

# Prevalencia, sintomatología y distribución del trastorno negativista desafiante

Enrique Emberley Moreno<sup>1</sup> y Manuel Pelegrina del Río<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Centro del Profesorado Campo de Gibraltar y <sup>2</sup> Universidad de Málaga

El objetivo de este trabajo consistió en averiguar la evolución epidemiológica del Trastorno Negativista Desafiante (TND) entre los adolescentes, tomando como muestra alumnos de IES de la comarca del Campo de Gibraltar (Cádiz). El rango de edad de los alumnos se situó entre 12 y 16 años. Se realizaron dos evaluaciones, la primera durante el curso escolar 2001-2002 y la segunda en el curso escolar 2006-2007. La muestra estuvo constituida por 2.310 estudiantes en el primer estudio y por 2.351 estudiantes en el segundo. Se utilizó una metodología comparativo-selectiva. Los resultados de la comparación resultaron ser consistentes con una prevalencia de entre un 3,77% y un 3,83%, manteniéndose la sintomatología predominante, pero con ciertos cambios en su distribución por cursos. En efecto, el registro de datos mostró más casos en los cursos finales (1<sup>er</sup> estudio) frente a una mayor concentración de casos en los cursos iniciales (2<sup>o</sup> estudio). En cuanto a la frecuencia del TND según el sexo, encontramos que mientras que en el primer estudio (2001-2002) la relación entre niños y niñas fue de 3,5:1, en el estudio del curso 2006/2007 el número de niños cuadruplicó a la de niñas.

*Prevalence, symptoms and distribution of oppositional defiant disorder.* The purpose of this work was to determine the epidemiological evolution of the Oppositional Defiant Disorder (ODD) in adolescents, using a sample of Secondary School students of the region of Campo de Gibraltar (Cadiz). The students' age ranged from 12 to 16 years old. Two evaluations were completed, the first one during the school year 2001-2002 and the second one in the school year 2006-2007. The sample comprised 2310 students in the first study and 2351 students in the second one. We used a comparative-selective approach. The results of the comparison revealed a prevalence ranging from 3.77% to 3.83% of students with this disorder, maintaining the main symptoms and with some changes in its distribution as a function of the school grade. Indeed, the data showed more cases in the final courses (1st study) in contrast with a higher concentration of cases in the initial courses (2nd study). With regard to the frequency of ODD by sex, we found that whereas in the earlier study (2001-2002), the relationship between boys and girls was 3.5:1, in the school year 2006/2007, the number of boys with ODD quadrupled the number of girls.

Los trastornos del comportamiento representan un frecuente y grave problema en nuestra sociedad actual y suelen provocar desajustes familiares y problemas escolares de importante relevancia. Entre estos trastornos se encuentra el Trastorno Negativista Desafiante.

Cuantitativamente hablando, se estima que entre un 2-16% de los niños presentan TND (APA, 2000; Jensen et al., 1995; Maughan, Rowe, Messer, Goodman y Meltzer, 2004; Pelham, Gnagy, Greenslade y Milich, 1992). En cuanto a la diferencia con otros trastornos de conducta perturbadora, hay estudios que obtienen un 5,7% para el TND y 3,4% para el Trastorno de Conducta (TC) en muestras de niños de 11 años (Anderson, Williams, McGee y Silva, 1987). Otros autores obtienen un 8,7% para el TND y un 6% para el TC en muestras de 14 a 16 años (Kashani et al.,

1987). Esta última comparación es solo relativa debido a las diferencias de edad: 11 años y 14 a 16 años respectivamente.

Para los distintos tipos de problemas de conducta se han señalado las siguientes cifras: para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) un rango que va desde el 0 hasta el 16,6%, con una media de 2%; para el TC, los límites van desde el 0 hasta el 11,9%, con una media de 2%, y, finalmente, para el TND, el rango oscila desde el 0,3% que propugnan Lewinson, Hops, Robert, Seeley y Andrews (1993), hasta el 22,5% de Velez, Johnson y Cohen (1989); la media para el TND la establecen en el 3,2% (Lahey, Miller, Gordon y Riley, 1999). Una dificultad añadida en la determinación de la prevalencia de estos trastornos es la elevada comorbilidad que presentan entre ellos y con otros desajustes psicológicos como, por ejemplo, los trastornos de ansiedad (Presentación y Siegenthaler, 2005).

En España, sobre muestras de niños de 14 a 17 años, se registran conductas disociales moderadas en más del 80% de los niños, al menos en una ocasión, y casi en el 50% con una cierta frecuencia. Además, y esto es importante, se presentan, alguna vez, conductas disociales severas en el 50% (vandalismo y agresión), y en el 25%

Fecha recepción: 17-5-10 • Fecha aceptación: 27-10-10

Correspondencia: Enrique Emberley Moreno  
Centro del Profesorado Campo de Gibraltar  
Avda. Cartagena s/n  
11300 Cádiz (Spain)  
e-mail: emberley@cop.es

en robos. Y, en relación con el sexo, son los chicos quienes con más frecuencia presentan estas conductas (Mirón, Serrano, Godás y Rodríguez, 1997).

En cuanto a población clínica pediátrica se encontraron resultados de una prevalencia de 18,5% en oposicionismo desafiante, como síndrome externalizante en la infancia, en niños de 6 a 12 años, arrojando cifras del 19,8% para los niños y el 15,7% para las niñas (López-Soler, Castro, Alcántara, Fernández y López, 2009).

Especial interés reviste la profundización en la diferencia de la prevalencia del TND en función del sexo. Estos resultados contrastan con muchos de los trabajos que suelen mostrar datos bastante inconsistentes y muy dispersos (Lahey et al., 1999). Así, hay dos estudios que encuentran mayor número de casos entre los niños que entre las niñas (Aneshensel y Sucoff, 1996; Offord et al., 1996), mientras que otro, de tipo longitudinal, de Lewinsohn et al. (1993), encuentra diferencias en la prevalencia del TND, según el sexo, en el primer análisis; pero las diferencias desaparecen cuando se realiza una segunda evaluación un año más tarde. McDermott (1996) también encontró diferencias entre sexos en los chicos y chicas de 5 a 8 años, pero no en adolescentes ni en niños mayores. Otros autores como Bird, Gould, Yager, Staghezza y Canino (1989); Williams, McGee, Anderson y Silva (1989); Velez et al. (1989); Cohen et al. (1993); Verhulst, van der Ende, Ferdinand y Kasius (1997) no encontraron diferencias entre los sexos.

Por todo ello, el objetivo que nos planteamos en este trabajo consistió en averiguar la situación epidemiológica del trastorno negativista desafiante en la comarca del Campo de Gibraltar (Cádiz), incluyendo diferencias de edad y sexo, estableciendo procedimientos comparativos entre diferentes estudios, siguiendo la propuesta de Emberley (2009): estudio de la realidad existente contando con toda la población que accedió a nuestra petición, obtención de los estadísticos adecuados al estudio y comparación de los resultados obtenidos con otros estudios relevantes.

## Método

### Participantes

Participaron en la investigación seis institutos de Educación Secundaria del Campo de Gibraltar en dos períodos (cursos escolares 2001-2002 y 2006-2007). Centros rurales y urbanos estuvieron representados. Los centros participantes corresponden a poblaciones de distinto tamaño y con alumnado proveniente de contextos sociales diversos. Los centros se seleccionaron en función de la disponibilidad y aceptación del profesorado para participar en este trabajo, es decir, contamos con aquellos que quisieron colaborar. La muestra estuvo constituida por todos los alumnos de ESO de estos centros, que en el primer estudio (curso escolar 2001-2002) sumaron un total de 2.310 alumnos, de los cuales 1.131 eran chicos (48,96%) y 1.179 eran chicas (51,04%). Constituyeron un 22,11% de la población total de la comarca, que era de 10.450 alumnos. En la segunda parte del estudio (curso escolar 2006-2007) la población ascendió a 11.148 alumnos y la muestra fue de 2.351 alumnos. De ellos, 1.179 eran chicas (50,15%) y 1.172 chicos (49,85%). La muestra representaba el 21,09% de la población total (tabla 1).

### Instrumentos

A cada uno de los orientadores y tutores de clase de cada centro se le entregó un cuestionario de obtención de datos para el registro

de las conductas perturbadoras. Los ítems de este cuestionario eran los criterios diagnósticos propuestos por el DSM-IV para el TND. En esta ficha-cuestionario se registraron las conductas perturbadoras observadas en clase y áreas comunes, además de la edad, el curso y el sexo de los alumnos que presentaban dichas conductas. Además se realizó una entrevista personal directa con orientadores y tutores siguiendo un procedimiento clínico. A partir de aquí se estableció el diagnóstico por un especialista en Psicopatología y Salud (primer autor), siguiendo los criterios del DSM IV. Hemos de añadir que el procedimiento clínico mantiene una buena fiabilidad test-retest con otras pruebas estandarizadas (véase Angulo, et al., 2010).

### Procedimiento

Se realizaron dos registros temporales, autorizados por los equipos directivos de los institutos correspondientes a los cursos escolares 2001-2002 y 2006-2007. Asumieron la actividad como propia de la intervención psicopedagógica del centro, por ello no se consideró necesario, en esta primera evaluación y dado que no había intervención directa personal, pedir autorización a los padres.

Toda la información procesada provenía de los informes de los tutores y orientadores correspondientes, que aplicaron directamente los ítems del DSM-IV para detectar el TND. Las dudas y comentarios, así como los datos generales de matrícula, se fueron complementando en sucesivas entrevistas.

Se desestimó, de acuerdo con el orientador del centro, un único informe de un tutor porque comprobamos que no era objetivo, ya que según él, prácticamente toda la clase cumplía los criterios del TND. En general, distintos estudios indican que los informes del profesorado son fiables y consistentes (Kelter, 2008).

En todo momento se mantuvo la confidencialidad de los datos y participantes. Por ello, se trabajó con datos encriptados que solo podían identificar en el centro de procedencia los profesionales participantes en la detección y análisis de las conductas.

Para poder comparar los datos en ambos trabajos se mantuvo la misma metodología, formas de obtención de los datos, analogía de las muestras, en la medida de lo posible, y del análisis, objetivos fundamentales en el presente trabajo.

### Análisis de datos

Se calcularon las proporciones y los intervalos de confianza del TND entre dos momentos, 2001-2002 y 2006-2007 (test-retest).

Tabla 1  
Datos de la población y la muestra

		Estudio 2001- 2002	Estudio 2006- 2007
		N (%)	N (%)
<i>Muestra: alumnos de los IES participantes</i>	n= 2.310	Alumnos: 1.131 (48,96)	Alumnos: 1.172 (49,85)
		Alumnas: 1.179 (51,04)	Alumnas: 1.179 (50,15)
<i>Relación porcentual muestra-población</i>		22,11	21,09

En ambos momentos se utilizó toda la población disponible: 2.310 alumnos/as en el primer momento y 2.351 en el segundo momento. Se aplicó una correlación de Pearson entre ambos conjuntos de datos.

### Resultados

En el primer período analizado (curso escolar 2001-2002) 87 alumnos de la muestra, lo que significa un 3,77% (IC al 95%: 3,38-4,16), cumplían plenamente los criterios de diagnóstico (DSM-IV-TR, APA, 2000) del TND. Otros estudiantes presentaban algunos de estos criterios, pero no llegaban a cuatro, umbral mínimo para aceptar el diagnóstico. A estos alumnos, que también presentaban conductas perturbadoras y que influyen en el desarrollo de las clases y que también alteran la convivencia, los hemos considerado y evaluado como TND subclínico (TND sc.). Fueron 25 alumnos en total, constituyendo el 1,08% de la muestra (IC al 95%: 0,66-1,5). Los dos grupos juntos conformaron un total de 112 alumnos. Ambos grupos, el 4,85% del total (IC al 95%: 3,98-5,72), presentaron algún tipo de síntomas de este trastorno.

En el curso escolar 2006-2007 encontramos que 90 alumnos cumplían los criterios mínimos señalados como condición en el DSM-IV-TR para poder ser diagnosticados como adolescentes con TND. Estos chicos representaban el 3,83% (IC al 95%: 3,06-4,6) del total examinado. El número de alumnos con sintomatología por debajo de los mínimos fue de 41, que representaban el 1,74% del total (IC al 95%: 1,21-2,27). Si consideramos los dos colectivos conformaron un total de 131 alumnos, que mostraron comportamiento perturbador en clase. Ello representa el 5,57% (IC al 95%: 4,64-6,5) de los estudiantes de ESO en los centros estudiados.

Si asumimos lo anterior, podemos considerar que mientras que en el período escolar 2001-2002 podríamos encontrar en la comarca un total de 394 adolescentes con TND, en el curso 2006-2007 el número probable de adolescentes con el trastorno ascendería a 426. No obstante, si tenemos en cuenta a los alumnos que presentan síntomas subclínicos, los números son de 507 y 621, respectivamente, para cada período.

Para tener una idea comparativa incluimos algunos datos obtenidos por otros autores en distintas zonas de estudio. En la tabla 2 podemos observar que nos situamos por encima de los umbrales encontrados en Brasil (Fleitlich-Bilyk y Goodman, 2003) o Nueva Zelanda (Feehan, McGee y Williams, 1994), pero bastante alejados, afortunadamente, de los obtenidos en algunas zonas de Estados Unidos, como Nueva York (Cohen et al., 1993).

Por otra parte, en cuanto a los síntomas, ambos períodos coinciden en la primacía de tres síntomas fundamentales aunque con diferentes valores. En el primer estudio obtuvimos mayor preponderancia de los criterios 2 (discute con adultos), 3 (desafía a los adultos) y 4 (molesta deliberadamente a otros), que se presentan en el 91,96% (IC al 95%: 86,93-96,99), el 84,82% (IC al 95%: 78,18-91,46) y el 83,03% (IC al 95%: 76,08-89,98), respectivamente, de todos los casos. En el segundo período los resultados fueron del 79,39% (IC al 95%: 72,47-86,31) en los criterios 2 y 3, y el 85,5% (IC al 95%: 79,47-91,53) en el criterio 4 (fig. 1). La correlación de Pearson entre ambos períodos fue:  $r=0,95$ ,  $p=0,01$ .

En lo que se refiere a la distribución del TND por edades surge el pico de mayor amplitud en el tramo de los 15 años, aunque, en la gráfica de cursos, existen tendencias fuertemente inversas como podemos apreciar en la gráfica correspondiente (figura 2).

*Tabla 2*  
Algunos datos de prevalencia del TND en distintas zonas  
\* primera cifra para los niños y la segunda para las niñas  
\*\* solo niños

Autor/es	Zona	Año	Edades	Prevalencia, %
Cardo et al.	Mallorca	2009		10,3; 5,4 (1)
Baumgaertel et al.	Alemania	1995	5-12	5,6
Carlson et al.	Texas (Estados Unidos)	1997	5-11	9,3
Wolraich et al.	Tennessee (Estados Unidos)	1996	5-11	4,9
Wolraich et al.	Tennessee (Estados Unidos)	1998	5-11	5,7
West et al.	Oeste de Escocia	2003	15	4,0
Fleitlich-Bilyk y Goodman	Sudeste de Brasil	2003	7-14	3,2
Cohen et al.	New York	1993	10-13 14-16 17-21	14,2; 10,4 * 15,4; 15,6 * 12,2; 12,5 *
Loeber et al.	Pittsburg (Estados Unidos)	1998	7 11 13	2,2 ** 4,8 ** 5,0 **
Feehan et al.	Nueva Zelanda	1994	11 18	3,6; 2,1 * 8,8 *
Emberley	Campo de Gibraltar Cádiz. España	2004	12-16	3,77

*Tabla 3*  
Comparativa por sexos de ambos estudios

Curso escolar 2001- 2002			
	Muestra	TND	% del total TND
Niños	n= 1131	68	78,16
Niñas	n= 1179	19	21,84
Curso escolar 2006- 2007			
	Muestra	TND	% del total TND
Niños	n= 1172	73	81,11
Niñas	n= 1179	17	18,89

Se puede ver cómo, en el primer período, la presencia máxima del TND se daba en el tercer curso, con un número de casos un poco menor en cuarto, mientras que en el segundo período son más numerosos en los dos primeros cursos, desapareciendo prácticamente en el cuarto. Aunque encontramos una correlación negativa entre los dos períodos, ésta no era estadísticamente significativa.

En cuanto a la incidencia del sexo en la presentación del TND, encontramos que, según los datos, el trastorno se hace más patente en los chicos que en las chicas y el desfase entre los dos sexos es cada vez más apreciable. Mientras que en el primer estudio (2001-2002) la relación entre niños y niñas fue de 3,5: 1, en el estudio del curso 2006/2007 el número de niños cuadruplicó a la de niñas.

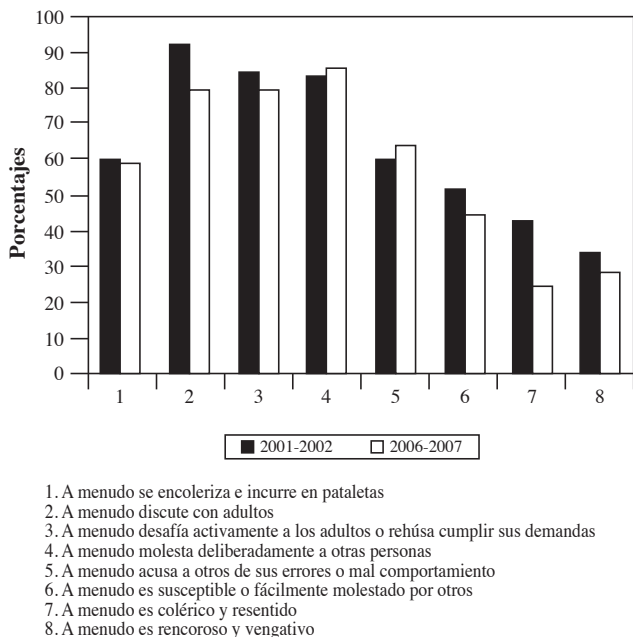


Figura 1. Comparación de la sintomatología de los alumnos diagnosticados con TND en los dos períodos estudiados (DSM-IV)

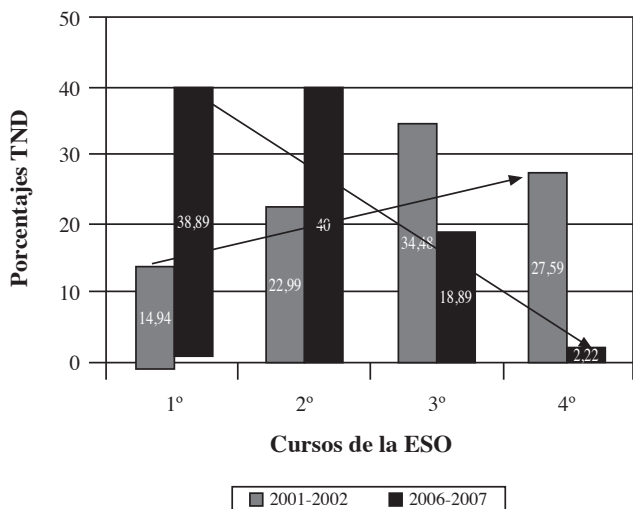


Figura 2. Distribución de alumnos con TND por cursos de la ESO

Discusión y conclusiones

Los datos obtenidos son, en términos generales, consistentes con otros estudios citados anteriormente, pero hemos de añadir algunos resultados específicos de esta investigación dignos de destacar. Así, podemos asumir que el TND en la comarca es un problema que se mantiene en el tiempo, e incluso se observa un pequeño incremento, que alcanza su máxima expresión en la franja de edad de 14-15 años, observándose una mayor expresión del problema en los cursos intermedios de la ESO. La diferente distribución del TND por cursos encontrada en ambos estudios (figura 2) puede deberse (según los orientadores y equipos directivos consultados) a la nueva normativa, que permite la repetición de curso en el primer ciclo.

En lo referente a la distribución del TND por sexos recordamos que en nuestro estudio hemos encontrado que la proporción fue de 3.5:1 en el curso 2001-2002, mientras que en el segundo trabajo (2006-2007) el número de chicos cuadruplicó al de las chicas. Asimismo, hemos observado en los datos de matrícula general de los centros que la proporción de chicos y chicas, que están más o menos igualados en los primeros cursos, se desajusta a favor de las chicas en cuarto curso, por repetición de curso y abandono de los chicos al llegar a los 16 años. Con ello se entiende que el número de casos disminuye debido a que el TND tiene una mayor incidencia en los alumnos que en las alumnas.

El trastorno parece un fenómeno esencialmente masculino, aunque las diferencias, quizá, se deban a que las niñas muestran una menor agresividad expresada en actos externos y la conducta sea más encubierta, más relacional y menos disruptiva en clase, con manifestaciones tales como insultos, extender rumores, chismes, aislamientos sociales, etc., comportamientos estos más sutiles y difíciles de detectar (Cardo et al., 2009). Estas variables no se incorporan a los criterios de evaluación del DSM-IV.

En resumen, estas diferencias de conducta disruptiva entre los sexos constituyen actualmente un campo de estudio bastante interesante. En este sentido cabe señalar que las diferencias pueden deberse a las distintas formas de socialización que reciben las niñas y los niños (McGee, Feeham, Williams y Anderson, 1992).

Hemos de añadir que no encontramos limitaciones a los criterios diagnósticos para el TND en cuanto a la descripción de conductas observables externas, pero sí en cuanto que no identifican los pensamientos internos ni las motivaciones relacionadas con dichas conductas (Moravecek, 2007). También se ha constatado que las niñas con TND tienen una incidencia más alta de abuso infantil o violencia doméstica en sus familias y son derivadas a tratamiento debido a conflictos con sus padres en una proporción mucho mayor que los niños (Marsh, 2005). Por ello, sería necesaria una investigación distinta para detectar diferencias entre chicos y chicas. En este sentido, el concepto de «equifinality» se describe como los diferentes caminos de desarrollo que pueden conducir a pautas similares de conducta. Por ejemplo, ver en este contexto si alumnos y alumnas desarrollan un TND de forma más o menos explícita o encubierta (Kazdin y Weisz, 2003).

Lo anterior supone ciertas limitaciones a nuestro estudio actual, por lo que sería necesario replicar, y en su caso confirmar, la evolución y extensión del trastorno en relación con el género (Lumley, McNeil, Herschell y Bahl, 2002; Ohan y Johnston, 2005), el género y otros desórdenes relacionados (Waschbusch y King, 2006), la edad (Loeber, Burke, Lahey, Winter y Zera, 2000), la edad y otros trastornos relacionados (Serra-Pinheiro, Mattos y Regalla, 2008), o finalmente incluso extender el desarrollo de la investigación a niños enfermos en el ámbito de la pediatría (Michaine, Kunst y Margulies, 2007).

Un campo de investigación muy relevante para el ámbito educativo consiste en relacionar el TND con los trastornos por déficit de atención e hiperactividad (Ersan, Dogan, Dogan y Sümer, 2004), así como la comorbilidad o concurrencia del TND (Drabick, Gadow y Loney, 2007, 2008; Lahey et al., 2000).

Otra de las limitaciones de nuestro trabajo es haber utilizado solo la información proporcionada por los tutores de clase y orientadores. Aunque los trabajos realizados al respecto, y en referencia a los padres (Angulo et al., 2010), indican poca concordancia

padres-profesores en la identificación y gravedad de los síntomas. Sin embargo, sería oportuno utilizar en el futuro dicha información y contrastar los resultados, sobre todo pensando en su apoyo en una intervención preventiva.

Finalmente, indicar que nuestra investigación actual y futura se centra en aspectos aplicados y/o clínicos que, junto con la detección precoz en etapas educativas previas a la ESO, nos permitirá proponer y adoptar, en su caso, medidas preventivas.

## Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4ª edición-texto revisado) (DSM-IV-TR). Washington, DC: Autor.
- Anderson, J.C., Williams, S., McGee, R., y Silva, P.A. (1987). DSM II disorders in preadolescent children: Prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69-76.
- Aneshensel, C.S., y Sucoff, C.A. (1996). The neighbourhood context of adolescent mental health. *Journal of Health and Social Behaviour*, 37, 293-310.
- Angulo, R., Jané, M.C., Bonillo, A., Viñas, F., Corcoll-Champredonde, A., González, G., Marina, R., Dos Santos, N.C., y Carbonés, J. (2010). Evaluación de la sintomatología negativista desafiante en niños de seis a ocho años: concordancia entre padres y maestros. *Psicothema*, 22, 455-459.
- Baumgaertel, A., Wolraich M.L., y Dietrich M. (1995). Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 629-638.
- Bird, H.R., Gould, M., Yager, T., Staghezza, B., y Canino, G. (1989). Risk factors for maladjustment in Puerto Rican children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 847-850.
- Cardo, E., Meisel, V., García-Banda, G., Riutort, L., Palmer, C., Bernad, M., y Servera, M. (2009). Trastorno negativista desafiante: aspectos relacionados con el sexo y el evaluador. *Revista de Neurología*, 48, S17-S21.
- Carlson, C., Gaub, M., y Tamm, L. (1997). Gender differences in children with ADHD, ODD, and co-occurring ADHD/ODD identified in a school population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1706-1715.
- Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C.N., Hartmark, C., Johnson, J., Rojas, M., Brook, J., y Streuning, E.L. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence: I. Age and gender specific prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 851-867.
- Drabick, D.A.G., Gadow, K.D., y Loney, J. (2007). Source-specific oppositional defiant disorder: Comorbidity and risk factors in referred elementary schoolboys. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 92-101.
- Drabick, D.A.G., Gadow, K.D., y Loney, J. (2008). Co-occurring ODD and GAD symptom groups: Source-specific syndromes and cross-informant comorbidity. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, 314-326.
- Emberley, E. (2004). El Trastorno Desafiante por Oposición: una estimación de su prevalencia y sintomatología entre los alumnos de Educación Secundaria del Campo de Gibraltar. *Almoraima*, 32, 103-114.
- Emberley, E. (2009). *El Trastorno Desafiante Oposicional en adolescentes: prevalencia sintomatología y modelos de medida*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Málaga.
- Ersan, E.E., Dogan, O., Dogan, S., y Sümer, H. (2004). The distributions of symptoms of attention deficit disorder and oppositional defiant disorder in school age in Turkey. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13, 354-361.
- Feehan, M., McGee, R., y Williams, S.M. (1994). DSM-III-R disorders in New Zealand 18-year-olds. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 28, 87-99.
- Fernández, E., y Olmedo, M. (1999). *Trastornos del comportamiento perturbador*. Colección cursos de Postgrado en Psicopatología y Salud. Madrid: UNED-FUE.
- Fleitlich-Bilyk, B., y Goodman, R. (2003). Prevalence of Child and Adolescent Psychiatric Disorders in Southeast Brazil. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 727-734.
- Jensen, P.S., Watanabe, H.K., Richters, J.E., Cortes, R., Roper, M., y Liu, S. (1995). Prevalence of mental disorder in military children and adolescents: Findings from a two-stage community survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1514-1524.
- Kashani, J.H., Beck, N.C., Hooper, E.W., Fallahi, C., Concoran, C.M., McAllister, J.A., Rosenberg, T.K., y Reid, J.C. (1987). Psychiatric disorders in a community sample of adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 144, 584-589.
- Kazdin, A.E., y Weiss, J.R. (Eds.) (2003). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New Cork: Guilford Press.
- Kelter, J.D. (2008). The effect of child gender on teachers' perceptions of and responses to oppositional defiant disorder. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*. Vol. 68(10-A), 4197.
- Lahey, B.B., Miller, T.L., Gordon, R.A., y Riley, A.W. (1999). Developmental epidemiology of the disruptive behavior disorders. En H.C. Quay y A.E. Hogan, *Handbook of disruptive behavior disorders*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Lahey, B.B., Schwab-Stone, M., Goodman, S.H., Waldman, I.D., Canino, G., Rathouz, P.J., Miller, T.L., Dennis, K.D., Bird, H. m y Jensen, P.S. (2000). Age and gender differences in oppositional behaviour and conduct problems: A cross-sectional household study of middle childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 109, 488-503.
- Lewinsohn, P.M., Hops, H., Robert, R.E., Seeley, J.R., y Andrews, J.A. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 133-144.
- Loeber, R., Farrington, D.P., Stouthamer-Loeber, M., y van Kammer, W.B. (Eds.) (1998a). *Antisocial behavior and mental health problems: Explanatory factors in childhood and adolescence*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Loeber, R., Burke, J.D., Lahey, B.B., Winters, A., y Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 39, 1468-1484.
- López-Soler, C., Castro, M., Alcántara, M., Fernández, V., y López, J.A. (2009). Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema*, 21(3), 353-358.
- Lumley, V.A., McNeil, C.B., Herschell, A.D., y Bahl, A.B. (2002). An examination of gender differences among young children with disruptive behaviour disorders. *Child Study Journal*, 32, 89-100.
- Marsh, S.R. (2005). A comparison of boys and girls diagnosed with oppositional defiant disorder in a public school counseling program. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*. Vol 66(2-A), 489.
- 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, 609-621.
- McDermott, P.A. (1996). A nationwide study of developmental and gender prevalence for psychopathology in childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 53-66.
- McGee, R., Feehan, M., Williams, S., y Anderson, J. (1992). DSM-III disorders from age 11 to age 15. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 50-59.
- Michanie, C., Kunst, G., y Margulies, G.S. (2007). Symptom prevalence of ADHD and ODD in a pediatric population in Argentina. *Journal of Attention Disorders*, 11, 363-367.

- Mirón, L., Serrano, G., Godás, A., y Rodríguez, D. (1997). Conducta antisocial y consumo de drogas en adolescentes españoles. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(88), 255-282.
- Moravecck, M. (2007). Developmental pathways that correspond to a diagnosis of oppositional defiant disorder. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. Vol. 68(4-B), 2662.
- Offord, D.R., Boyle, M.H., Racine, Y., Szatmari, P., Fleming, J.E., Sanford, M., y Lipman, E.L. (1996). Integrating assessment data from multiple informants. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1078-1085.
- Ohan, J.L., y Johnston, C. (2005). Gender appropriateness of symptom criteria for attention deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Child Psychiatry and Human Development*, 35, 359-380.
- Pelham, W.E., Gnagy, E.M., Greenslade, K.E., y Milich, R. (1992). Teacher ratings of DSM-III symptoms for the disruptive behaviour disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 210-218.
- Presentación, M.J., y Siegenthaler, R. (2005). Problemática asociada al TDAH subtipo combinado en una muestra escolar. *Infancia y Aprendizaje*, 28(3), 261-275.
- Serra-Pinheiro, M.A., Mattos, P., y Regalla, M.A. (2008). Inattention, hyperactivity and oppositional-defiant symptoms in brazilian adolescents. *Journal of Attention Disorders*, 20, 1-6.
- Velez, C.M., Johson, J., y Cohen, P. (1989). A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 861-864.
- Verhulst, F.C., van der Ende, J., Ferdinand, R.F., y Kasius, M.C. (1997). The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 54, 329-336.
- Waschbusch, D.A., y King, S. (2006). Should sex-specific norms be used to assess attentiondeficit/hyperactivity disorder or oppositional defiant disorder? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 179-185.
- West, P., Sweeting, H., Der, G., Barton, J., y Lucas, C. (2003). Voice-DISC Identified DSM-IV Disorders among 15-year-olds in the West of Scotland. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 941-949.
- Williams, S., McGee, R., Anderson, J., y Silva, P.A. (1989). The structure and correlates of self-reported symptoms in 11-year-old children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17, 55-71.
- Wolraich, M.L., Hannah, J.N., Pinnock, T.Y., Baumgaertel, A., y Brown, J. (1996). Comparison of diagnostic criteria for Attention Deficit Hyperactivity Disorder in a country-wide sample. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 319-324.
- Wolraich, M.L., Hannah, J.N., Baumgaertel, A., y Feurer, I.D. (1998). Examination of DSM-IV criteria for attention deficit/hyperactivity disorder in a county-wide sample. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 19(3), 162-168.