

## Evaluación de la sintomatología negativista desafiante en niños de seis a ocho años: concordancia entre padres y maestros

Rosalba Angulo Rincón, María Claustre Jané Ballabriga\*, Albert Bonillo Martín\*, Ferrán Viñas Poch\*\*, Agnès Corcoll-Champredonde\*, Gustavo González Rodríguez\*, Raquel Marina Zepeda Burgos\*, Neuza Cristina Dos Santos Pérez\* y Jaume Carbonès\*\*\*  
Universidad de Pamplona (Colombia), \* Universitat Autònoma de Barcelona, \*\* Universitat de Girona y \*\*\* Equip d'Assessorament i Orientació Psicopedagògica

El objetivo principal de este estudio es conocer el grado de concordancia entre los informes proporcionados por padres y maestros acerca de la sintomatología negativista desafiante en niños en edad escolar (6-8 años). Además, se pretende analizar si la edad y el sexo del niño afectan el nivel de acuerdo entre informantes. Padres y maestros evaluaron a 702 niños y niñas de 25 escuelas de la Comarca de Osona, Barcelona (España), mediante el Child Symptom Inventory-4 (versión padres y maestros). Los resultados indican una concordancia muy baja, casi nula, entre las valoraciones de ambos informantes; además, las variables edad y sexo de los niños no representan una diferencia significativa en dichas valoraciones. Los padres tienden a evaluar más síntomas del Trastorno Negativista Desafiante como presentes, y a percibir con mayor intensidad su severidad.

*Evaluation of oppositional defiant symptoms in 6- to 8 year-old children: Agreement between parents and teachers.* The main goal of this study is to determine the degree of agreement between the reports provided by parents and teachers about oppositional defiant symptoms in school children between the ages of 6 and 8 years. In addition, it attempts to determine whether children's age and sex affect the level of agreement between informants. Parents and teachers assessed 702 girls and boys at 25 schools in the Region of Osona, Barcelona (Spain) with the Child Symptom Inventory-4 (parents' and teachers' version). The results indicate a very low agreement —practically null— between the valuations of both informants; furthermore, no significant difference due to the variables age and sex of the children was observed in the above-mentioned valuations. The parents tended to appraise most of the symptoms of the Oppositional Defiant Disorder as present and to evaluate their severity as being more intense.

El trastorno negativista desafiante (en adelante, TND) consiste en un modelo recurrente de comportamiento negativo, desafiante, desobediente y hostil dirigido hacia figuras de autoridad y que persiste durante al menos seis meses (DSM-IV-TR, APA, 2002). Los síntomas básicos son: se encoleriza e irrumpe en pataletas, discute con los adultos, desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas, molesta deliberadamente a otras personas, acusa a otros de sus errores o mal comportamiento, es susceptible o fácilmente molestado por otros, colérico y resentido y rencoroso o vengativo.

El diagnóstico del TND es complejo, pues aunque puede ser distinguido del comportamiento normal, las conductas propias de este trastorno son esperadas en ciertas etapas del desarrollo del niño. Por esto, algunos investigadores coinciden en señalar que el diagnóstico TND debe darse si: a) los comportamientos no son identificados en algunas etapas del desarrollo del niño; y b) cuando son severos

comparados con los esperables para su estadio evolutivo, representando un comportamiento más problemático que la oposicionalidad normativa (Skovgaard, Houmann, Landorph y Christiansen, 2004; Wright, Holmes, Stader, Penny y Wieduwilt, 2004).

El TND es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes en la infancia, con una prevalencia de entre el 2 y el 16% (APA, 2002), siendo más frecuente y severo en los niños que en las niñas (Álvarez y Ollendick, 2003; Maughan, Rowe, Messer, Goodman y Meltzer, 2004). Al igual que el trastorno por déficit de atención y el trastorno de conducta, el TND es considerado dentro de la constelación de trastornos de conducta perturbadora.

El diagnóstico del TND en edad escolar generalmente se realiza a través de la obtención de información proporcionada por múltiples informantes. En esta etapa del desarrollo infantil, los padres y los maestros son los adultos más cercanos al niño, quienes interactúan con él en diferentes contextos, lo que permite disponer de una información más amplia y detallada de su repertorio conductual. Sin embargo, en muchos casos, estos informantes no coinciden en la valoración de los problemas de conducta, fenómeno que es más norma que excepción. Así lo demuestra el meta-análisis de 119 trabajos realizado por Achenbach, McConaughy y Howell (1987), en el que comparan los datos suministrados por múltiples informantes

(padres, maestros, profesionales de la salud y el mismo niño) sobre problemas emocionales y de conducta en niños y adolescentes de 6 a 19 años. Los resultados muestran una correlación media ( $r=0.59$ ) entre madres y padres, y una correlación baja ( $r=0.27$ ) entre padres y maestros, lo que significa una mayor concordancia entre informantes de contextos similares (ambos padres, o maestros y profesionales de la salud mental), en comparación con los informantes de contextos diferentes (padres y maestros).

El bajo grado de concordancia en la valoración de problemas de conducta entre informantes de diferentes contextos ha sido confirmado en preescolares (Griens et al., 2004; Jané et al., 2006; Viñas et al., 2008) y en niños en edad escolar (Christensen, Margolin y Sulloway, 1992; Kumpulainen et al., 1999; Lee, Elliot y Barbour, 1994). No obstante, sólo un estudio ha evaluado el grado de concordancia entre padres y maestros en la identificación del TND en niños en edad escolar (Offord et al., 1996), encontrando una correlación baja.

Las discrepancias entre informantes pueden explicarse por falta de fiabilidad del instrumento o por la especificidad situacional en la que informantes en escenarios distintos actúan cuando observan al niño en contextos diferentes (Achenbach et al., 1987). Por lo tanto, dicha información constituye una contribución única que hacen los informantes sobre el funcionamiento del niño en cada contexto y que agrega validez al juicio clínico (Merrel, 1999; Van der Ende, 1999).

Otros factores como: a) las tendencias del informante; b) la falta de fiabilidad y validez de la medida empleada en la valoración de la conducta (Gross, Garvey y Julión, 2004); c) el tipo de psicopatología evaluada (Kolko y Kazdin, 1993); y d) las perspectivas del evaluador (Kraemer et al., 2003), también han sido señalados para explicar el bajo grado de concordancia entre informantes en la valoración de problemas de conducta. Asimismo, las perspectivas del evaluador pueden verse afectadas por algunas características del niño como la edad y el sexo (Achenbach et al., 1987; Offord, Boyle y Racine, 1989). Así, se ha registrado una correlación mayor entre informantes para niños de 6-12 años, que para niños y adolescentes de 12-19 años (Achenbach et al., 1987). Sin embargo, otros estudios no han encontrado ninguna incidencia de esta variable en las correlaciones entre múltiples informantes en la evaluación de problemas de conducta (Kolko y Kazdin, 1993; Verhulst y Akkerhuis, 1989).

Con respecto al sexo, la investigación sugiere que puede afectar tanto los niveles promedio de problemas de conducta en los niños, como los niveles de acuerdo entre informantes (Achenbach, 1991). No obstante, como ya sucede con la edad, los resultados no son concluyentes. En la revisión de la literatura no se encontraron trabajos que hayan abordado el estudio de la edad y el sexo del niño como variables que pueden incidir sobre el grado de acuerdo entre padres y maestros en la valoración del TND, lo cual destaca la importancia de analizar esta relación desde la perspectiva de este trastorno en particular.

El principal objetivo de este estudio es conocer el grado de acuerdo entre padres y maestros en la evaluación de los síntomas del TND en niños/as de 6-8 años. Adicionalmente, se pretende analizar si algunas características del niño como la edad y el sexo pueden relacionarse con dicha concordancia.

## Método

### Participantes

La población diana del estudio son los 2.892 niños matriculados en primer y segundo grado de Primaria en la comarca de

Osona (Barcelona, España). De entre las 63 escuelas públicas y privadas de la comarca, se seleccionaron al azar 25 (40%). Tras ofrecer participar a todos los niños de 1º y 2º de estas escuelas, la muestra final estuvo compuesta por 702 sujetos, pertenecientes a 48 aulas, de los cuales 360 fueron niños (51,3%) y 342 niñas (48,7%), con edades entre los 6 y 8 años, matriculados en primero ( $n=340$ ; 48,4%) y segundo grado ( $n=362$ ; 51,6%). Los 702 participantes representan el 53% que aceptó participar del total de alumnos de 1º y 2º de las escuelas seleccionadas y el 24% del total de la población diana. El índice socioeconómico (Hollingshead, 1975) muestra que un 55,4% ( $n=372$ ) de la muestra es de nivel medio-bajo, mientras que el 17,4% ( $n=117$ ) es de nivel bajo. La mayoría de familias son del tipo nuclear.

El muestreo realizado es pues probabilístico por conglomerados, formados éstos por las escuelas seleccionadas.

### Instrumentos

*Child Symptom Inventory-4* (CSI-4; Gadow y Sprafkin, 1994; Gadow y Sprafkin, 2002). Instrumento de cribado basado en los criterios diagnósticos del DSM-IV que identifica trastornos emocionales y de conducta en niños de 5 a 12 años de edad. Presenta una versión para padres (97 ítems) y otra para maestros (77 ítems).

La respuesta a cada ítem está comprendida entre 0 y 3 (0= nunca, 1= a veces, 2= a menudo, 3= muy a menudo) y la corrección de cada escala se puede realizar de forma dimensional —sumando cada ítem— o de forma categórica —presencia o no de síntomas—. En este último caso, que es el utilizado en este estudio, un síntoma es considerado clínicamente relevante si ocurre «a menudo» o «muy a menudo». Este método, llamado «de corte», ha sido empleado por otros autores en la identificación del TND en niños de 6-10 años (Drabick, Gadow y Loney, 2007; Offord et al., 1996).

El CSI-4 ha demostrado una alta correspondencia con los diagnósticos clínicos y una buena fiabilidad test/retest (Gadow y Sprafkin, 2002). En España ha sido validado por Canals (2002), registrando una fiabilidad general de  $\alpha=0,99$  y una buena consistencia interna con relación a la escala del TND ( $\alpha=0,96$ ).

*Cuestionario sociodemográfico* (Doménech, Canals, Viñas y Jané, 1999). Instrumento conformado por ítems que informan sobre el niño (edad, sexo, escolaridad, nacionalidad, enfermedades, acontecimientos vitales, lengua materna) y su familia (tipo, enfermedades crónicas familiares, número hermanos). Incluye también el índice socioeconómico de Hollingshead (1975).

### Procedimiento

Tras obtener los permisos de la Generalitat de Catalunya, y gracias a la participación de l'Equip d'Assessorament i Orientació Psicopedagògica (EAP-Osona), el equipo de investigación contactó con los directores de las escuelas para solicitar su participación y exponer los objetivos y metodología del estudio.

Posteriormente se realizaron reuniones informativas con los padres y maestros en cada una de las escuelas participantes, con el fin de explicar los objetivos del estudio y solicitar su participación y consentimiento. Se les informó sobre el carácter estrictamente confidencial de la información y su derecho a renunciar a participar en cualquier momento. Durante las sesiones se dieron las instrucciones necesarias para rellenar los cuestionarios, procediéndose a

su cumplimentación por parte de los padres. Aquellos que no los rellenaban en ese momento tenían la posibilidad de hacerlo en casa y enviarlos a la escuela, junto con la carta de consentimiento informado. El 71,4% de los cuestionarios fueron cumplimentados sólo por la madre, el 13,6% sólo por el padre y el 15% conjuntamente por el padre y la madre.

Los maestros cumplimentaron el CSI-4 (versión maestros) de los niños cuyos padres dieron su conformidad. En promedio, cada maestro valoró a 14,6 alumnos.

### Análisis de datos

Para conocer el grado de concordancia entre padres y maestros en la valoración de los síntomas del TND y analizar si el sexo y la edad del niño pueden afectar los niveles de acuerdo, se ha calculado la concordancia entre informantes —en la valoración de cada síntoma— mediante el índice de Kappa (Cohen, 1960). La interpretación de los valores del índice de Kappa se han basado en los criterios de Altmann (1991), donde la concordancia puede ser: pobre (<.20); débil (0,21-0,40); moderada (0,41-0,60); buena (0,61-0,80) o muy buena (0,81-1,00).

Para calcular la valoración de la severidad de padres vs maestros se han comparado las medias obtenidas a partir de la suma de los síntomas del TND valorados como presentes mediante la prueba t de Student para grupos relacionados y se ha calculado la correlación.

El nivel de significación requerido en todas las pruebas estadísticas fue de  $p=0,05$  y el análisis de datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS versión 15.0.

### Resultados

Las tablas de contingencia obtenidas para analizar la concordancia entre padres y maestros en la valoración de los síntomas del TND (tabla 1) indican que los padres informan en mayor medida de la presencia de los síntomas. El mayor grado de concordancia se da en la valoración del síntoma 1: «se enoja fácilmente» (0,9%), y el menor acuerdo en el del síntoma 3: «es insolente o desobediente» (0,0%). Cabe anotar que el grado de coincidencia para cada uno de los síntomas del TND es casi nula.

Síntoma TND	Casos valorados como positivos		Positivos concordantes (y % vs. total) Padres/ Maestros	Negativos concordantes (y % vs. total) Padres/ Maestros
	Pa-dres	Maes-tros		
	Se enoja fácilmente	78	19	6 (0,9)
Discute con adultos	31	4	2 (0,3)	696 (95,6)
Es insolente o desobediente	26	6	0 (0,0)	669 (96,3)
Deliberadamente molesta a otros	14	6	2 (0,3)	678 (98,0)
Acusa a los demás por sus errores	18	21	2 (0,3)	661 (97,3)
Se molesta fácilmente con los demás	25	23	2 (0,3)	652 (96,3)
Tiene mal genio y es resentido	32	11	3 (0,4)	687 (95,3)
Descarga sus frustraciones en otros	17	8	1 (0,2)	676 (97,5)

En la tabla 2 se muestran los valores Kappa hallados a partir de la valoración dicotómica de los síntomas del TND para todos los casos y en función de la edad y el sexo de los niños. En el primer caso, los valores Kappa oscilan entre -.014 y .154, lo que indica una concordancia pobre (<.20).

Los resultados de la evaluación según el sexo del niño muestran un valor ligeramente mayor en el grado de concordancia entre padres y maestros en la valoración de las niñas. El segundo ítem: «discute con adultos» no ha sido tenido en cuenta, dado que los maestros no lo han considerado como presente en las niñas en ninguno de los casos. En los ítems restantes, el valor obtenido es más elevado en la evaluación de la presencia de los síntomas en los niños que en las niñas. Sin embargo, estos valores no representan una diferencia significativa en la valoración de los síntomas de ambos sexos.

Con respecto a la edad, los resultados indican una mayor concordancia entre padres y maestros en la evaluación de los síntomas: «tiene mal genio y es resentido», «se molesta fácilmente con los demás» y «descarga sus frustraciones en otros» en los niños de 7 años. Mientras que en la valoración de los síntomas: «se enoja fácilmente», «discute con adultos» y «acusa a los demás por sus errores», los valores Kappa son más altos en la evaluación de los niños de 8 años. Cabe anotar que dos ítems: «es insolente y desobediente» en niños de 8 años; y «hace cosas deliberadamente para molestar a otros» en niños de 6 años, no han sido considerados por cuanto éstos no fueron valorados como clínicamente relevantes por los maestros. No obstante, los valores Kappa obtenidos en la valoración de los síntomas del TND en función de la edad del niño no muestran una diferencia significativa.

Los resultados obtenidos en la valoración de la severidad de los síntomas del TND para padres y maestros, tomando la puntuación total de la escala, mediante la prueba t para grupos relacionados, muestran que los padres son quienes evalúan con mayor intensidad los síntomas (media= 3,68; sd= 3,21) en comparación con los maestros (media= 1,68; sd= 2,78), hallándose una correlación baja entre ambas valoraciones ( $r=0,23$ ).

Síntoma TND	To-tal	Sexo		Edad		
		Ni-ños	Ni-ñas	6	7	8
Se enoja fácilmente	.058	.012	.121	-.039	-.018	.195
Discute con adultos	.089	.181	ns	-.019	.086	.156
Es insolente o desobediente	-.014	-.021	-.005	-.015	-.023	ns
Deliberadamente molesta a otros	.154	.203	-.005	ns	.190	-.006
Acusa a los demás por sus errores	.065	.091	-.017	-.022	.056	.098
Se molesta fácilmente con los demás	.041	.075	-.022	-.042	.124	-.028
Tiene mal genio y es resentido	.097	.098	.092	-.034	.132	.105
Descarga sus frustraciones en otros	.058	-.015	-.011	-.015	.105	-.011

### Discusión

El presente estudio muestra una concordancia muy baja, casi nula, en la valoración de los síntomas del TND por parte de padres y maestros. Estudios previos han señalado un bajo grado de acuerdo en la evaluación de problemas de conducta en niños y adolescentes (Achenbach et al., 1987), y en la identificación del TND

por informantes de contextos diferentes (Offord et al., 1996). Cabe anotar que el presente estudio tiene la particularidad de analizar dicha relación en una franja de edad específica (6 a 8 años), que aún no ha sido abordada por la investigación.

Varios factores podrían explicar las discrepancias halladas entre padres y maestros. En primer lugar, y dada la variabilidad del comportamiento del niño en los diferentes contextos en los que éste se desarrolla, es común encontrar más que coincidencias, discrepancias en la valoración de las conductas observadas (Achenbach et al., 1987; Gross et al., 2004). Específicamente, las conductas negativistas desafiantes pueden ser más evidentes en uno u otro contexto (familiar versus escolar), dependiendo de las características y demandas que cada uno de ellos le ofrecen al niño. Quizás aquellos niños que manifiestan síntomas del TND en casa no los presentan con la misma intensidad y frecuencia en la escuela, debido a una mayor estructuración de las actividades propias del entorno académico, hecho que podría explicar por qué los maestros en la gran mayoría de los casos no detectan los síntomas del TND. Además, las primeras manifestaciones de estas conductas suelen registrarse en casa, especialmente en niños preescolares. En otro sentido, podría interpretarse también que los maestros no son tan buenos informantes como los padres en la detección del trastorno. Así, algunos estudios han señalado que los profesionales de la salud mental consideran a los profesores como informadores fiables acerca de la impulsividad, hiperactividad e inatención en los niños, mientras los padres son informantes útiles en el caso de problemas de conducta y comportamientos negativistas de sus hijos (Edelbrock, Costello, Dulcan, Conover y Kalas, 1986; Loeber, Green y Lahey, 1990).

En segundo lugar, los informantes pueden percibir de manera diferente el problema de conducta del niño. Los maestros, al estar más familiarizados con los comportamientos perturbadores esperados en ciertas edades, y al poder comparar dichas conductas con las observadas en otros niños, pueden ser más tolerantes ante sus manifestaciones, por lo cual las considerarán menos severas, frecuentes o inexistentes. Los padres, por su parte, al estar más implicados en el proceso de desarrollo de sus hijos, pueden ser más sensibles en detectar esta clase de conducta.

Otros aspectos como el número de horas que comparten padres y maestros con los niños, al igual que el tipo de interacción que establecen estos adultos con los mismos, podrían ser considerados. En este sentido, cabe anotar que al ser las madres quienes han participado mayoritariamente en este estudio, se podría hipotetizar que la evaluación de los síntomas del TND con un mayor grado de severidad en los padres que en los maestros, podría ser atribuida a las interacciones problemáticas madre/hijos halladas en estudios previos sobre el trastorno (Drabick, Gadow, Carlson y Bromet, 2004; Drabick et al., 2007), ante lo cual las madres emplean más estrategias de control que pueden afectar su percepción de las conductas negativistas desafiantes.

Con relación al grado de concordancia hallado en la valoración de los síntomas del TND en función del sexo del niño, los resultados indican una concordancia prácticamente nula entre padres y maestros. Asimismo, aunque se obtienen niveles de concordancia un poco más elevados en la valoración de la mayoría de los síntomas del TND en los niños que en las niñas, estos datos no representan una diferencia significativa que nos permita concluir que dicha característica pueda variar el grado de concordancia entre ambos informantes.

Por otro lado, llama la atención el hecho que un ítem, concretamente el relacionado con: «discute con adultos», el cual constituye una de las principales manifestaciones del trastorno, no fue consi-

derado por los maestros como clínicamente relevante en las niñas. Esto podría tener varias explicaciones: a) los estudios epidemiológicos han demostrado una mayor prevalencia del TND en los niños que en las niñas. En particular, el estudio realizado por Maughan et al. (2004), mostró esta diferencia en los informes de los maestros, mas no en el de los padres; b) algunos autores (Keenan y Shaw, 1997) han hipotetizado que las diferencias de sexo en la manifestación de las conductas disruptivas son pequeñas durante la niñez temprana; sin embargo, éstas emergen alrededor de los 4 años, incrementando su magnitud durante la primera infancia. Esto ocurre debido a que las niñas muestran una disminución más significativa de los problemas de conducta que los niños al inicio de la etapa escolar. Además, c) Crick y Zahn-Waxler (2003) agregan que este fenómeno podría ser explicado porque las niñas durante este período cambian la expresión de las conductas problemáticas, pasando de una agresividad más abierta a una más encubierta, lo que no sucede con los niños; y d) los estereotipos de género, los patrones de socialización y las expectativas culturales también pueden fomentar estas diferencias (Dunn, 2001). En nuestro caso, la percepción de los maestros pudo verse afectada por alguno de estos aspectos, si consideramos además que generalmente se espera de las niñas un comportamiento más prosocial.

La ausencia de una relación significativa del sexo del niño con el grado de concordancia encontrada en el presente estudio coincide con investigaciones previas (Kolko y Kazdin, 1993; Verhulst y Akkerhuis, 1989). No obstante, los trabajos realizados hasta el momento sobre el tema no son concluyentes.

De los resultados encontrados se desprende que los índices de concordancia encontrados en la valoración de los síntomas de TND por ambos informantes no varían, de forma significativa, según la edad de los niños. Aunque estos valores son más altos para algunos de los síntomas del trastorno a la edad de 7 y 8 años, éstos no constituyen una diferencia real que nos permita afirmar lo contrario. Esto es consistente con estudios previos sobre la valoración de problemas de conducta por múltiples informantes (Kolko y Kazdin, 1993; Verhulst y Akkerhuis, 1989). Sin embargo, otros estudios apuntan hacia una mayor correlación en la valoración de problemas de conducta en niños mayores, en comparación con los más pequeños (Achenbach et al., 1987).

Si bien los resultados obtenidos coinciden con otros estudios, esta investigación presenta algunas limitaciones. En primer lugar, la baja participación del colectivo de inmigrantes debida a dificultades en la comprensión del idioma representa un leve sesgo en la representatividad de la muestra. En segundo lugar, la información acerca de la sintomatología del TND proporcionada por los padres fue obtenida mayoritariamente de las madres, por lo tanto, los resultados no se pueden generalizar a este tipo de informante. De otro lado, la evaluación de los síntomas del TND mediante la aplicación de un instrumento de cribaje (CSI-4) corresponde a una aproximación diagnóstica. En investigaciones futuras sería recomendable considerar una mayor inclusión en la muestra tanto de inmigrantes extranjeros como de padres para obtener resultados con niveles de exactitud más apropiados. Asimismo, realizar una segunda etapa en la que sea posible identificar los niños que presenten el trastorno, a través de una entrevista diagnóstica para analizar y describir las relaciones entre la presencia del TND y las valoraciones proporcionadas por ambos informantes.

A pesar de las limitaciones descritas, este trabajo constituye un punto de partida para afinar la valoración clínica del trastorno y elaborar las estrategias más adecuadas para su tratamiento.

## Agradecimientos

Este trabajo forma parte de una investigación más amplia sobre trastornos de conducta en una muestra española, adelantada por la Unitat de Recerca de Psicopatologia de la Infància i l'Adolescència

de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), con el apoyo de la Generalitat de Catalunya y l'Equip d'Assessorament i Orientació Psicopedagògica (EAP-Osona) y la financiación del Fondo de Investigación Sanitaria, Ministerio de Sanidad y Consumo, España, FIS/070027.

## Referencias

- Achenbach, T.M. (1991). *Integrative guide for the CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M., McConaughy, S.H., y Howell, C.T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, *101*, 212-231.
- Altman, D.G. (1991). *Practical statistics for medical research*. Nueva York: Chapman and Hall.
- Alvarez, H.K., y Ollendick, T.H. (2003). Individual and psychosocial risk factors. En C.A. Essau (Ed.): *Conduct and oppositional defiant disorders: Epidemiology, risk factors, and treatment* (pp. 97-116). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Versión española DSM-IV-TR [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV-TR)]* (4ª ed. revisada). Barcelona: MASSON, S.A.
- Canals, J. (2002). Estudi de fiabilitat i validesa del CSI-4. *Manuscript no publicat*. Tarragona, España: Universitat Rovira i Virgili.
- Christensen, A., Margolin, G., y Sulloway, M. (1992). Interparental agreement on child behavior problems. *Psychological Assessment*, *4*, 419-425.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, *20*, 37-46.
- Crick, N.R., y Zahn-Waxler, C. (2003). The development of psychopathology in females and males: Current progress and future challenges. *Development and Psychopathology*, *15*, 719-742.
- Doménech, E., Canals, F., Viñas, F., y Jané, M.C. (1999). Qüestionari de dades sociodemogràfiques. *Manuscript no publicat*. Bellaterra: Barcelona.
- Drabick, D., Gadow, K., Carlson, G., y Bromet, E. (2004). ODD and ADHD symptoms in Ukrainian children: External validators and comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *43*(6), 735-743.
- Drabick, D., Gadow, K., y Loney, J. (2007). Source-Specific Oppositional Defiant Disorder: Comorbidity and risk factors in referred elementary schoolboys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *46*(1), 92-101.
- Dunn, J. (2001). The developmental of children's conflict and prosocial behaviour: Lessons from research on social understanding and gender. En J. Hill y B. Maughan (Eds.): *Conduct disorders in childhood and adolescence* (pp. 49-66). Cambridge: Cambridge University Press.
- Edelbrock, C., Costello, A.J., Dulcan, M.K., Conover, N.C., y Kalas, R. (1986). Parent-child agreement on child psychiatric symptoms assessed via structured interview. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *27*, 181-190.
- Gadow, K.D., y Sprafkin, J. (1994). *Child Symptom Inventories manual*. Stony Brook, NY: Checkmate Plus.
- Gadow, K.D., y Sprafkin, J. (2002). *Child Symptom Inventory 4: Screening and Norms Manual*. Stony Brook, NY: Checkmate Plus.
- Grietens, H., Onghena, P., Prinzie, P., Gadeyne, E., Van Assche, V., Ghesquière, P., y Hellinckx, W. (2004). Comparison of mothers, fathers and teacher's reports on problem behavior in 5- to 6- year-old children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *26*(2), 137-146.
- Gross, D., Garvey, C., y Julion W. (2004). Behavior problems in young children: An analysis of cross-informant agreements and disagreements. *Research in Nursing & Health*, *27*, 413-425.
- Hollingshead, A.B. (1975). Four factor index of social status. Connecticut, Yale University Press.
- Jané, M.C., Canals, J., Balleespí, S., Viñas, F., Esparó, G., y Doménech, 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*(5), 386-393.
- Keenan, K., y Shaw, D. (1997). Developmental and social influences on young girls' early problem behaviour. *Psychological Bulletin*, *121*, 95-113.
- Kolko, D.J., y Kazdin, A.E. (1993). Behavioral/emotional problems in clinic and nonclinic children: Correspondence among child, parent and teacher reports. *Journal Child Psychology Psychiatry*, *34*, 991-1006.
- Kraemer, H.C., Measelle, J.R., Ablow, J.C., Essex, M.J., Boyce, T., y Kupper, D.J. (2003). A new approach to integrating data from multiple informants in psychiatric assessment and research: Mixing and matching contexts and perspectives. *American Journal of Psychiatry*, *160*, 1566-1577.
- Kumpulainen, K., Räsänen, E., Henttonen, I., Moilanen, I., Piha, J., Puura, K., Tamminen, T., y Almqvist, F. (1999). Children's behavioral/emotional problems: A comparison of parents' and teachers' reports for elementary school-aged children. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *8* (Suppl. 4), 41-47.
- Lee, S.W., Elliott, J., y Barbour, J.D. (1994). A comparison of crossinformant behavior ratings in school-based diagnosis. *Behavior Disorders*, *19*, 87-97.
- Loeber, R., Green, S.M., y Lahey, B.B. (1990). Mental Health Professionals' Perception of the Utility of Children, Mothers and Teachers as Informants on Childhood Psychopathology. *Journal of Clinical Child Psychology*, *19*, 136-143.
- Maughan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R., y Meltzer, H. (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: Developmental epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *45*(3), 609-621.
- Merrell, K.W. (1999). *Behavioral, social and emotional assessment of children and adolescents*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Offord, D.R., Boyle, M.H., y Racine, Y. (1989). Notario Health Study: Correlates of disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *28*(6), 856-860.
- Offord, D.R., Boyle, M.H., Racine, P., Flemign, J.E., Sanford, M., y Lipman, E.L. (1996). Integrating assessment data from multiple informants. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*, *35*, 1078-1085.
- Skovgaard, A.M., Houmann, T., Landorph, S.L., y Christiansen, E. (2004). Assessment and classification of psychopathology in epidemiological research of children 0-3 years of age: A review of the literature. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *13*(6), 337-346.
- Van der Ende, J. (1999). Multiple informants: Multiple views. En H.M. Koot, A.A.M. Crijnen y R.F. Ferdinand (Eds.): *Child psychiatric epidemiology: Accomplishments and future directions* (pp. 39-52). Assen: Van Gorcum.
- Verhulst, F.C., y Akkerhuis, G.W. (1989). Agreement between parents' and teachers' ratings of behavioural/emotional problems of children aged 4-12. *Journal Child Psychology Psychiatry*, *30*, 123-136.
- Viñas, F., Jané, M.C., Canals, J., Esparó, B., Balleespí, S., y Doménech-Llbera, E. (2008). Evaluación de la psicopatología del preescolar mediante el Early Childhood Inventory-4 (ECI-4): concordancia entre padres y maestros. *Psicothema*, *20*(3), 481-486.
- Wright H., Holmes G., Stader S., Penny R., y Wieduwilt, K. (2004). Psychiatric diagnoses of infants and toddlers referred to a community mental health system. *Psychological Reports*, *95*(2), 495-503.