estudios epidemiológicos pueden ayudarnos a determinar lo que constituye o no un trastorno. La decisión acerca de si una conducta constituye o no una alteración depende mucho de la edad que tenga el niño. Así mismo, las normas de población pueden ayudarnos a la hora de seleccionar qué conducta hemos de elegir como objetivo de intervención, pueden ayudarnos a relativizar las descripciones que de la conducta infantil hacen las personas referentes y facilitarnos la comparación entre evaluaciones realizadas por distintas personas o por distintos instrumentos.

Partiendo pues, de que el psicodiagnóstico infantil debe hacerse desde la perspectiva evolutiva, en la práctica clínica hemos de valorar si las conductas tienen probabilidad de remitir espontáneamente, de permanecer estacionarias o de ir agravándose en el futuro. Y puesto que la evaluación adquiere connotaciones diferentes en función de la edad de los sujetos, la nosología de los trastornos infantiles debería insistir con más frecuencia en el curso, evolución y pronóstico de los mismos.

En el momento actual, quizá la taxonomía dimensional más elaborada y de mayor uso en psicopatología de la infancia y de la adolescencia es la de Achenbach y Edelbrock, estos autores señalan que la dificultad del diagnóstico en estas edades, estriba en el hecho, de tratar problemas que afectan a sujetos susceptibles de cambios evolutivos cons-

tantes y profundos. La clasificación de estos autores partió de la revisión y crítica de las taxonomías precedentes y, basándose en la utilización del Child Behavior Checklists (CBCL, 1983), elaboraron una clasificación de los trastornos psíquicos en la infancia y en la adolescencia.

Otra dificultad añadida del diagnóstico infantil se deriva del hecho de que el niño rara vez se percibe como objeto de evaluación y son los demás los que deciden si su comportamiento debe ser objeto de consulta. Inevitablemente esto viene condicionado por el mundo de valores de los adultos, por las expectativas que se tienen sobre él, por la mayor o menor tolerancia hacia esa conducta, por lo estresante que sea para el medio familiar y por la propia repercusión que tiene para el niño. Así pues el primer paso que el clínico realiza al evaluar al niño o al adolescente es analizar el problema objeto de consulta y verificar su existencia real.

La definición paterna de las conductas problemáticas evidencia una gran variabilidad, las valoraciones sobre el comportamiento de los hijos suele mostrar acuerdos mínimos, incluso entre ambos padres, puede existir desacuerdo sobre la existencia o la severidad de las conductas. No todo el mundo en el ambiente del niño o del adolescente ve la conducta como problema o percibe el problema del mismo modo (Maganto, 1995).

En el diagnóstico infantil interesa la perspectiva que el niño mismo tiene sobre sus problemas (La Greca, 1990). En este sentido Fernández Ros y cols. (1990) analizan la percepción que el niño con patología tiene de su problemática personal, social y escolar, así como la percepción que tiene del clima fami-

liar, de la relación con sus hermanos y de las pautas educativas de sus padres. Para estos autores, las percepciones del niño configuran la realidad psicológica del niño que es la que condiciona su comportamiento final. Pero también nos interesan las perspectivas que nos dan sus iguales, sus padres y profesores (Achenbach y McConaughy, 1987; La Greca, 1990; Sattler, 1992), hasta llegar a la necesidad de un enfoque multidisciplinar (intervención de varios especialistas) que subraya, entre otros, Kaufman (1984). En 1991 Achenbach revisó el CBCL haciéndolo más uniforme para las distintas edades y sexos y teniendo en cuenta la información de diferentes fuentes (padres, el propio niño y el maestro). Y Silva y Moro (1993) postulan la necesidad de un "modelo tetrádico" donde interactúan el psicólogo, el niño, los padres y el o los profesores en el proceso de evaluación.

Por tanto es muy útil el diagnóstico a través de múltiples evaluadores. Puesto que distintas personas tienen acceso a los distintos ambientes en que se desenvuelve el niño, las distintas informaciones que nos suministran nos son precisas para obtener un cuadro completo. La valoración diagnóstica a través de múltiples evaluadores nos aporta una visión más aproximada del problema objeto de consulta. Sin embargo es conocida la correlación de baja a moderada entre distintos evaluadores. (Achenbach y McConaughy, 1987). Hecho que no debe interpretarse como una deficiencia de fiabilidad, sino como que el niño muestra comportamientos diferentes en distintos ambientes y con distintas personas. Cada informante puede construir su informe con datos válidos pero distintos. Así, parece cumplirse bien la norma de que la

correlación entre evaluadores es más alta p. ej., entre padre y madre, o profesor y compañeros y más baja p. ej., entre padres y profesores.

Se sabe que los profesores y los padres no tienden a identificar a los mismos niños trastornados. Una de las razones de este desacuerdo está en las diferentes normas para juzgar el comportamiento del niño, así como su distinto impacto en el funcionamiento del mismo. También sucede que el comportamiento del niño puede ser muy variable y muy susceptible a influencias ambientales. Por ejemplo el comportamiento hiperactivo que es específico tan solo de la escuela o del hogar, tiene un pronóstico ligeramente mejor que el comportamiento hiperactivo persistente que se evidencia tanto en el hogar como en el colegio, y que es un poderoso predictor de inadaptación ulterior (Rodríguez Sacristán, 1995).

Ahora bien, si la aproximación "multievaluador" cobra tanta importancia, la fiabilidad, la convergencia entre evaluadores, pasa a primer plano. Achenbach (1993) nos resume estudios de metaanálisis que demuestran consistentemente una correlación entre evaluadores (que cumplimentan el mismo instrumento) alrededor de 0.60 cuando las personas informantes están próximas (padre/madre, dos profesores); una correlación media alrededor de 0.28 entre distintos tipos de evaluadores (padres y profesores) y alrededor de 0.22 entre el propio niño y otros evaluadores (personas mayores). Como puede observarse, la convergencia es de moderada a baja, estando modulada por diferentes tipos de variables. Naturalmente, la falta de convergencia no puede ser interpretada como puro "error", pero nos aconseja ser muy cautelosos

a a la hora de generalizar la información obtenida, de un evaluador a otro.

Siguiendo estos planteamientos, con nuestro trabajo nos planteamos estudiar las correlaciones entre las informaciones referidas por el padre y la madre, en relación al comportamiento de sus hijos y analizar en función de qué variables se constatan diferencias .

## OBJETIVOS

Nuestro objetivo general es analizar el grado de acuerdo entre las percepciones del padre y de la madre cuando el clínico les pregunta sobre el comportamiento de sus hijos.

Además del objetivo general anteriormente explicitado, nos proponemos los siguientes objetivos:

- Describir los síntomas en los que hay mayor y menor acuerdo entre el padre y la madre.
- Verificar en los síntomas en que hay desacuerdo, si éste se da en tomo a la presencia o ausencia del síntoma.
- Comprobar si el desacuerdo se centra en la frecuencia de presentación de los síntomas.
- Analizar si el desacuerdo entre el padre y la madre se manifiesta en función de variables tales como: sexo, edad o si la clínica es Internalizante o Externalizante.

## MATERIAL Y METODO

### Muestra

La muestra está formada por 50 padres y 50 madres que cumplimentan el CBC (Inventario de Comportamiento Infantil ) de Achenbach y Edelbrock. Ambos padres

cumplimentaron el cuestionario por separado en la primera sesión de evaluación siendo la media de aplicación de 17 minutos.

Son evaluados 50 niños y adolescentes de los cuales 34 (68%) son varones y 16 (32%) son mujeres. Las edades oscilan entre 4 y 16 años. La distribución por edades es la siguiente:

Niños/as de 4 a 5 años: 13 (26%)

Niños/as de 6 a 11 años: 26 (52%)

Adolescentes de 12 a 16 años: 11 (22%)

Estos niños y adolescentes son evaluados a petición de sus padres que solicitan evaluación diagnóstica en una consulta privada.

### Instrumento de evaluación

Nuestro instrumento básico de evaluación es el El Inventario de Comportamiento Infantil de Padres The Child Behavior Checklist (CBC) de Achenbach y Edelbrock . Comprende ítems de habilidades sociales, que no han sido objeto de nuestro estudio y 112 ítems de problemas de conducta, sobre los que hemos centrado nuestro análisis. Cada comportamiento se gradúa según la frecuencia de presentación en una escala que va desde 0 a 2.

El inventario informa sobre problemas de conducta en niños de 4 a 16 años de edad, presentando normas diferenciadas para niños y niñas. Achenbach y Edelbrock, basándose en los importantes cambios que experimenta un sujeto en áreas cognitivas, físicas, educacionales y socioemocionales en estas edades, propone la valoración de dichas áreas en sujetos referidos y no referidos a lo largo de las edades señaladas.

El cuestionario está integrado por las escalas de banda ancha que representan tres

tipos de síndromes, unos de conductas "internalizantes", esto es intrapsíquicas, otros "externalizantes" o de proyección hacia los demás, y otros mixtos. Las escalas de banda estrecha incluyen síndromes específicos tales como retraimiento social, ansiedad, depresión, quejas somáticas, agresividad etc. . Las puntuaciones de un niño son representadas en forma de perfil mostrando cómo dicho niño se diferencia de los niños de la misma edad y sexo en cada escala de espectro restringido. Se calculan también las puntuaciones estándar para la puntuación total del niño en todos los ítems de la escala internalizante y la escala externalizante. Estas puntuaciones proporcionan unas comparaciones más globales entre los problemas de conducta de un niño concreto y sus iguales normales.

El Inventario de Comportamiento Infantil de Padres de Achenbach y Edelbrock ha ido paulatinamente revisándose y mejorando sus propiedades psicométricas. La fiabilidad y validez de este cuestionario ha sido ampliamente demostrada y estudiada (Achenbach y Edelbrock, 1983). Para Barkley (1988) es la

mejor desarrollada empíricamente, con buena capacidad discriminativa en la evaluación de la psicopatología y con satisfactorios índices de validez. Por tanto, su utilización como instrumento diagnóstico está ampliamente justificada.

### Procedimiento Estadístico

Utilizamos el paquete estadístico SYSTAT para la realización de estadística descriptiva, el cálculo de porcentajes de frecuencias y de coeficientes Pearson, Gamma y Kappa.

Los análisis se han efectuado por separado para cada sexo, por edades y en relación a la clínica internalizante y externalizante.

### RESULTADOS

Para comparar las respuestas dadas al cuestionario entre el padre y la madre y verificar si hay acuerdo o desacuerdo significativo, aplicamos el coeficiente de correlación de Pearson que revela que existen diferencias significativas a nivel estadístico entre las contestaciones dadas por el padre y la madre

**Tabla 1.—Cuestionario Global**

CBCL Padre-CBCL Madre	$R_{xy}=.569$	$P=.000^*$
-----------------------	---------------	------------

Para analizar si éstas diferencias de percepción se dan tanto al evaluar al niño como a la niña realizamos el cálculo del coeficiente de Pearson teniendo en cuenta la variable sexo. Como vemos existen diferencias significativas a nivel estadístico tanto al valorar a los varones como a las mujeres.

Repetimos el cálculo del coeficiente de correlación de Pearson, para analizar si el grado de acuerdo o desacuerdo entre los padres varía en función de la edad de sus hijos. A continuación se reflejan los valores de probabilidad para las tres franjas de edad utilizadas por Achenbach. Existen diferen-

**Tabla 2.—Sexo**

Varones	CBCL Padre-CBCL Madre	Rxy=.523	P=.002*
Mujeres	CBCL Padre-CBCL Madre	Rxy=.615	P=.011*

cias significativas a nivel estadístico entre los padres cuando evalúan el comportamiento de sus hijos de edades comprendidas entre 6 y 11 años. Sin embargo, los padres muestran

acuerdo al valorar a sus hijos adolescentes de 12 a 16 años o a sus hijos más pequeños de 4 ó 5 años.

**Tabla 3.—Edad**

4-5 años	CBCL Padre-CBCL Madre	Rxy=.514	P=.072
6-11 años	CBCL Padre-CBCL Madre	Rxy=.673	P=.000*
12-16 años	CBCL Padre-CBCL Madre	Rxy=.419	P=.200

Para estudiar si el grado de acuerdo varía en función de si la clínica que presenta el niño o adolescente es internalizante o externalizante, realizamos el cálculo del coeficiente de correlación de Pearson teniendo en cuenta también la variable sexo. El análisis de los datos refleja que existe desacuerdo

tanto para los varones como para las mujeres cuando se comparan las respuestas dadas en la sintomatología internalizante. Este desacuerdo se mantiene cuando lo que comparamos es la percepción de la clínica externalizante.

**Tabla 4.—Sintomatología internalizante**

Varones	CBCL Padre-CBCL Madre	Rxy=.603	P=.000*
Mujeres	CBCL Padre-CBCL Madre	Rxy=.603	P=.013*

**Tabla 5.—Sintomatología externalizante**

Varones	CBCL Padre-CBCL Madre	Rxy=.431	P=.011*
Mujeres	CBCL Padre-CBCL Madre	Rxy=.429	P=.09*

La tabla 6 y 7 muestra aquellos síntomas referidos por el padre y la madre con mayor incidencia clínica y en ella se especifican los porcentajes de frecuencia de aparición de los mismos.

**Tabla 6.—Síntomas referidos por el padre con mayor incidencia clínica**

Discute mucho	78 %
No se puede concentrar	70 %
Reclama mucha atención	72 %
Es nervioso, sensible, tenso	80 %
No obedece en casa	72 %
Es muy impulsivo	68 %
Es irritable, terco, obstinado	68 %

**Tabla 7.—Síntomas referidos por la madre con mayor incidencia clínica**

Discute mucho	84 %
No se puede concentrar	74 %
Reclama mucha atención	88 %
No obedece en casa	88 %
Es muy impulsivo, actúa sin pensar	88 %
Es nervioso, sensible, tenso	94 %
Es irritable, terco, obstinado	68 %
Se comporta de manera más infantil	74 %
No está quieto nunca, no para de moverse	86 %
No come bien	86 %
Reacciona fácilmente con celos	70 %
Trabaja mal en la escuela	82 %
Grita y chilla mucho	66 %
Es tímido, retraído	62 %
Cambia rápidamente de humor	68 %



Realizamos un análisis individualizado de los ítems mediante tablas de contingencia. El cálculo del coeficiente de correlación Kappa nos permite saber cuáles son aquellos ítems en

los que hay menos acuerdo entre el padre y la madre. La tabla 8 refleja estos datos. Hemos seleccionado aquellos síntomas en los que el acuerdo es menor con un coeficiente  $K < .27$

**Tabla 8.—Síntomas en los que hay desacuerdo entre el padre y la madre**

Se comporta de manera infantil	K= .16
Discute mucho	K= .11
No se puede concentrar	K= .15
No está quieto nunca, no para de moverse	K= .19
Reclama mucha atención	K= .18
Rompe y destroza las cosas / juguetes	K= .13
No obedece en casa	K= .22
No obedece en la escuela	K= .15
No se entiende con los demás niños	K= .23
No parece tener remordimientos	K= .22
Reacciona fácilmente con celos	K= .27
Tiene miedo a hacer o pensar algo malo	K= .15
Se siente inútil, inferior a los demás	K= .18
Se pelea mucho con los hermanos, en la calle, en el colegio	K= .11
Le toman mucho el pelo	K= .01
Es muy impulsivo, actúa sin pensar	K= .10
Es mentiroso	K= .23
Es nervioso, sensible, tenso	K= .22
Grita y chilla mucho	K= .19
Es tímido	K= .18
Es irritable, terco, obstinado	K= .14
Cambia rápidamente de humor	K= .24

A continuación, la Tabla 9 refleja los ítems donde el acuerdo entre padre y madre

es mayor. Se han seleccionado aquellos ítems cuyo coeficiente Gamma era  $> .82$ .

**Tabla 9.—Síntomas en los que hay desacuerdo entre el padre y la madre**

Tiene asma	Gamma = 1
Maltrata a los animales, los hace sufrir	Gamma = 1
Se lesiona, ha intentado suicidarse, cortarse	Gamma = .80
Come o bebe cosas que no son para comer	Gamma = 1
Oyes cosas que no existen	Gamma = .84
Se marea	Gamma = .87
Quejas (dolores, jaquecas, vómitos, etc.)	Gamma = .94
Se escapa de casa	Gamma = .95
Ve cosas que no están	Gamma = 1
Tiene problemas sexuales	Gamma = 1
Duerme más que la mayoría de los niños	Gamma = .85
Juega con los excrementos	Gamma = .85
Roba en casa, manga dinero en casa	Gamma = .82
Roba fuera de casa	Gamma = 1
Asusta a la gente	Gamma = 1
Utiliza alcohol y drogas	Gamma = 1
Hace actos de vandalismo, destroza cosas	Gamma = 1
Enuresis diurna	Gamma = 1
Enuresis nocturna	Gamma = .86
Quiere ser del sexo opuesto	Gamma = .1

Finalmente seleccionamos aquellos ítems con mayor incidencia clínica referidos tanto por el padre como por la madre. La tabla 10 nos permite comparar los porcentajes de frecuencia de los síntomas referidos por los padres. Cuando la opción elegida es la 2, que indica que el síntoma aparece con mucha frecuencia, al comparar la columna del padre con la de la madre, constatamos cómo la madre percibe el síntoma más frecuentemen-

te que el padre, los porcentajes son comparativamente mucho más altos.

Esta proporción se invierte cuando analizamos la opción 1, que indica que el síntoma se presenta a veces, el padre utiliza con mayor frecuencia esta categoría. La opción 0, no se constata, es elegida también más frecuentemente por el padre que por la madre.

Tabla 10

	Padre	Madre	Padre	Madre	Padre	Madre
	0	0	1	1	2	2
Discute	22%	16%	52%	34%	26%	50%
Déficit atencional	30%	26%	36%	24%	34%	50%
Reclama atención	28%	12%	44%	38%	28%	50%
Desobedece	28%	14%	66%	48%	6%	38%
Impulsivo	32%	12%	46%	40%	22%	48%
Nervioso	20%	6%	34%	34%	46%	60%
Irritable	32%	32%	40%	22%	28%	46%

## DISCUSION Y CONCLUSIONES

Globalmente la percepción del padre difiere de la madre respecto de los síntomas evaluados en el cuestionario. El coeficiente de correlación .57 es más bajo que el obtenido por Achenbach de .60. Aún así, los dos coeficientes indican un acuerdo bajo entre los padres. Podríamos pensar que estos resultados apuntan a una baja fiabilidad de la prueba, pero también puede ser que el niño presente comportamientos diferentes con el padre y la madre o que éstos muestren pautas educacionales diferentes que generen comportamientos distintos. En uno u otro caso, hay un factor común que es el estilo de interacción entre padres e hijos. Distintas investigaciones ponen de manifiesto cómo los estilos educativos paternos van estructurando problemáticas conductuales y emocionales distintas (Hetherington E.M. y Cox R., 1977;

Hayos S.C., Rincover A. y Volosin D., 1980).

De ello se deduce la enorme importancia que tiene el análisis del desacuerdo de los padres al evaluar la psicopatología en la infancia y en la adolescencia. Corresponde al clínico comprobar si estas diferencias se sustentan sobre la sobrevalorización o la relativización del síntoma o si por el contrario reflejan discrepancias educativas o incoherencias en los padres. Son numerosos los trabajos que apoyan que la incoherencia de los padres está presente en los niños con trastornos de conducta pudiendo ser éste de naturaleza interparental o intraparental (Hetherington E.M., Cox R. y Cox R., 1977). Becker, Peterson, Hellmer, Shoemaker y Quay en 1959, hallan que los padres de niños con trastornos de conducta son desadaptados, incoherentes y arbitrarios. La discrepancias en las pautas educacionales están presente

tanto en los niños que presentan alteraciones emocionales como trastornos de conducta, aunque están más acentuadas en estos últimos (Fernández E., Godoy C. y Morales J.M., 1990).

Siguiendo con las conclusiones de nuestro trabajo encontramos que el desacuerdo entre los padres se manifiesta tanto al valorar a los varones como a las mujeres y con respecto a la edad, el desacuerdo se da en los niños entre 6 y 11 años. Los padres de los niños más pequeños de 4 y 5 años y de los adolescentes de 12 a 16 años muestran criterios más uniformes. No obstante estos resultados los interpretamos con cautela debido a que en estas edades el tamaño muestral era menor.

La diferencias de criterio se dan tanto en la percepción de la clínica internalizante como de la clínica externalizante, las dos grandes categorías diagnósticas establecidas por Achenbach.

En nuestra muestra hemos observado que hay acuerdo entre el padre y la madre en aquellos síntomas que se corresponden con síntomas físicos (vómitos, asma, problemas con la piel... etc), quizás más objetivables o porque son síntomas que de alguna manera señala el propio hijo a través de una queja. En este caso es el hijo el que unifica el criterio de sus padres. También se da acuerdo en los indicadores comportamentales más graves, aquellos comportamientos que se corresponden con patologías más serias (alucinaciones auditivas o visuales, escapadas de casa, robos, ingesta de alcohol y drogas ..etc) y que tienen una incidencia clínica menor.

El análisis de los síntomas con mayor incidencia clínica revela que hay un grupo común de indicadores captados tanto por el

padre como por la madre. Los síntomas hacen referencia a alteraciones de conducta (discusiones, desobediencia, irritabilidad, impulsividad y déficit atencional).

Constatamos como en el caso de la madre, ésta amplía el abanico de síntomas referidos en comparación con el padre. Aparte de los indicadores anteriormente explicitados, incluye otros comportamientos que se incluyen dentro de la categoría de clínica externalizante (inquietud psicomotriz, rabietas o hipolaboriosidad en la escuela) e indicadores emocionales (comportamientos inmaduros, reacciones de celos, timidez, inestabilidad anímica ... etc). Podría ser que el padre relativize o minimize la importancia de los síntomas o simplemente piense que se trata de una alteración pasajera que remitirá con la edad. Sin embargo, también es verdad que las consultas psicológicas están pobladas de niños que deberían haber sido remitidos hace ya tiempo, pero donde alguien opinó que el problema "se le pasaría solo, cuando creciera" (Forns, 1993). En este sentido el estudio realizado por Richman y cols. en 1982, sobre prevalencia de conductas alteradas en preescolares reflejó una prevalencia de alteraciones severas o moderadas del 7,3%. Cinco años después, los autores volvieron a examinar a más del 90% de los niños estudiados y llegaron a la conclusión de que el 61% de los niños con problemas a la edad de tres años presentaban aún un comportamiento alterado cinco años después. Este estudio fue crucial para demostrar que muchos trastornos de los niños en edad preescolar no son transitorios, y que muchos de los niños no superan sus problemas al crecer, como hasta entonces se suponía habitualmente.

Otra posibilidad es que sea la sobrevalorización del síntoma realizada por la madre, la que mantiene la patología en el niño, corresponde en este caso al clínico reestructurar la percepción de la madre o de la figura que mantenga una percepción distorsionada. Estos resultados nos remontan al primer estudio serio sobre epidemiología en Psiquiatría infantil realizado por Lapouse y Monk en 1958. Los autores encontraron elevadas tasas de problemas de conductas referidos por las madres y resaltaron el problema de la discrepancia existente entre padres e hijos sobre algunas conductas.

Los resultados de otros trabajos apuntan a que las madres de niños con problemas de conducta emiten una mayor tasa de órdenes y comentarios críticos que las madres de niños que no presentan psicopatología. Las madres de niños con problemas de conducta son menos efectivas a la hora de detener la conducta alterada de su hijo, y tienen mayor predisposición a responder a esas conductas con mayores niveles de conducta aversiva y atención social.

Otra conclusión a la que llegamos, es que tanto el padre como la madre constatan el síntoma, sin embargo la discrepancia se da al valorar la frecuencia de presentación del mismo. La madre percibe con mayor intensidad y frecuencia que el padre los indicadores evaluados en el cuestionario. Estos datos nos permitirían hipotetizar que la figura materna es menos permisiva o bien que la figura paterna muestra una mayor tolerancia hacia los comportamientos del hijo.

En uno y otro caso, ambas actitudes son generadoras de psicopatología. Se ha encontrado que actitudes permisivas ante la agresión y la falta de supervisión correlacionan

con comportamientos antisociales. Los datos de las investigaciones sugieren que cuando se produce demasiado control o escaso control por parte de los padres, el resultado suele ser la presencia de alteraciones en la conducta del niño. Los estilos educativos restrictivos pueden mantener o generar alteraciones, principalmente de conducta, tan importantes como los estilos educativos permisivos (Fernández y cols. 1990). La hiperprotección represiva es frecuente en familias que acuden por problemas de apatía e inadaptación; la hiperprotección indulgente se encuentra en problemas de inadaptación y fracaso escolar y la rigidez conlleva todos los problemas anteriores seguidos de timidez, apatía y conducta irregular (Ríos Gonzalez, 1985).

Para concluir, afirmar que la percepción de los padres es una parte central de lo que necesitamos evaluar y la discrepancia entre los padres puede ser tan informativa como el acuerdo entre ellos. El análisis de estas diferencias y su posible explicación se convierte en un instrumento muy útil en la evaluación diagnóstica y en el abordaje terapéutico.

Y esto nos lleva a reflexionar sobre algunos sesgos que sistemáticamente se producen en la evaluación infantil y adolescente. En primer lugar se privilegia la información de la madre, cuando la mayor parte de las entrevistas diagnósticas son realizadas en ausencia de la figura paterna. No se indaga suficientemente sobre dicha ausencia y en ocasiones "caemos en la trampa" de no implicarlo porque la madre afirma "que el padre no quería venir" o "que el padre no cree en los psicólogos".

Es un error no requerir la presencia del padre y no implicarlo en la evaluación y tratamiento. En segundo lugar, con excesiva

frecuencia el clínico intenta poner de acuerdo a los padres en la definición de las conductas problemáticas, perdiendo la posibilidad de utilizar estas diferencias como hipótesis explicativas del comportamiento del niño. La presencia de ambos padres es un factor decisivo y determinante en la evaluación infantil.

Es sabido que éstos están implicados en la génesis, evolución mantenimiento y/o remisión de los conductas objeto de consulta y por tanto es fundamental contar con sus percepciones para realizar un buen diagnóstico

## BIBLIOGRAFÍA

- Achenbach T. (1978). "The child behavior profile: boys aged 6-11". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, pp. 478-488.
- Achenbach T. y Edelbrock C.S. (1978). "The clasification of child psychopathology: a review and analysis of empirical efforts". *Pschological Bulletin*, 85, pp. 1275-1301.
- Achenbach T. y Edelbrock C.S. (1981). "*Behavioral problems and competencies informed by parents of normal and disturbed children aged four through sixteen*". Monographs of the Society for research in Child Development, 46 (nº188).
- Achenbach T. y Edelbrock C.S. (1987). The classification of child Psychopathology: A Review and Analysis of Empirical efforts. *Psychological Bulletin*, vol.85, n° 6, 1275-1301.
- Achenbach T. y Edelbrock C.S. (1983). *Manual for Child Behavior Checklist and revised Child Behavior Profile*. Published by Department of Psychiatry, university of vermont, Burlington.
- Achenbach T. (1985). *Assesment and taxonomy of child and adolescent psychopathology*. Beverly Hills: Sage.
- Achenbach T. (1981). *Investigación de la Psicología del Desarrollo: Conceptos, Estrategias y Métodos*. México: El Manual Moderno.
- Achenbach T. , Verhulst F.C., Baron G.D. y Althaus M. (1987). A comparison of syndromes derived from the Child Behavior Checklist for American and Dutch boys aged 6-11 and 12-16. *Journal of Child Psychology and Pssychiatry*, 28, pp. 437-453.
- Achenbach T. y Edelbrock C.S. (1987). *Manual for the Youth self-Report and Profile*. Burlington, Vermont: Universidad of Vermont: Departament of psychiatry.
- Achenbach T. y McConaughy S.H. (1987). Child adolescent behavioral and emotional problems: implication of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101, pp. 213-232.
- Achenbach T. (1991). *Manual for the children behavior checklist 4-18 and 1991 profile*.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual DSM IV*. Washington.

- Ajurriaguerra J. y Marcelli D. (1982). *Manual de Psicopatología del niño*. Toray-Masson.
- Avila de Encino M.C. y Polaino A. (1992). "Sesgos perceptivos en la evaluación de la hiperactividad infantil en función del juez". *Psiquis*, 5, 38-44.
- Barkley R.A. (1988). "Child Behavior Rating Scales and Checklist" en Rutter y cols . *Assesment and Diagnosis in Child Psychopathology*. David Fulton. Publisher London.
- Cerezo M.A., del Barrio V. y Cantero M.J. (1993). *Achenbach's Child Behavior Checklist: profile for Spanish Boys aged 6-11*. Second Conference of the European association of Psychological assesment. Groningen.
- Del Barrio V y Cerezo M.A. (1990a). "CBCL-Achenbach Escala de problemas Infantiles en población española-varones 6-11 años. *II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos*. Vol. 7: 193-197.
- Del Barrio V. y Cerezo M.A. (1990b). "Baremos del child behavior checklist(CBCL) de Achenbach en niños españoles (6-11 años). *Barcelona VIII Congreso Nacional de Psicología de la SEP*.
- Fernández Ballesteros R. (1988). *Psicodiagnóstico*. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Madrid.
- Fernández Ballesteros R. (1992). *Introducción a la Evaluación Psicológica*. Madrid Pirámide.
- Forns M. (1993). *Evaluación psicológica infantil*. Barcelona: Barcanova,S.A.
- Fernández Ros E., Godoy Fernández C. y Morales Meseguer J.M. (1990). La percepción del grupo familiar en psicopatología infantil. *Anales de Psiquiatría*, vol. 6, n° 7, pp. 307-311.
- Hayos S.C., Rincover A. Volosin D. (1980). Variables influencing the acquisition and maintenance of agresive behavior: Modeling versus sensory reinforcement. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, pp. 254-262.
- Hetherington E. M., Cox M. (1977). The aftermath of divorce. En J,H, Stevens y M.Mathews (eds). *Mother-child, father-child behaviors*. Washington, D.C. N.A.F. Y.C.
- Kaufman A.S. (1984). "Foreword" en S.J. Weaver (dir): *Testing children*. Austin, TE: PROED.
- La Greca A.M. (1990). "Issues and perspectives on the child assesment process" en A.M. La Greca: *Through the eyes of the child*. Boston: Allyn and Bacon.
- Lapouse R. y Monk M. (1958). Fears and worries in a representative sample of children. *American Journal of Public Health*, 48, pp 1134-1144.
- Maganto Mateo C. (1995). "Instrumentos aplicados para la evaluación y el diagnóstico en psicopatología infantil " en *Psicopatología del niño y el adolescente*. Rodríguez Sacristán J. Tomo I. Universidad de Sevilla.
- Maganto Mateo (1992). *Psicodiagnóstico Infantil*. San Sebastián. Universidad del País Vasco.
- Moreno C. y Del Barrio V. (1991). "CBCL Child Behavior Checklist en niños de 4-5 años". Barcelona: *Actas del II Congreso de Evaluación psicológica*.
- Ollendick T.D.H., Hersen M. (1995). *Psicopatología Infantil*. Edit. Martínez Roca.

- Ríos Gonzalez J.A. (1984). *Orientación y Terapia de Familia*. Instituto de Ciencias del Hombre.
- Rodríguez Sacristan J. (1995). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Publicaciones de la Universidad de Sevilla.
- Sattler J.M. (1992). *Assesment of children*, (Rev. And upd. 3 de.): San Diego. J.M. Sattler.
- Silva F. (1993). *Psychometric foundations and behavioral assesment*. Newbury Park, California: Sage.
- Silva Moreno F. (1995). *Evaluación Psicológica en niños y adolescentes*. Síntesis. Psicología.