

Análisis comparativo de la percepción de padres y docentes de sintomatología de TDAH en niños

A comparative analysis of parent and teacher perceptions of ADHD symptoms in children

Daiana Russo¹ ; Josefina Rubiales² ; Rocío González³ ;
Liliana Bakker⁴ ; Juan Pablo Paneiva Pompa⁵ 

RESUMEN

Introducción: El objetivo del presente trabajo fue comparar la percepción de sintomatología del trastorno en padres y docentes de niños, niñas y adolescentes argentinos con diagnóstico de TDAH. **Método:** Estudio descriptivo transversal ex post facto con dos grupos. Muestra conformada por 140 padres y 70 docentes de 70 niños, niñas y adolescentes escolarizados de la ciudad de Mar del Plata, Argentina, de entre 8 y 14 años diagnosticados con TDAH. Se administró a padres y docentes el cuestionario SNAP IV de Swanson et al. (1983) en su versión argentina tanto para padres como para docentes. **Resultados:** Los padres reportan un nivel más alto de sintomatología, incluso cuando se diferencia entre los subtipos del trastorno. **Discusión:** Esta discrepancia entre informantes puede interpretarse como un reflejo de las diferencias conductuales ocasionadas por los diversos contextos, las interacciones diferenciales entre el niño, niña o adolescente y quienes informan, las normas culturales, el conocimiento del desarrollo normal del niño, niña o adolescente y las expectativas.

Palabras clave: Diagnóstico, TDAH, Padres, Docentes, Niños.

ABSTRACT

Introduction: The aim of the study was to compare the perception of the disorder symptoms in parents and teachers of Argentine children diagnosed with ADHD. **Method:** Ex post facto transversal descriptive study of two groups. The sample consisted of 140 parents and 70 teachers from 70 school children of the city of Mar del Plata, Argentina, aged between 8 and 14 years old diagnosed with ADHD. Was administered for parents and teachers the questionnaire SNAP IV of Swanson et al. (1983), in its argentinian version. **Results:** The parents report a higher level of symptomatology, even when the subtypes of the disorder are differentiated. **Discussion:** This discrepancy between informants can be interpreted as a reflection of the behavioral differences caused by different contexts, differential interactions between the child and those reporting, cultural norms, knowledge of normal child development and the expectations.

Keywords: Diagnosis, ADHD, Parents, Teachers, Children.

Recibido: 13-08-2018

Aceptado: 06-11-2019

Citar: Russo, D., Rubiales, J., González, R., Bakker, L. & Paneiva-Pompa, J. P. (2019). Análisis comparativo de la percepción de padres y docentes de sintomatología de TDAH en niños. *Investigaciones en Psicología*, 24(2), pp-50-57. <https://doi.org/10.32824/investigpsicol.a24n2a26>

¹CONICET – Universidad Nacional de Mar del Plata. Instituto de Psicología Básica, Aplicada y Tecnología (IPSIBAT). Mar del Plata, Argentina. daianaprusso@gmail.com

²CONICET – Universidad Nacional de Mar del Plata. Instituto de Psicología Básica, Aplicada y Tecnología (IPSIBAT). Mar del Plata, Argentina. josefinarubiales@gmail.com

³CONICET - Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología Matemática y Experimental “Dr. Horacio J. A. Rimoldi” (CIIPME). Buenos Aires, Argentina. rochigonzaalez27@hotmail.com

⁴CONICET – Universidad Nacional de Mar del Plata. Instituto de Psicología Básica, Aplicada y Tecnología (IPSIBAT). Mar del Plata, Argentina. lilianabakker@gmail.com

⁵CONICET – Universidad Nacional de Mar del Plata. Instituto de Psicología Básica, Aplicada y Tecnología (IPSIBAT). Mar del Plata, Argentina. juampi_paneiva@hotmail.com

Introducción.

El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es una de las alteraciones del neurodesarrollo más frecuente iniciada en la infancia (Fernández-Mayoralas et al., 2017), siendo su sintomatología motivo constante de consulta a profesionales del área de la salud (Gaitán-Chipatecua & Rey-Anacona, 2013). Se define como un patrón persistente de síntomas de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en los niños con un grado de desarrollo similar (*American Psychiatric Association*, 2013). Estos síntomas deben cumplir un criterio funcional (dificultades significativas en el desarrollo del niño), un criterio contextual (presentarse en dos o más contextos, siendo los más frecuentes el hogar y la escuela) y un criterio temporal (producirse antes de los 12 años) (*American Psychiatric Association*, 2013; Santos & Vasconcelos, 2010).

Los estudios de prevalencia indican que en Argentina es de alrededor del 4% (Grañana et al., 2011) y a nivel mundial del 4 al 7% en niños y adolescentes (Thomas et al., 2015), siendo más frecuente en varones que en mujeres con una relación de dos-cuatro a uno (Grañana, 2017). Si bien en ambos sexos se presentan los mismos síntomas, estos se manifiestan de forma diferente. Las niñas con TDAH suelen presentar pocos síntomas agresivos e impulsivos, tienen índices más bajos de problemas de conducta, y una mayor probabilidad de mostrar síntomas de inatención en contraste con los niños, en quienes predominan la hiperactividad, la impulsividad y los comportamientos disruptivos (Spencer et al. 2007; Valdián et al., 2007).

Se entiende como un diagnóstico complejo, de aparición precoz y evolución crónica (Missawa et al., 2014). Actualmente, no se han determinado marcadores neurobiológicos o de neuroimágenes asociados de manera específica al trastorno (Trujillo-Orrego et al., 2012; Wolraich et al., 2005), por lo tanto, el diagnóstico de TDAH es clínico requiriendo de una detallada historia personal y familiar (López-Villalobos et al., 2013).

Dado que uno de los criterios diagnósticos que indica el DSM-5 es que los síntomas característicos de este trastorno se presenten en más de un contexto, es indispensable que los padres y docentes colaboren con el proceso diagnóstico brindando información sobre la conducta del niño en los distintos ámbitos. De tal manera, tanto padres como docentes son dos fuentes de información necesarias e imprescindibles para valorar la presencia, frecuencia e intensidad de los síntomas (*American Psychiatric Association*, 2013), lo cual es posible valorar mediante entrevistas y escalas de detección (Rodillo, 2015).

Algunas de las escalas específicas administradas a padres y docentes, basadas en los criterios del DSM y que son utilizadas con mayor frecuencia para colaborar con el diagnóstico de TDAH en niños, niñas y adolescentes son: la Escala de Conners (Conners, 1994); el Listado de síntomas del TDAH para padres y docentes (Amador et al., 2001); Escalas para la evaluación del Trastorno por Déficit

de Atención con Hiperactividad (Farré & Narbona, 1997); y la Escala SNAP IV (Swanson et al., 1983). Ésta última es una de las escalas más utilizadas, y cuenta, además, con una versión en español validada en Argentina (Grañana et al., 2006; Grañana et al., 2011). Es un instrumento que se administra a padres y docentes para la detección de características específicas del TDAH en niños, niñas y adolescentes de 4 a 14 años, permitiendo obtener información sobre presencia o ausencia de síntomas de inatención, hiperactividad/impulsividad y combinado (el cual incluye síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad). Dicho cuestionario ha demostrado ser de utilidad para estudios de investigación y de seguimiento, ya que brinda una mejor relación sensibilidad/especificidad respecto de otras escalas (Grañana et al., 2011).

Los criterios diagnósticos del TDAH, a pesar de los esfuerzos en su estandarización, presentan cierta subjetividad, ya que la forma de valorar la conducta puede ser arbitraria, dependiendo de las normas culturales, conocimiento del desarrollo normal del niño y expectativas de los padres y docentes. Asimismo, los síntomas principales del TDAH no siempre se observan claramente, ya que las manifestaciones varían según el contexto, los tipos de recompensa, la supervisión, intereses o en la interacción uno a uno. Por lo tanto, suele existir discrepancia entre lo reportado por los padres y la escuela y lo observado por el clínico, dado que las situaciones y demandas a que está expuesto el niño difieren en cada contexto junto con las expectativas de los adultos (Rodillo, 2015).

Los datos reportados en la bibliografía respecto a la percepción de la sintomatología de TDAH según docentes y padres muestran ciertas disparidades (Bailey & Owens, 2005; Gómez, 2007), existiendo un acuerdo mayor entre las evaluaciones de informantes similares como ambos padres o entre docentes, que entre las evaluaciones de diferentes tipos de informantes (Montiel-Nava & Peña, 2001).

En este sentido, se han desarrollado varios estudios que analizan la correspondencia entre la percepción de padres y docentes con respecto a la sintomatología de TDAH, utilizando escalas basadas en los criterios del DSM, evidenciando niveles de acuerdo moderado (Amador et al., 2001; Coutinho et al., 2009; De-Nijs et al., 2004; Hernández-Hernández et al., 2014; Papageorgiou et al., 2008; Van der Oord et al., 2006) y niveles de acuerdo bajo (Antrop et al., 2002; Cáceres & Herrero, 2011; Caye et al., 2017; Giraldo & Zuluaga-Valencia, 2017; Isaksson et al., 2016; Martoni et al., 2016; Meyer et al., 2017; Mitsis et al., 2000; Wolraich et al., 2004; Yeguez & Sibley, 2016; Zulic-Agramunt et al., 2012).

Entre los estudios que presentan un nivel de acuerdo moderado, el estudio de Amador et al. (2001) presenta mayores puntuaciones en los cuestionarios de los padres en sintomatología general, mientras que en los estudios de Papageorgiou et al. (2008), de Hernández-Hernández et al. (2014) y Coutinho et al. (2009) también presentan mayores puntuaciones en los cuestionarios de los padres, pero identificando mayor sintomatología asociadas a impulsividad e hiperactividad que los docentes, no encon-

trándose diferencias en los indicadores vinculados a problemas de atención. En el estudio de Van der Oord et al. (2006), si bien se evidenciaron mayores puntuaciones en padres respecto a docentes, estas se presentaron solo para síntomas de inatención con un nivel de acuerdo moderado para los síntomas de hiperactividad.

Por otro lado, entre los estudios que presentan un nivel de acuerdo bajo, Cáceres y Herrero (2011) hallaron que los docentes reportaron mayor sintomatología de hiperactividad e impulsividad, en contraste con las investigaciones de Antrop et al. (2002), Martoni et al. (2016), Mitsis et al. (2000), Wolraich et al. (2004) y Yeguez y Sibley (2016), en las cuales los padres reportaron mayor sintomatología de TDAH en comparación con los informes de los docentes. A su vez, en el estudio de Caye et al. (2017) mostraron un acuerdo bajo en todas las variables a excepción de la hiperactividad-impulsividad, en la que las madres tuvieron acuerdos moderados con los docentes.

Dentro de estas investigaciones algunas han analizado las diferencias de género respecto a la percepción de padres y docentes. Los estudios de Hernández-Hernández et al. (2014) y Cáceres y Herrero (2011) evidenciaron que existen diferencias en las puntuaciones otorgadas a los niños para impulsividad e hiperactividad, mientras que los estudios de Zulic-Agramunt et al. (2012) y de Giraldo y Zuluaga-Valencia (2017) reportaron que las niñas puntuaron más alto en sintomatología de acuerdo al registro de los padres y los niños más alto de acuerdo al registro de los docentes. Por otro lado, en el estudio de Isaksson et al. (2016) los padres calificaron más alto que los maestros a las niñas en déficit de atención, hiperactividad y síntomas combinados, y en los niños no observaron diferencias entre padres y docentes. Por su parte, en el trabajo de Meyer et al. (2017) en los niños de edad preescolar no hubo diferencias por género; mientras que, para los niños mayores en edad, las calificaciones medias de padres y maestros fueron significativamente más altas para los niños que para las niñas.

Estas discrepancias, evidenciadas en los antecedentes mencionados, entre padres y docentes podrían atribuirse a diferentes causas. Pueden ser debido a que las conductas reportadas se observan en diferentes contextos (Gómez, 2007), así como a las diferencias en los juicios sobre el comportamiento del niño que tienen padres y docentes (De-Nijs et al., 2004). Es decir, como sugieren Seabra-Santos y Gaspar (2012) y Martoni et al. (2016), las diferencias entre los ambientes del hogar y la escuela pueden inducir a la aparición de diferentes comportamientos que luego podrían ser observables por un informante y no por el otro. Otra posible causa de las diferencias en las percepciones de padres y maestros se relaciona con las expectativas y pretensiones de ambos; y el nivel de tolerancia de los informantes, estando las diferencias determinadas posiblemente por el nivel de aceptación de la conducta por parte del adulto (Giraldo & Zuluaga-Valencia, 2017).

Profundizar en el análisis de la comparación de la percepción de sintomatología en padres y docentes de niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de TDAH podría aportar conocimientos en la evaluación y diagnós-

tico. Por tanto, el objetivo del presente trabajo fue comparar la percepción de sintomatología de inatención, hiperactividad e impulsividad en padres y docentes de niños, niñas y adolescentes argentinos con diagnóstico de TDAH.

Método.

Se llevó a cabo un estudio ex post facto, descriptivo-transversal de dos grupos (Montero & León, 2007).

Participantes: La muestra del presente estudio estuvo conformada de forma intencional por 140 padres y 70 docentes de 70 niños, niñas y adolescentes escolarizados de la ciudad de Mar del Plata, Argentina, con diagnóstico de TDAH. Los niños, niñas y adolescentes presentaron edades comprendidas entre 8 y 14 años ($M = 10.20$; $DS = 2.05$), 40 de ellos con edades entre 8 y 10 años y 30 con edades entre 11 y 14 años; 16 mujeres y 54 varones; 23 presentan diagnóstico de subtipo inatento y 47 diagnóstico de subtipo combinado.

En cuanto al tipo de familia, el 72.73% estuvo compuesto por familias biparentales (ambos padres viviendo juntos con el niño, niña o adolescente), el 25.75% por familias con padres separados y el 1.52% por familias extensas (viven varios miembros de la familia juntos, como padres, primos, abuelos). Y respecto al tipo de escuela a la que asisten los niños, niñas y adolescentes, el 47.06% asiste a escuelas Públicas y el 52.94% asiste a escuelas privadas.

Los niños, niñas y adolescentes han sido derivados por médicos neurólogos y psiquiatras pertenecientes a un Centro de Salud de la ciudad. Los criterios de inclusión para la muestra clínica consistieron en presentar diagnóstico de TDAH realizado por los médicos derivadores, cumplir con los criterios diagnósticos según el DSM-5 (*American Psychiatric Association*, 2013), presentar valores por encima del punto de corte esperado en las escalas específicas de TDAH y presentar un nivel intelectual (C.I.) > 70 . Se excluyeron niños, niñas y adolescentes con antecedentes de enfermedades neurológicas o psiquiátricas, trastornos del aprendizaje y discapacidad intelectual.

Instrumento: El abordaje metodológico se realizó a través de la administración del cuestionario SNAP IV de Swanson et al. (1983) en su versión argentina (Grañana et al., 2006) para niños de 4-14 años de edad, el cual consiste en una escala que evalúa las conductas de hiperactividad, impulsividad y los síntomas de déficit de atención, con respuesta tipo Likert de cuatro opciones que puntúan de 0 a 3 (0 = no, en absoluto, 1 = sólo un poco, 2 = bastante, y 3 = mucho). Posee puntajes de corte de acuerdo a la sensibilidad y especificidad en la población para las subescalas de déficit de atención, hiperactividad/impulsividad y combinado, para padres y para docentes. La determinación de la validez para déficit de atención indicó una sensibilidad de 72% y una especificidad de 65%, y para hiperactividad e impulsividad los valores fueron de 86.0% y 73.5% respectivamente (Grañana et al., 2011).

Procedimiento: En el marco de un estudio mayor sobre TDAH perteneciente al grupo de investigación Comportamiento Humano, Genética y Ambiente perteneciente al Instituto de Psicología Básica, Aplicada y Tecnología (IPSIBAT), Universidad Nacional de Mar del Plata-CONICET, y a partir de los datos proporcionados por los médicos derivadores una institución de Salud de la Ciudad de Mar del Plata, se establecieron los contactos con los niños, niñas y adolescentes diagnosticados con TDAH y sus padres. Se procedió a la firma del consentimiento informado para realizar la evaluación inicial, y se administraron las pruebas para confirmar el diagnóstico a los niños, niñas y adolescentes de forma individual. Las mismas incluyeron una batería de evaluación neuropsicológica a los niños, niñas y adolescentes, una entrevista a padres desarrollada a partir de completar una anamnesis del hijo o hija y cuestionarios de sintomatología de TDAH a padres y docentes. Se les solicitó a los padres que completaran el Cuestionario SNAP IV en forma presencial con el acompañamiento del profesional el cual les explicó la consigna y explicó cómo completar los ítems del cuestionario; y luego se les entregó en sobre cerrado un Cuestionario SNAP IV con la consigna y explicación de la misma a fin de ser completado por el docente del niño, el mismo llevaba una carta de presentación y datos de contacto para comunicarse en caso de tener dudas o consultas. Estas tareas se realizaron en las instalaciones del IPSIBAT en el caso de los niños, niñas y adolescentes y sus padres, y para los docentes en las instituciones educativas correspondientes.

La participación fue voluntaria y sujeta al consen-

tamiento informado de los padres y los docentes participantes. Durante el desarrollo del trabajo se respetaron los principios éticos de la investigación con seres humanos, procurándose las condiciones necesarias para proteger la confidencialidad y actuar en beneficio de los participantes, respetándose las normas éticas internacionales (American Psychological Association, Declaración de Helsinki), y las legislaciones nacionales e internacionales correspondientes.

Análisis de datos: Para realizar los análisis estadísticos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 19. Con el objeto de describir y comparar la percepción de los padres y docentes en cuanto a la sintomatología de TDAH en los niños, los datos obtenidos fueron sometidos a un análisis estadístico descriptivo y se aplicó la Prueba *t* para comparar medias y establecer si las diferencias observadas son estadísticamente significativas. Asimismo, se calculó el tamaño del efecto de la diferencia, para lo cual se utilizó la clasificación por rangos de Cohen, que indica que el tamaño del efecto puede ser grande (mayor a 0.8), mediano (cercano a 0.5) o menor (menor a 0.2) (Quezada, 2007).

Resultados.

En la Tabla 1 se observa que existen diferencias estadísticamente significativas entre la percepción de padres y docentes con respecto a las subescalas de inatención, hiperactividad/impulsividad y combinado con un tamaño del efecto mediano, siendo los padres quienes reportan un nivel más alto de sintomatología.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de la sintomatología percibida según padres y docentes, resultados de la Prueba *t* y tamaño del efecto Cohen's *d*.

Factores	Docentes		Padres		<i>t</i>	Sig. (bilateral)	<i>d'</i>
	Media	DE	Media	DE			
Inatención	1.98	.65	2.32	.52	-3.31	.00**	.60
Hiperactividad/Impulsividad	1.34	.89	1.85	.85	-3.34	.00**	.59
Combinado	1.66	.64	2.09	.53	-4.18	.00**	.75

** La diferencia es significativa al nivel .01 (bilateral).

En la Tabla 2 se observa que para el subtipo inatento no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la percepción de padres y docentes en ninguna de las subescalas. Mientras que para el subtipo combinado existen diferencias estadísticamente significativas en

la subescala inatención con un tamaño del efecto mediano y en las subescalas hiperactividad/impulsividad y combinado en donde el tamaño del efecto ha sido grande, siendo en todos los casos los padres quienes reportan un nivel más alto de sintomatología.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de la sintomatología percibida según padres y docentes en función del subtipo, resultados de la Prueba *t* y tamaño del efecto Cohen's *d*.

Factores	Docentes		Padres		<i>t</i>	Sig. (bilateral)	<i>d'</i>	
	Media	DE	Media	DE				
Inatento (n = 23)	Inatención	2.03	.60	2.36	.56	-1.84	.07	.57
	Hiperactividad/Impulsividad	.72	.64	.96	.64	-1.24	.22	.37
	Combinado	1.37	.52	1.66	.44	-1.95	.05	.62
Combinado (n = 47)	Inatención	1.95	.68	2.30	.50	-2.72	.00**	.61
	Hiperactividad/Impulsividad	1.63	.84	2.29	.55	-4.40	.00**	.99
	Combinado	1.79	.65	2.30	.44	-4.32	.00**	2.13

** La diferencia es significativa al nivel .01 (bilateral).

En la Tabla 3 se observa que se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la percepción de padres y docentes para las tres subescalas (inatención, hiperactividad/impulsividad y combinado) en niños, con

un tamaño del efecto mediano, siendo los padres quienes reportan un nivel más alto de sintomatología; no observándose diferencias significativas para las niñas.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de la sintomatología percibida según padres y docentes en función del género, resultados de la Prueba *t* y tamaño del efecto Cohen's *d*.

Factores	Docentes		Padres		<i>t</i>	Sig. (bilateral)	<i>d'</i>	
	Media	DE	Media	DE				
Niños (n = 54)	Inatención	1.96	.63	2.32	.50	-3.19	.00**	.61
	Hiperactividad/Impulsividad	1.46	.86	1.95	.77	-3.03	.00**	.58
	Combinado	1.71	.61	2.14	.47	-3.97	.00**	.75
Niñas (n = 16)	Inatención	2.04	.72	2.32	.60	-1.17	.24	.41
	Hiperactividad/Impulsividad	.97	.91	1.50	1.06	-1.50	.14	.55
	Combinado	1.50	.72	1.91	.69	-1.60	.11	.57

** La diferencia es significativa al nivel .01 (bilateral).

Respecto a la diferencia de percepción entre docentes y padres considerando la muestra dividida en niños y niñas (de 8 a 10 años) y adolescentes (de 11 a 14 años), cabe decir que, de modo similar a lo que se observó en la muestra total, para los niños y niñas se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las escalas de hiperactividad/impulsividad ($p = .03$) y la escala combinado ($p = .02$), y para los adolescentes se han

encontrado diferencias estadísticamente En el caso de sintomatología de inatención en niños, que es donde no se obtuvieron diferencias significativas, si bien los padres puntúan mayor cantidad de síntomas, los puntajes son semejantes a los de los docentes (2.11 – 2.27 respectivamente).

Finalmente, respecto a la diferencia de percepción entre docentes y padres en función del tipo de institución

educativa (pública o privada) se encontraron diferencias significativas entre la percepción de padres y docentes tanto en el contexto público como privado para las subescalas: inatención ($p = .01$ y $.04$) y combinado ($p = .00$ y $.01$), con percepción de mayor cantidad de síntomas por parte de los padres. Para la subescala hiperactividad/impulsividad se mantuvo la misma tendencia, aunque las diferencias fueron significativas solo en el contexto público ($p = .00$).

Discusión.

Debido a que el diagnóstico de TDAH es clínico (López-Villalobos et al., 2013) y requiere el cumplimiento de los criterios del DSM-5, es indispensable contar con escalas de detección tanto para valorar los síntomas del trastorno como para cuantificar la severidad de los mismos (Rodillo, 2015), siendo la Escala SNAP IV la más utilizadas al brindar una mejor relación sensibilidad/especificidad respecto de otras escalas (Grañana et al., 2011). De esta manera, es imprescindible que los padres y docentes colaboren con el proceso diagnóstico brindando información sobre la conducta del niño en distintos contextos (*American Psychiatric Association*, 2013). Sin embargo, se ha observado que la percepción de la sintomatología del TDAH según estos informantes muestra ciertas disparidades (Bailey & Owens, 2005; Gómez, 2007).

Los resultados evidencian diferencias entre la percepción de padres y docentes con respecto a las subescalas de inatención, hiperactividad/impulsividad y combinado. Se sostiene que estas discrepancias podrían deberse a varias causas, entre ellas las diferencias en los juicios sobre el comportamiento del niño (De-Nijs et al., 2004; Giraldo & Zuluaga-Valencia, 2017), o las características particulares de cada contexto en los que se desarrolla la conducta (Gómez, 2007) ya que las manifestaciones varían según el mismo, siendo mínimas en un contexto de recompensa por comportamiento adecuado, supervisión cercana, actividades que le interesan o en la interacción uno a uno (Rodillo, 2015).

Por otro lado, el presente estudio ha evidenciado que son los padres quienes reportan un nivel más alto de sintomatología, incluso cuando se diferencia entre los subtipos del trastorno, y cuando se comparan niños y adolescentes, concordando con los estudios realizado por Antrop et al. (2002), Martoni et al. (2016), Mitsis et al. (2000), Wolraich et al. (2004) y Yeguez y Sibley (2016). Esta tendencia de los padres a percibir mayor sintomatología respecto a los docentes posiblemente se deba al nivel de aceptación de la conducta por parte de los docentes, poniéndose en relación las expectativas, pretensiones y nivel de tolerancia de los informantes; y las conductas manifiestas de los niños (Giraldo & Zuluaga-Valencia, 2017). Otra posible causa se relacionaría con posibles diferencias entre los ambientes del hogar y la escuela que pueden inducir a la aparición de diferentes comportamientos que luego podrían ser observables por un informante y no por el otro (Seabra-Santos & Gaspar, 2012;

Martoni et al., 2016). Respecto a las diferencias de género, se registraron diferencias entre ambos informantes en las tres subescalas (inatención, hiperactividad/impulsividad y combinado) en niños, siendo los padres quienes reportan un nivel más alto de sintomatología. Estos hallazgos concuerdan con los estudios de Hernández-Hernández et al. (2014) y Cáceres y Herrero (2011), en las subescalas hiperactividad/impulsividad y combinado, pero difiere en cuanto a la subescala de inatención.

Así, a pesar de los esfuerzos en su estandarización, los criterios diagnósticos del TDAH presentan cierta subjetividad, ya que los umbrales para catalogar la conducta pueden ser arbitrarios, dependiendo de las normas culturales, conocimiento del desarrollo normal del niño y expectativas de los padres y docentes (Rodillo, 2015). Esta discrepancia puede afectar la conceptualización del caso y el diagnóstico médico (Murray et al., 2007) y a su vez puede ser considerada desde la comunidad científica como una representación del uso de medidas poco fiables o inválidas. Sin embargo, las diferencias en la información no necesariamente implican 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. Por lo que, a pesar de los desacuerdos entre los diferentes informantes, la perspectiva de cada uno de ellos puede contribuir válidamente a una evaluación completa del niño (Montiel-Nava & Peña, 2001). A partir de lo antes mencionado se recalca la importancia de valorar los síntomas en más de un ambiente para llegar a un diagnóstico certero y considerar estos resultados al momento de la evaluación diagnóstica.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th Ed.). American Psychiatric Publishing.
- Amador, J. A., Forn, M. & Martorell, B. (2001). Síntomas de desatención e hiperactividad-impulsividad: análisis evolutivo y consistencia entre informantes. *Anuario de Psicología*, 32, 51-66. <http://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/8837>
- Antrop, I., Roeyers, H., Oosterlaan, J., & Van-Oost, P. (2002). Agreement between parent and teacher ratings of disruptive behavior disorders in children with clinically diagnosed ADHD. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24(1), 67-73. <https://doi.org/10.1023/A:1014057325752>
- Bailey, R. K., & Owens, D. L. (2005). Overcoming challenges in the diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in African Americans. *Journal of the National Medical Association*, 97(10), 5-10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2640622/>
- Cáceres, J., & Herrero, D. (2011). Cuantificación y análisis de la concordancia entre padres y tutores en el diagnóstico del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 52(9), 527-535. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4541436>

- Caye, A., Machado, J. D., & Rohde, L. A. (2017). Evaluating parental disagreement in ADHD diagnosis: Can we rely on a single report from home? *Journal of attention disorders*, 21(7), 561-566. <https://doi.org/10.1177/1087054713504134>
- Conners, C. K. (1994). Conners Rating Scales. En M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment*. Lawrence Erlbaum.
- Coutinho, G., Mattos, P., Schmitz, M., Fortes, D., & Borges, M. (2009). Concordância entre relato de pais e professores para sintomas de TDAH: resultados de uma amostra clínica brasileira. *Revista Psiquiatria Clínica*, 97-100. <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v36n3/v36n3a03>
- De-Nijs, P. F., Ferdinand, R. F., De Bruin, E. I., Dekker, M. C., Van Duijn, C. M., & Verhulst, F. C. (2004). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): Parents' judgment about school, teachers' judgment about home. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13(5), 315-320. <https://doi.org/10.1007/s00787-004-0405-z>
- Farré, A., & Narbona, J. (1997). *Escalas para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. TEA Ediciones.
- Fernández-Mayoralas, D. M., Fernández-Perrone, A. L., Muñoz-Jareño, N., & Fernández-Jaén, A. (2017). Actualización en el tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: lisdexanfetamina y guanfacina de liberación retardada. *Revista de Neurología*, 64(Supl 2), 1-8. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5988413>
- Gaitán-Chipatecua, A., & Rey-Anacona, C. A. (2013). Diferencias en funciones ejecutivas en escolares normales, con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno del cálculo y condición comórbida. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31(1), 71-85. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4458037>
- Giraldo, D. M. G., & Zuluaga-Valencia, J. B. (2017). Correlación entre los resultados arrojados en escalas Conners padres y escalas Conners maestros en niños manizaleños diagnosticados con TDAH. *Revista Ciencias Humanas*, 13(1), 11-27. <https://doi.org/10.21500/01235826.2975>
- Gómez, R. (2007). Australian parent and teacher ratings of the DSM-IV ADHD symptoms: Differential symptom functioning and parent-teacher agreement and differences. *Journal of Attention Disorders*, 11(1), 17-27. <https://doi.org/10.1177/1087054706295665>
- Grañana, N. (2017). Clínica de trastornos de atención y memoria. En N. Fejerman & N. Grañana (Eds.), *Neuropsicología infantil* (pp. 441-470). Paidós.
- Grañana, N., Richaudeau, A., Robles Gorriti, C., Scotti, M., Fejerman, N., & Allegri, R. (2006). Detección de síntomas para trastorno por déficit de atención e hiperactividad: escala SNAP IV, validación en Argentina. *Revista Neurológica Argentina*, 28, 20.
- Grañana, N., Richaudeau, A., Robles Gorriti, C., O'Flaherty, M., Scotti, M. E., Sixto, L., Allegri, R., & Fejerman, N. (2011). Evaluación de déficit de atención con hiperactividad: la escala SNAP IV adaptada a la Argentina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 29(5), 344-349. Recuperado de https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v29n5/a07v29n5.pdf
- Hernández-Hernández, A. G., Montiel-Ramos, T., & Martínez-Borrayo, J. G. (2014). Identificación por padres y maestros de síntomas del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Acta Colombiana Psicológica*, 17(2), 33-41. <https://doi.org/10.14718/ACP.2014.17.2.4>
- Isaksson, J., Ruchkin, V., & Lindblad, F. (2016). Unseen and Stressed? Gender Differences in Parent and Teacher Ratings of ADHD Symptoms and Associations with Perceived Stress in Children With ADHD. *Journal of attention disorders*, 1-5. <https://doi.org/10.1177/1087054716658381>
- López-Villalobos, J. A., Andrés-De Llano, J. M., Sánchez-Azón, M. I., & López-Sánchez, M. V. (2013). Sobredimensionamiento en el diagnóstico del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en función del método. En *Proceedings of 6th International and 11th National Congress of Clinical Psychology*. Santiago de Compostela, España: Asociación Española de Psicología Conductual, pp. 27-34. <http://www.aepc.es/PsClinicaX/PROCEEDING/PROCCEDINGCOMPLETO.pdf#page=31>
- Martoni, A. T., Trevisan, B. T., Dias, N. M., & Seabra, A. G. (2016). Executive functions: Relation between evaluation by parents and teachers and the performance of children. *Trends in Psychology*, 24(1), 1-15. <https://doi.org/10.9788/TP2016.1-13>
- Meyer, B. J., Stevenson, J., & Sonuga-Barke, E. J. (2017). Sex Differences in the Meaning of Parent and Teacher Ratings of ADHD Behaviors: An Observational Study. *Journal of attention disorders*, 1-10. <https://doi.org/10.1177/1087054717723988>
- Missawa, D., Dadalto, A., & Rossetti, C. B. (2014). Psicólogos e TDAH: possíveis caminhos para diagnóstico e tratamento. *Construção Psicopedagógica*, 22(23), 81-90. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cp/v22n23/07.pdf>
- Mitsis, E. M., McKay, K. E., Schulz, K. P., Newcorn, J. H., & Halperin, J. M. (2000). Parent-teacher concordance for DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder in a clinic-referred sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(3), 308-313. <https://doi.org/10.1097/00004583-200003000-00012>
- Montero, I., & Leon, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33770318.pdf>
- Montiel-Navas, C., & Peña, J. A. (2001). Discrepancia entre padres y profesores en la evaluación de problemas de conducta y académicos en niños y adolescentes. *Revista de Neurología*, 32(6), 506-511. <http://tdahlatinoamerica.org/documentos/articulosnuevos/Montiel%20Cecilia%20Conners%20padres%20maestros.pdf>
- Murray, E., Pollack, L., White, M., & Lo, B. (2007). 'Clinical decision-making: physicians' preferences and experiences. *BMC Family Practice*, 8(10), 8-10. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-8-10>
- Papageorgiou, V., Kalyva, E., Dafoulis, V., & Vostanis, P. (2008). Differences in parents' and teachers' ratings of ADHD symptoms and other mental health problems. *The European Journal of Psychiatry*, 22(4), 200-210. <http://scielo.isciii.es/pdf/ejpen/v22n4/03.pdf>
- Quezada, C. (2007). Potencia estadística, sensibilidad y Tamaño de efecto: ¿un nuevo canon para la investigación? *Onomázein*, 16, 159-170. http://onomazein.letras.uc.cl/Articulos/16/4_Quezada.pdf

- Rodillo, B. E. (2015). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 52-59. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2015.02.005>
- Santos, L., & Vasconcelos, L. D. A. (2010). Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em crianças: uma revisão interdisciplinar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(4), 717-724. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000400015>
- Seabra-Santos, M. J., & Gaspar, M. F. (2012). Pais, educadores e testes: Estão de acordo na avaliação de aptidões de crianças pré-escolares? *Psicologia: Refl exão e Crítica*, 25, 203-211. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722012000200001>
- Spencer, T. J., Biederman, J., & Mick, E. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6), 631-642. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm005>
- Swanson, J., Nolan, W., & Pelham, W. E. (1983). *SNAP rating scale*. Educational resources Information Center (ERIC).
- Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., & Glasziou, P. (2015). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 135(4), 994-1001. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm005>
- Trujillo-Orrego, N., Ibáñez, A., & Pineda, D. E. (2012). Validez del diagnóstico de trastorno por déficit de atención/hiperactividad: de lo fenomenológico a lo neurobiológico. *Revista de Neurología*, 54(6), 367-379. <http://www.tdah-granada.com/wp-content/uploads/2014/11/Validez-del-diagn%C3%B3stico-del-TDAH.pdf>
- Valdizán, J. R., Mercado, E., & Mercado-Undanivia, A. (2007). Características y variabilidad clínica del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en niñas. *Revista de Neurología*, 44(2), 27-30. <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/ibc-054951>
- Van der Oord, S., Prins, P. J., Oosterlaan, J., & Emmelkamp, P. M. (2006). The association between parenting stress, depressed mood and informant agreement in ADHD and ODD. *Behaviour Research and Therapy*, 44(11), 1585-1595. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.11.011>
- Wolraich, M. L., Lambert, E. W., Bickman, L., Simmons, T., Doffing, M. A., & Worley, K. A. (2004). Assessing the impact of parent and teacher agreement on diagnosing attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 25(1), 41-47. <https://doi.org/10.1097/00004703-200402000-00007>
- Wolraich, M. L., Wimbelsman, C. J., Brown, T. E., Evans, S. W., Gotlieb, E. M., Knight, J. R., Ross, E. C., Shubiner, H. H., Wender, E. H., & Wilens, T. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder among adolescents: A review of the diagnosis, treatment, and clinical implications. *Pediatrics*, 115, 1734-1746. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-1959>
- Yeguez, C. E., & Sibley, M. H. (2016). Predictors of Informant Discrepancies Between Mother and Middle School Teacher ADHD Ratings. *School Mental Health*, 8(4), 452-460. <https://doi.org/10.1007/s12310-016-9192-1>
- Zulic-Agramunt, C., Castaño-Carrera, C., Astaburuaga-Jorquera, M., Lepe-Álvarez, P., Padilla-Valdés, C., & Salinas-Véliz, J. (2012). Correlación entre Test de Conners para padres y profesores en niños con Trastorno de Déficit Atencional e Hiperactividad en el Servicio de Psiquiatría Infante Juvenil del Hospital Barros Luco Trudeau. *Revista Chilena de Psiquiatría Infante Juvenil y Neurología de la Infancia y Adolescencia*, 23(2), 114. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-677248>