



SPECI. SCREENING DE PROBLEMAS EMOCIONALES Y DE CONDUCTA INFANTIL: DESCRIPCIÓN Y DATOS PSICOMÉTRICOS

SPECI. SCREENING FOR CHILDREN'S EMOTIONAL AND BEHAVIORAL PROBLEMS: DESCRIPTION AND PSYCHOMETRIC DATA

Maite Garaigordobil
Carmen Maganto

¹Universidad del País Vasco
maite.garaigordobil@ehu.es

ABSTRACT

The goal of this work is to describe the “*SPECI. Screening for Children's Emotional and Behavioral Problems*” (Garaigordobil & Maganto, 2012) and to contribute the psychometric data of its reliability and validity. The SPECI assesses emotional and behavioral problems in children between 5 and 12 years of age, specifically 10 problems (withdrawal, somatization, anxiety, dependent children, thought problems, attention-hyperactivity, disruptive behavior, academic performance, depression, violent behavior), which are rated by the child's teacher. Each category of problems is defined by a label that identifies the problem, preceded by adjectives and/or short phrases that describe the most common behaviors of each problem. It is an instrument for early identification with methodological rigor that provides a global rating of the level of emotional and behavioral problems displayed by the child, and it also offers information about internalizing and externalizing problems. The psychometric study was carried out with a sample of 1,272 participants aged between 5 and 12 years, including a nonclinical ($n = 937$) and a clinical sample ($n = 335$). The differential analyses show significantly higher scores in the boys in all the problems (except for withdrawal and somatization, where no sex differences were found) and score stability with increasing age (there were only differences between extreme ages, with higher scores in older children, at age 11-12 years). Internal consistency (Cronbach's alpha) was adequate ($\alpha = .82$). Factor validity identified two problem scales, internalizing and externalizing, which explain 39.92 and 13.57% of the variance. Criterial validity was confirmed because the participants of the clinical sample (emotional and intellectual problems) had significantly higher scores in all the problems when compared with the nonclinical sample. The results support the reliability and validity of the instrument, and confirm it as a robust screening tool with adequate levels of sensitivity and specificity.

Keywords: assessment, emotional problems, behavioral problems, screening, psychopathology.



RESUMEN

El trabajo tiene como objetivo describir el “*SPECI. Screening de Problemas Emocionales y de Conducta Infantil* (Garaigordobil y Maganto, 2012)” y aportar información psicométrica de su fiabilidad y validez. El *SPECI* evalúa problemas emocionales y de conducta en niños y niñas de 5 a 12 años, en concreto 10 problemas (retraimiento, somatización, ansiedad, infantil-dependiente, problemas de pensamiento, atención-hiperactividad, conducta perturbadora, rendimiento académico, depresión, conducta violenta) que son valorados por el profesor/a del niño/a. Cada categoría de problemas está definida con una etiqueta que identifica el problema, precedida por adjetivos y/o frases cortas que describen las conductas más comunes de cada problema. Es un instrumento de identificación precoz con rigor metodológico que permite obtener una valoración global del nivel de problemas emocionales y de conducta que manifiesta el niño o niña, así como información sobre los problemas internalizantes y externalizantes. El estudio psicométrico se realizó con una muestra de 1.272 participantes entre 5 y 12 años, incluyendo una muestra no-clínica ($n= 937$) y otra clínica ($n= 335$). Los análisis diferenciales muestran puntuaciones significativamente más altas en los niños en todos los problemas (excepto en retraimiento y somatización que no se hallaron diferencias entre sexos) y estabilidad de las puntuaciones con la edad (únicamente hubo diferencias entre las edades extremas, con puntuaciones superiores en los de mayor edad, en 11-12 años). La consistencia interna (alfa de Cronbach) fue adecuada ($\alpha=.82$). La validez factorial identificó dos escalas de problemas, internalizantes y externalizantes, que explican el 39,92% y 13,57% de la varianza. La validez criterial se confirmó porque los participantes de la muestra clínica (problemas emocionales e intelectuales) tuvieron puntuaciones significativamente superiores en todos los problemas al compararlos con la muestra no-clínica. Los resultados avalan la fiabilidad y la validez del instrumento, y lo confirman como una herramienta robusta de screening con adecuados niveles de sensibilidad y especificidad.

Palabras Clave: evaluación, problemas emocionales, problemas de conducta, screening, psicopatología.

Introducción

El estudio de la identificación y evaluación temprana de problemas de conducta infantil ocupa un lugar destacado en las investigaciones sobre trastornos psicopatológicos en niños y adolescentes. La importancia y necesidad de evaluar los problemas emocionales y de conducta proviene del alto porcentaje de niños y niñas que acude a consulta psicológica por estos problemas, especialmente cuando los problemas de conducta están asociados a trastornos externalizantes. Los estudios epidemiológicos confirman que entre los 6 y 12 años es uno de los motivos de consulta de mayor prevalencia.

Las encuestas epidemiológicas realizadas en distintos países sobre desórdenes psiquiátricos en niños de 5 y 15 años, confirman una tasa de prevalencia que va del 9% al 22% (Belfer, 2008; de la Barra, 2009; Mullick y Goodman, 2005). La revisión de estudios realizada por de la Barra (2009) muestra diferencias entre algunos países sudamericanos: Puerto Rico (19,8%); Brasil (12,7%); México (39,9%); Chile (15,7%). En Gran Bretaña el 9,7% presentaba trastornos psiquiátricos y, en Londres, la prevalencia fue de 10,1% (Bilenberg, Petersen, Hoerder y Gillberg, 2005). El estudio de Costello, Egger y Angold (2005) en una revisión de casos tras 10 años de trabajo clínico informan de una prevalencia del 12% de desórdenes psiquiátricos.

En el estudio epidemiológico realizado en España (Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil, 2000), resultaron más prevalentes, los trastornos de conducta (23%), seguidos de los depresivos (14,6%), de ansiedad (13,3%), del desarrollo (12,7%) y de eliminación (9,7%), demostrando diferencias de edad y sexo en la prevalencia encontrada. En cuanto a la edad, los prepuberres presentaban más problemas de conducta y ansiedad, mientras que en edades inferiores a 6 años, prevalecieron los problemas de depresión, desarrollo y trastornos funcionales. Respecto al sexo, los niños manifestaron más síntomas relacionados con la conducta, problemas de desarrollo y ansiedad, y las niñas más depresión, problemas de conducta y ansiedad.

La existencia de diferencias de género en la distribución de conductas desadaptativas y trastornos psicopatológicos es un dato consistente de las investigaciones (Cova, Maganto, y Valdivia, 2005; Escamilla *et al.*, 2011; Soutullo *et al.*, 2009). Las niñas en los autoinformes revelan más malestar emocional y sintomatología depresiva que los niños. Esto indica la existencia de una mayor vulnerabilidad de las niñas a expresar sintomatología emocional especialmente de trastornos depresivos y ansiosos (Stanfeld, Clark, Rodger, Cladwell y Power, 2010), llegando a duplicarse y triplicarse las tasas de trastornos emocionales de las mujeres, tendencia que se mantiene a lo largo de toda la vida (Garaigordobil, Pérez y Mozaz, 2008). El *SPECI “Screening de Problemas Emocionales y de Conducta Infantil”* (Garaigordobil y Maganto, 2012), se desarrolla para



identificar conductas problemáticas en la temprana infancia que pueden actuar como potenciales factores de riesgo psicopatológico en un futuro inmediato.

MÉTODO

Participantes

La muestra está formada por 1.272 participantes, 671 (52,8%) niños y 601 (47,2%) niñas entre 5 y 12 años, pertenecientes al País Vasco, Navarra y la Rioja. El procedimiento de selección utilizado fue un muestreo estratificado proporcional, teniendo en cuenta: 1) el número de alumnos del centro y de cada aula, y 2) la ratio de participantes sin diagnóstico clínico 937 (74%), con problemas de funcionamiento intelectual 99 (8%) y con problemas emocionales 236 (18%). Los análisis de chi cuadrado de Pearson evidenciaron la ausencia de diferencias a lo largo de las edades en la proporción de participantes que integran las tres submuestras: sin diagnóstico, con problemas de funcionamiento intelectual y con problemas emocionales ($\chi^2=5,14$, $p > .05$).

Instrumento de Evaluación: SPECI. Screening de problemas emocionales y de conducta infantil

El SPECI es un instrumento que evalúa problemas en niños y niñas de 5 a 12 años. Este cuestionario psicométrico evalúa 10 problemas emocionales y conductuales valorados por "el profesor o profesora" del niño o niña objeto de evaluación. Cada categoría de problemas está definida con una etiqueta que identifica el problema, precedida por varios adjetivos y/o frases cortas que describen las conductas más comunes que expresan cada categoría diagnóstica. La descripción de las categorías se presenta en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Descripción de los problemas emocionales y de conducta del SPECI

Categoría Diagnóstica	Descripción del problema
Retraimiento Retraído, inhibido, aislado, prefiere estar solo, reservado, poco activo.	Se refiere a niños y niñas tímidos y/o con dificultades de relación social, introvertidos, y poco asertivos. Tienen un patrón de conducta caracterizado por un déficit en las relaciones interpersonales y una tendencia estable y acentuada a evitar o escapar del contacto con otras personas. Por ello prefieren estar solos, hablan poco y se manifiestan inhibidos en su conducta social y en su comportamiento.
Somatización Se queja de molestias, dolores de cabeza, dolor de estómago, falta a clase por enfermedad.	La somatización es la expresión física del malestar en los niños sin que existan causas médicas del todo justificables. Los niños y niñas suelen quejarse de diversos síntomas que no les permiten funcionar adecuadamente, como dolores de cabeza, abdomen, espalda y pecho. Con frecuencia faltan a clase por enfermedad, debido a las numerosas molestias físicas que presentan.
Ansiedad Ansioso, nervioso, temeroso, inseguro, preocupado, alerta sobre lo que piensan de él.	Estado de intranquilidad y nerviosismo ante una situación específica o de forma permanente. Se manifiesta en los niños y niñas como nerviosismo, inquietud y tensión interior, así como con cierta alerta y preocupación por lo que piensen de uno mismo o por lo que les pueda pasar. Son niños temerosos e inseguros, especialmente ante situaciones específicas que les crean inseguridad, desconcierto o miedo.



Infantil-Dependiente Infantil, dependiente, inmaduro, prefiere niños más pequeños, baja autoestima.	Es un tipo de comportamiento o conjunto de conductas que niños y niñas presentan de forma reiterada y que no se corresponde con lo “esperable” o normativo para su edad de desarrollo. Estos niños muestran comportamientos propios de otros más pequeños, como lloriqueos, dependencia de los adultos, juegan con niños más pequeños... También es propio del infantilismo la inmadurez emocional y escolar. Estos niños se sienten inseguros con sus iguales y tienen baja autoestima.
Problemas de Pensamiento Pensamientos raros, difícil de catalogar, habla o dice cosas incoherentes, atípico.	Se trata de niños y niñas cualitativamente distintos en su desarrollo cognitivo, y generalmente, social y verbal. El desarrollo es atípico desde que son pequeños y sorprenden por lo inadecuado o incoherente de su razonamiento, y por un lenguaje verbal carente de lógica. La desorganización mental y verbal indica un problema importante a nivel de estructura mental (cognitivo).
Atención-Hiperactividad Problemas de atención, inatento en clase, no se concentra, se distrae con todo, muy movido, no para, muy activo e inquieto.	Niños y niñas con dificultades para concentrarse y prestar atención, tanto en clase como fuera de ella. Todos los estímulos les llaman la atención y se dispersan fácilmente, sin poder rendir en las tareas. Suelen ser mucho más activos o impulsivos de lo que es esperable para su edad. Tienen poca paciencia en las dificultades y poca tolerancia a la frustración. Estos comportamientos contribuyen a causar problemas significativos en el aprendizaje y en las relaciones sociales. Algunas veces son vistos como niños difíciles o que tienen problemas de comportamiento.
Conducta Perturbadora Mal comportamiento, mentiras, palabrotas, hace novillos, contesta, molesta en clase, llama la atención.	Se trata de la conducta disruptiva en el aula. Son niños que su comportamiento sigue un patrón de falta de disciplina y desobediencia, que mienten con frecuencia, contestan a los educadores y dicen palabras malsonantes ante los demás. Suelen faltar a clase sin autorización de los adultos y, en general, molestan, llaman la atención y se oponen a las normas establecidas, perturbando la marcha de la clase.
Rendimiento Académico No estudia, no hace las tareas, no trabaja, es vago, le falta motivación, no le interesa el trabajo escolar.	Se trata de niños y niñas con un rendimiento académico por debajo del promedio esperado para su edad, sin que la inteligencia sea el origen del problema. Son apáticos e indiferentes ante el estudio, no tienen motivación ni interés por el aprendizaje, y todo les parece demasiado trabajo. Por ello, apenas se disponen ni se esfuerzan en ninguna actividad.
Depresión Triste, depresivo, se aburre con todo, apático, llora con frecuencia.	Situación afectiva de tristeza en mayor intensidad y duración que lo que se espera en un niño o niña. Se manifiesta como aburrimiento, falta del sentido del humor, baja autoestima, apatía por las cosas y sentimiento de no ser querido. Son niños y niñas con el llanto fácil y pocas cosas les producen placer o diversión, o solo momentáneamente.
Conducta Violenta Muy agresivo y violento, fanfarrón, cruel, agrede a otros, burlón, amenaza a los demás, roba.	Conductas de alta agresividad con conciencia de hacer daño físico o psíquico a otro. Estos niños y niñas apenas se muestran culpables o arrepentidos por ello. Tiene diversas manifestaciones conductuales: robos, amenazas, golpes, burlas, humillaciones, acoso, conductas de vandalismo o crueldad con animales. Su comportamiento es fanfarrón y, especialmente en los de mayor edad, algunas de sus conductas están en el límite de la transgresión de la ley.



Este instrumento además de identificar si un determinado síntoma o conducta está presente o ausente, proporciona un medio para estimar el grado en que los síntomas se dan. Cada categoría conductual-emocional o problema se valora con una escala tipo Likert de 0 a 2 en función de la intensidad (nada, bastante, mucho) con la que la categoría se presenta en el niño o niña.

La prueba permite obtener una valoración global del nivel de problemas emocionales y de conducta que manifiesta el niño o niña, así como información sobre los dos factores o escalas que configuran la prueba: problemas internalizantes y problemas externalizantes. La contestación a estos 10 ítems permite obtener 3 puntuaciones directas:

- 1) *Escala de Problemas Internalizantes*: Los problemas internalizantes son conductas de contenido emocional y expresan un modo desadaptativo de resolver los conflictos, en el sentido de que la expresión de los mismos es de orden interno (predomina la inhibición, y se altera el pensamiento, el desarrollo y la autonomía infantil). En el SPECI la escala de problemas internalizantes hace referencia a síntomas relacionados con retraimiento, depresión, problemas de pensamiento, conductas infantiles-dependientes, conductas de ansiedad y quejas somáticas.
- 2) *Escala de Problemas Externalizantes*: Los problemas externalizantes son conductas asociadas a la expresión de conflictos emocionales hacia fuera, es decir, a la exteriorización de la agresión, a la actuación o descarga impulsiva y a la incapacidad de centrarse en el rendimiento académico. En el SPECI la escala de problemas externalizantes hacen referencia a conductas perturbadoras, falta de atención y síntomas de hiperactividad, problemas de rendimiento académico y conducta violenta.
- 3) *Escala Total*: Valoración global del nivel de problemas emocionales y de conducta que manifiesta el niño o niña.

Las tres puntuaciones directas del SPECI se transforman en percentiles, y esto permite evidenciar si comparado con un grupo de niños y niñas de esa edad, el niño o niña objeto de evaluación tiene o no problemas. Además, la prueba permite identificar rápidamente si el niño o niña “tiene un problema”, “está en una situación de riesgo”, o “no tiene problemas” desde la evaluación realizada por el profesor/a y/o orientador/a. En última instancia, el SPECI tiene como objetivo la detección precoz de problemas, lo que permite poner en marcha estrategias de intervención para la eliminación de los mismos, así como estrategias de prevención para inhibir el desarrollo de trastornos psicopatológicos graves.

Diseño y procedimiento del estudio

Se trata de un diseño descriptivo y correlacional de corte transversal. Tras la obtención del consentimiento informado, los profesores de cada aula cumplimentaron el screening de los participantes de su aula. Para cumplimentarlo disponían de las instrucciones básicas para clarificar la forma de respuesta, sin aportarles otras explicaciones adicionales, ya que el objetivo era construir una herramienta que pudiera ser comprendida fácilmente por cualquier profesor. Cada uno de los 160 profesores-as evaluó un máximo de 10 participantes durante el horario de tutorías.

RESULTADOS

Fiabilidad del SPECI: Coeficientes de consistencia interna

Los coeficientes de fiabilidad de Cronbach obtenidos con la muestra en su conjunto (0,82) confirman un nivel adecuado de consistencia interna del SPECI. La consistencia interna en la muestra no-clínica fue más baja (0,73), mientras que en la muestra clínica fue superior (0,80).

Análisis Diferenciales: Problemas emocionales y de conducta en función del género y la edad

Como se puede observar en la Tabla 1, en los participantes sin problemas clínicos no existen diferencias significativas entre niños y niñas en problemas de retraimiento, problemas de pensamiento y depresión. En el resto de los problemas se constatan diferencias significativas entre sexos, con puntuaciones superiores en los niños en la mayoría de las categorías, así como para el total del SPECI. Sin embargo, en los participantes con problemas clínicos no se observan diferencias en retraimiento, somatización, ansiedad, infantil-dependiente, problemas de pensamiento y depresión, aunque se constatan



diferencias en el resto de las escalas, en problemas externalizantes, y en el total del SPECI con puntuaciones superiores en los niños. Por consiguiente, se aprecian más diferencias de género en la muestra no clínica que en la clínica.

Tabla 1. Medias, desviaciones típicas, resultados del T-test y tamaño del efecto en el SPECI para niños y niñas sin problemas

Muestra no clínica (n= 937)	Niños (n= 434)		Niñas (n= 503)		t(1, 935)	d
	M	Dt	M	Dt		
Retraimiento	0,05	0,22	0,08	0,28	-1,91	-0,11
Somatización	0,05	0,23	0,09	0,30	-2,12 *	-0,14
Ansiedad	0,21	0,46	0,14	0,37	2,37 *	0,16
Infantil-Dependiente	0,11	0,33	0,07	0,26	2,05 *	0,13
Problemas de Pensamiento	0,02	0,16	0,02	0,15	0,12	0,00
Atención-Hiperactividad	0,17	0,41	0,07	0,26	4,27 ***	0,29
Conducta Perturbadora	0,11	0,34	0,05	0,23	2,71 **	0,20
Rendimiento Académico	0,07	0,27	0,03	0,17	2,72 **	0,17
Depresión	0,03	0,21	0,03	0,19	0,20	0,00
Conducta Violenta	0,09	0,32	0,04	0,32	3,07 **	0,15
SPECI Internalizante	0,46	1,02	0,43	0,98	0,48	0,02
SPECI Externalizante	0,43	1,04	0,19	0,59	4,30***	0,28
SPECI TOTAL	0,89	1,72	0,61	1,34	2,62 **	0,18
Muestra clínica (n= 335)	Niños (n= 237)		Niñas (n= 98)		t(1, 333)	d
	M	Dt	M	Dt		
Retraimiento	0,24	0,54	0,20	0,45	0,57	0,08
Somatización	0,15	0,45	0,17	0,43	-0,32	-0,04
Ansiedad	0,58	0,67	0,50	0,58	1,04	0,12
Infantil-Dependiente	0,51	0,63	0,40	0,59	1,37	0,18
Problemas de Pensamiento	0,23	0,50	0,16	0,45	1,19	0,14
Atención-Hiperactividad	0,77	0,72	0,42	0,61	4,16 ***	0,46
Conducta Perturbadora	0,41	0,65	0,18	0,48	3,55 ***	0,40
Rendimiento Académico	0,42	0,61	0,21	0,56	2,87 **	0,35
Depresión	0,24	0,56	0,14	0,38	1,86	0,20
Conducta Violenta	0,30	0,57	0,08	0,30	4,51 ***	0,48
SPECI Internalizante	1,94	2,39	1,59	1,75	1,62	0,16
SPECI Externalizante	1,90	1,94	0,88	1,52	5,00***	0,58
SPECI TOTAL	3,85	3,74	2,43	2,71	3,73 ***	0,43

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Respecto a la edad, los resultados descriptivos y del análisis de varianza no evidencian un aumento significativo de los problemas emocionales y de conducta a medida que aumenta la edad, ya que se daban oscilaciones en las puntuaciones en los distintos rangos de edad. No obstante, la observación de las tendencias evolutivas pone de relieve que en un abanico amplio de problemas (infantil-dependiente, atención-hiperactividad, conducta perturbadora, rendimiento académico, depresión) y en el SPECI Total, las puntuaciones más elevadas se observan en el último nivel de edad (11-12 años).

Validez: Estructura factorial

El índice KMO mostró un valor de 0,83, que puede considerarse adecuado, y el test de Bartlett resultó estadísticamente significativo, $\chi^2(45) = 3679,61$, $p < .001$. Ello permite concluir que el análisis de componentes principales resulta a priori pertinente. Como método de rotación de la matriz factorial se efectúa una rotación varimax. Ateniéndonos al criterio de extracción de factores de Kaiser se obtienen 2 factores con valores propios superiores a la unidad, que explican el 53,49% de la varianza total. Considerando 0,40 como punto de corte, las saturaciones obtenidas en los 2 factores fueron muy claras para los ítems que los configuran (ver Tabla 2).

De acuerdo con el contenido de los ítems, el primer factor se denominó “problemas internalizantes”, conformado por un repertorio de conductas de evidente contenido emocional. Estas conductas expresan un modo desadaptativo de resolver los conflictos, en el sentido de que la expresión de los mismos es de orden interno, predominando la inhibición, quedando alterado el propio pensamiento, el desarrollo y autonomía infantil y las conductas relacionadas con la trilogía más usual de problemas



emocionales: depresión, ansiedad y retraimiento. Dicho factor quedó configurado por 6 categorías de conductas problema (retraimiento, depresión, problemas de pensamiento, infantil-dependiente, ansiedad, somatización) que explican el 39,92% de la varianza. El segundo factor, al que se denominó “problemas externalizantes, está más asociado a la expresión de conflictos emocionales hacia fuera, es decir, a la exteriorización de la agresión, a la actuación o descarga impulsiva y a la incapacidad de centrarse en el rendimiento académico. Dicho factor quedó configurado por 4 categorías (problemas de comportamiento, atención-hiperactividad, rendimiento académico y conducta violenta) que explican el 13,57% de la varianza.

Tabla 2. Matriz de configuración del SPECI

	1	2
Retraimiento	0,732	
Depresión	0,705	
Problemas de Pensamiento	0,658	
Infantil-Dependiente	0,615	
Ansiedad	0,615	
Somatización	0,597	
Conducta Perturbadora		0,829
Atención-Hiperactividad		0,753
Rendimiento Académico		0,718
Conducta Violenta		0,702
Porcentajes de varianza explicada	39,92	13,57

Validez criterial: Diferencias entre participantes con y sin problemas clínicos

Los resultados del análisis de varianza multivariado (MANOVA) para comparar las puntuaciones de los participantes con y sin problemas clínicos en el conjunto de las categorías diagnósticas, Traza de Pillai= 0,298, $F(1,1270)= 49,99$, $p<.001$, confirman diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (muestra clínica, muestra no-clínica), con un tamaño del efecto grande, $\eta^2= 0,298$; $r= 0,54$. Además, se obtuvieron las medias y desviaciones típicas, llevándose a cabo un análisis de comparación de medias T-test entre los participantes sin problemas y con problemas clínicos, cuyos resultados (ver Tabla 3) muestran que en las 10 categorías evaluadas y en el conjunto del SPECI, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos con puntuaciones superiores en los que tienen problemas. Estos datos avalan la validez criterial del SPECI.

Tabla 3. Medias, desviaciones típicas, resultados del T-test y tamaño del efecto (d de Cohen) entre participantes sin problemas (muestra no-clínica) y con problemas clínicos emocionales y/o intelectuales (muestra clínica)

	Muestra No-Clínica (n= 937)		Muestra Clínica (n= 335)		t(1,1270)	d
	M	Dt	M	Dt		
Retraimiento	0,07	0,26	0,23	0,52	-5,42 ***	-0,38
Depresión	0,07	0,27	0,16	0,44	-3,28 **	-0,24
Problemas de Pensamiento	0,17	0,41	0,56	0,65	-9,98 ***	-0,71
Infantil-Dependiente	0,09	0,30	0,48	0,62	-10,71 ***	-0,80
Ansiedad	0,02	0,16	0,21	0,49	-6,63 ***	-0,52
Somatización	0,11	0,34	0,67	0,71	-13,64 ***	-1,00
Conducta Perturbadora	0,08	0,29	0,35	0,61	-7,50 ***	-0,56
Atención-Hiperactividad	0,05	0,22	0,36	0,61	-8,92 ***	-0,67
Rendimiento Académico	0,03	0,20	0,21	0,52	-6,13 ***	-0,45
Conducta Violenta	0,06	0,26	0,24	0,52	-5,74 ***	-0,43
SPECI Internalizante	0,44	1,00	1,84	2,24	-10,66 ***	-0,80
SPECI Externalizante	0,30	0,82	1,62	1,89	-12,13 ***	-0,90
SPECI TOTAL	0,74	1,53	3,46	3,46	-13,35 ***	-1,00

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$



Discusión

Los análisis diferenciales muestran puntuaciones significativamente más altas en los niños en todos los problemas (excepto en retraimiento y somatización que no se hallaron diferencias entre sexos) y estabilidad de las puntuaciones con la edad (únicamente hubo diferencias entre las edades extremas, con puntuaciones superiores en los de mayor edad, en 11-12 años). La consistencia interna (alfa de Cronbach) fue adecuada ($\alpha=.82$). La validez factorial identificó dos escalas de problemas, internalizantes y externalizantes, que explican el 39,92% y 13,57% de la varianza. La validez criterial se confirmó porque los participantes de la muestra clínica (problemas emocionales e intelectuales) tuvieron puntuaciones significativamente superiores en todos los problemas al compararlos con la muestra no-clínica. Los resultados avalan la fiabilidad y la validez del instrumento, y lo confirman como una herramienta robusta de screening con adecuados niveles de sensibilidad y especificidad.

Los estudios psicométricos han mostrado que el SPECI es un instrumento breve, de fácil comprensión y rápida aplicación-interpretación, con el que, a través de las categorías diagnósticas que lo conforman, posibilita una valoración independiente de cada categoría, una valoración del modo de expresión internalizante o externalizante de los problemas de la infancia, y aporta puntos de corte para sospechar o confirmar problemas infantiles. El trabajo aporta una herramienta de evaluación rápida de problemas emocionales y de conducta, de screening, que puede tener un papel relevante en la identificación precoz y en la prevención.

Estos resultados confirman los hallazgos de investigaciones previas (Lofthouse, 2002) sobre la capacidad de identificar problemas cuando el informante es el profesor, mostrando idoneidad para discriminar entre niños con y sin problemas a lo largo de la primera infancia. En la misma dirección que la señalada en los trabajos de Goodman et al. (2002), así como en los de Verhulst y Van der Ende (2002) pareciera que los problemas conductuales son informados con mayor prevalencia que los emocionales. Sin embargo, es probable que la prevalencia sea así, con independencia del informante (Rutter *et al.*, 2003).



Referencias

- Aláez, M., Martínez-Arias, R., y Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12(4), 525-532.
- Belfer, M. (2008). Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(3), 226-36.
- Bilenberg, N., Petersen, D. J., Hoerder, K., y Gillberg, C. (2005). The prevalence of child-psychiatric disorders among 8–9-year-old children in Danish mainstream schools. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 111(1), 59-67.
- Costello, E. J., Egger, H. L., y Angold, A. (2005). 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 972-986.
- Cova, F., Maganto, C., y Valdivia, M. (2005). Diferencias de género en psicopatología en la niñez: Hipótesis explicativas. *Revista Chilena de Pediatría*, 76(4), 418-424.
- de la Barra, F. (2009). Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de prevalencia. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 47(4), 303-314.
- Escamilla, E., Wozniak, J., Soutullo, C. A., Gamazo, P., Figueroa, A., y Biederman, J. (2011). Pediatric bipolar disorder in a Spanish sample: Results after 2.6 years of follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 132, 270-274.
- Garaigordobil, M., y Maganto, C. (2012). *SPECI. Screening de problemas emocionales y de conducta*. Madrid: TEA.
- Garaigordobil, M., Pérez, J. I., y Mozaz, M. (2008). Self-concept, self-esteem and psychopathological symptoms. *Psicothema*, 20(1), 114-123.
- Goodman, R., Ford, T., y Meltzer, H. (2002). Mental health problems of children in the community: 18 month low up. *British Medical Journal*, 324, 1496-1497.
- Lofthouse, N. (2002) Risk factors associated with the co-occurrence of externalizing and internalizing syndromes in middle childhood (Dissertación doctoral, University of Indiana). *Dissertation Abstract International*, 62, AAI3024263
- Mullick, M., y Goodman, R. (2005). The prevalence of psychiatric disorders among 5-10 year olds in rural, urban and slum areas in Bangladesh: an exploratory study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 663-671.
- Rutter, M., Caspi, A., y Moffitt, T. (2003). Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: unifying issues and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 1092-1115.
- Soutullo, C. A., Escamilla-Canales, I., Wozniak, J., Gamazo-Garrán, P., Figueroa-Quintana, A., y Biederman, J. (2009). Pediatric bipolar disorder in a Spanish sample: features before and at the time of diagnosis. *Journal of Affective Disorders*, 118(1), 39-47, 39-47.
- Stanfeld, S. A., Clark, CH., Rodger, B., Cadwell, T., y Power, Ch. (2010). Repeated exposure to socioeconomic disadvantage and health selection as life course pathways to mid-life depressive and anxiety disorders. *Social Psychology and Psychiatric Epidemiology*, 46, 549-558.
- Verhulst, F. C., y Van der Ende, J. (2002). Rating scales. En M. Rutter y E. Taylor (Eds.), *Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 70-86). Oxford: Blackwell.

