

TESIS DOCTORAL

**SEXO Y PRÁCTICAS PARENTALES
COMO VARIABLES MODERADORAS
Y MEDIADORAS EN EL TRASTORNO
NEGATIVISTA DESAFIANTE.**

*Sex and parenting practices as moderating and
mediating variables in oppositional defiant disorder.*

Esther Trepal de Ancos
Directora: Dra. Lourdes Ezpeleta

Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud
Departamento de Psicología Clínica y de la Salud
Universidad Autónoma de Barcelona

2014

“Con orden y tiempo se encuentra el secreto de hacerlo todo”.
Pitágoras

*“Hay una fuerza motriz más poderosa que el vapor,
la electricidad y la energía atómica: la voluntad”.*
Albert Einstein

*“Yo hago lo que usted no puede y usted hace lo que yo no puedo.
Juntos podemos hacer grandes cosas”.*
Madre Teresa de Calcuta

RECONOCIMIENTOS

Este trabajo se ha realizado en la Unitat d'Epidemiologia i de Diagnòstic en Psicopatologia del Desenvolupament-Grup de Investigació Reconocido (2014 SGR 312) de la Generalitat de Catalunya- gracias a las ayudas PSI2009-07542 del Ministerio de Ciencia e Innovación y PSI2012-32695 del Ministerio de Economía y Competitividad.

AGRADECIMIENTOS

*Según la Real Academia Española la palabra confianza se define como la esperanza firme que se tiene de alguien. **Ánimo, aliento y vigor para obrar.***

*Gracias a la **Dra. Ezpeleta** por su confianza, sin ella no habría reemprendido el camino ni habría llegado a su fin. Su rigor, profesionalidad, sentido de la responsabilidad, ética y conocimientos han sido una fuente constante de aprendizaje. Su humanidad, afecto y apoyo han sido claves en los momentos de desaliento y dificultad.*

*Gracias a la **Dra. Granero** por su contribución generosa y por su disponibilidad.*

*Gracias a **Joan Lluís**, por recorrer el camino conmigo, por dar el espacio, el tiempo y la autonomía necesarios, por cubrirme dónde yo no llegaba en el ámbito doméstico, por ilusionarse con mis retos, por estar siempre ahí y, sobre todo, por sobrevivir juntos a tantas y tantas cosas siempre unidos.*

*Gracias a **Ingrid** y **Dani**, han sido un regalo y sin ellos la maquetación final no hubiera sido posible. A ellos les debo horas de sueño y un afecto eterno.*

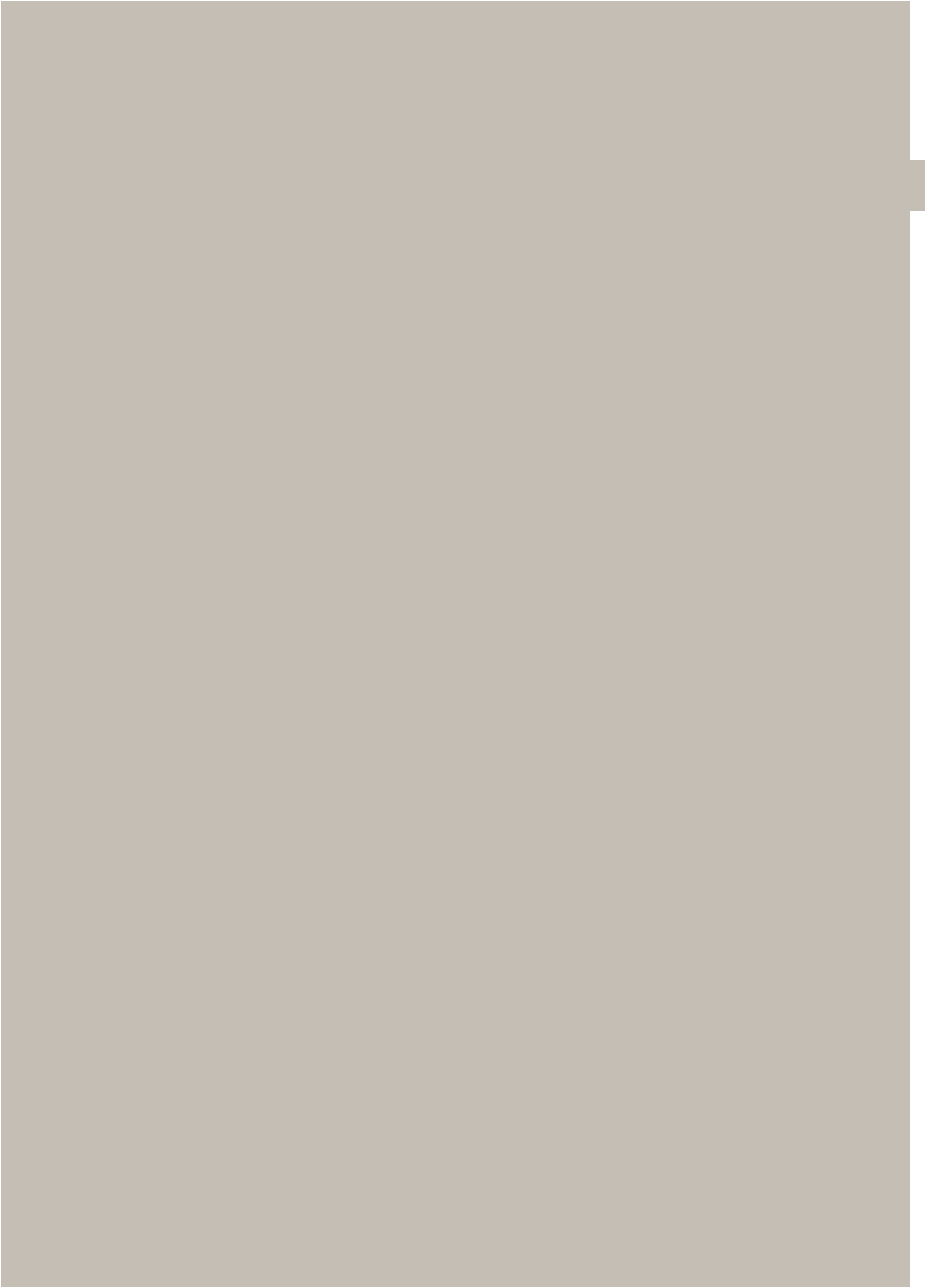


TABLA DE CONTENIDOS

1| Prólogo

2| Introducción

2.1. Definición y aspectos clave.

2.1.1. *Diferencias de sexo.*

2.1.2. *Psicopatología parental y prácticas educativas.*

2.2. Avances en Trastornos Exteriorizados en niños y adolescentes.

Artículos Teóricos:

2.2.1. *Actualitzacions en el Trastorn Negativista Desafiant i el Trastorn de Conducta en la infància i l'Adolescència. (2010).*

2.2.2. *Trastorns Externalitzants en nens i adolescents (2011).*

2.2.3. *Trastorns Externalitzants en nens i adolescents (2012).*

2.2.4. *Trastorns Externalitzants en nens i adolescents (2013).*

3| Objetivos

4| Método

4.1. Participantes.

4.2. Instrumentos.

4.3. Procedimiento.

4.4. Análisis estadístico.

5| Resultados

Artículos Empíricos:

5.1. *Sex differences in Oppositional Defiant Disorder.*

5.2. *Parenting practices as mediating variables between parents' psychopathology and Oppositional Defiant Disorder in preschoolers.*

5.3. Síntesis de resultados.

6| Discusión

7| Conclusiones e implicaciones

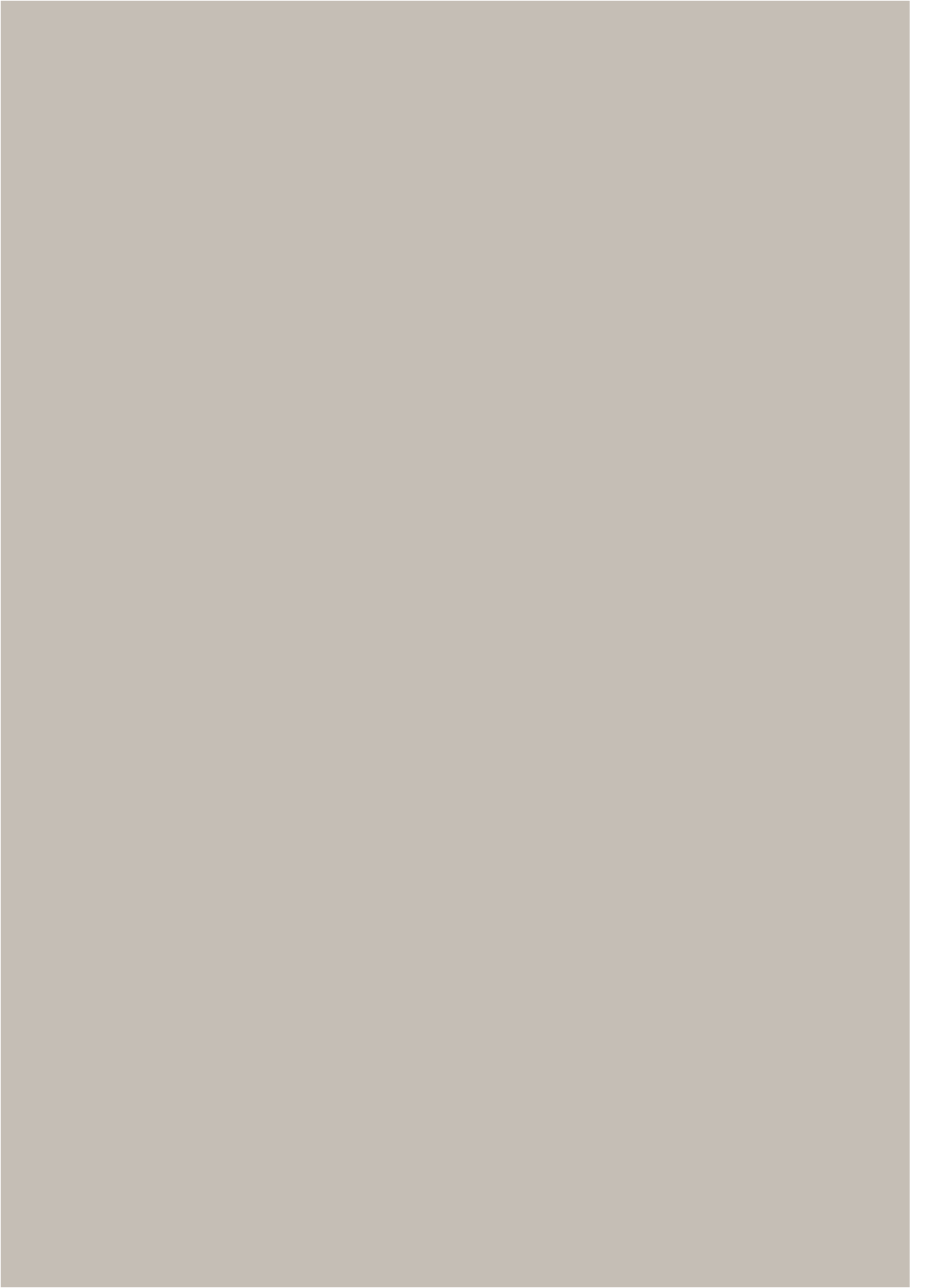
8| Referencias bibliográficas



1 | PRÓLOGO

*“Las consecuencias están siempre
vinculadas con los antecedentes”.*

Marco Aurelio (Meditaciones)



La motivación para la realización de esta tesis doctoral nace con el deseo de poder ayudar más y mejor a los niños, niñas y adolescentes, así como a sus familias, que a diario consultan en mi lugar de trabajo.

En la práctica clínica es frecuente atender a padres que preocupados te explican que ya no saben qué hacer con su hijo. Describen con desesperanza que lo han probado todo. Los abuelos, amigos o maestros les dicen que tienen un hijo malcriado y mimado y que por eso se porta mal. En cambio, los padres son conscientes que ya sólo se relacionan con él a gritos y que lo están castigando constantemente. Además constatan que estos castigos no sirven de nada. Explican que el niño suele contestar de manera desafiante que le da igual que le castiguen. Se observa que son padres que se sienten culpables por qué se autoperciben incompetentes en la educación y en el manejo de la conducta de sus hijos. Reconocen, con sufrimiento, que ven a su hijo como la causa del malestar familiar, como la persona que es capaz de llevarlos al límite y sacarlos de sus casillas. Comentan tristes que, a pesar del deseo que habían sentido por tenerlo, ahora temen el rato que han de estar con él.

Cuando se trata de un adolescente, la situación es aún más compleja. Las conductas y las dinámicas familiares ya están muy establecidas. Las conductas de riesgo suelen haber aparecido. La dificultad para generar un cambio acostumbra a ser mayor.

Al entrevistar a los niños pequeños, a veces, te dicen que son malos y que no saben por qué, que se enfadan mucho y que discuten con sus padres. Te explican convencidos que a ellos les regañan siempre y más que a sus hermanos, que en el colegio los niños siempre se meten con ellos. Los adolescentes te explican que tienen muy mala relación con sus padres, que los maestros les tienen manía, que siempre se meten en líos porqué todo el mundo está en contra de ellos. Cuando se trata de una chica, con frecuencia ya hay sintomatología ansioso-depresiva.

Dada la frecuencia y el sufrimiento asociado a este tipo de consultas, considero que es muy importante que los clínicos conozcamos todo aquello que la investigación nos puede aportar de conocimiento. Creo que los profesionales tenemos el deber de realizar intervenciones rigurosas y funda-

mentadas en aquello que no es ni una creencia ni un prejuicio ni un mito sino datos objetivos con los que contribuye la ciencia. En este sentido, este trabajo es un compendio que se presenta con un conjunto de publicaciones teóricas y empíricas. El trabajo teórico se plasma a lo largo de la introducción y recoge los avances publicados en la literatura científica de los últimos años en referencia al Trastorno Negativista Desafiante (TND). El deseo de mantener mis conocimientos actualizados y de contribuir a la divulgación de los progresos en los problemas de conducta, se consolida y materializa con la colaboración con la *Societat Catalana de Recerca i Teràpia de Conducta* (SCRITC). Dicha asociación publica en su página web anualmente un CD (<http://cd.scritc.cat/>) (Depósito Legal B-26551-2011) con la actualización de la literatura publicada en el último año en el campo de la terapia cognitivo-conductual y la psicopatología. Desde el año 2010 hasta la actualidad, soy la responsable del capítulo de los Trastornos Exteriorizados en niños y adolescentes (sin incluir el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad), lo que ha dado lugar a la publicación de los siguientes 4 artículos que incorporo en la introducción de este compendio:

1. Actualitzacions en el Trastorn Negativista Desafiant i el Trastorn de Conducta en la infància i l'Adolescència (T1).

Autores y año: Trepat, E., Rubio, G., Picó, N., & Prades, E. (2010)

2. Trastorns Externalitzants en nens i adolescents (T2).

Autores y año: Prades, E., Maurici, J., Rubio, G., & Trepat, E. (2011)

3. Trastorns Externalitzants en nens i adolescents (T3).

Autores: Trepat, E., Prades, E., Rubio, G., Valcárcel, E., & Comajuan, J. (2012)

4. Trastorns Externalitzants en nens i adolescents (T4).

Autores: Trepat, E., & Prades, E. (2013)

El trabajo empírico responde al interés de saber si realmente hay diferencias de sexo en el TND y profundizar en la influencia del estilo educativo en la relación entre la psicopatología de los padres y el desarrollo de TND. Este trabajo empírico se concreta en la publicación de los dos artículos principales de este compendio, que se citan a continuación, y que se incluyen en el apartado de resultados:

1. *Sex differences in oppositional defiant disorder (E1).*

Autores y año: Trepata, E & Ezpeleta, L. (2011)

Revista: *Psicothema* 23(4), 666-671

Factor de Impacto: 1,083, Psychology, Multidisciplinary, Q2

ISSN: Edición Digital: 1886-144X

Edición en Papel: 0214-9915

Centros de documentación en los que está incluida:

Social Sciences Citation Index. Current Contents-Social and Behavioral Sciences. MEDLINE/Index Medicus. Index Copernicus. Psychological Abstracts. PsycLIT. PsycINFO. Family Studies Database. Bases de datos ISOC–Psicología. Redinet. Psycodoc. Scopus. Dialnet. IN-RECS, Latindex, Redalyc, Google Scholar, European Reference Index For The Humanities y Directory of open access journals. Pubpsych.

2. *Parenting practices as mediating variables between parents' psychopathology and oppositional defiant disorder in preschoolers (E2).*

Autores y año: Trepata, E., Granero, R., & Ezpeleta, L. (In press)

Revista: *Psicothema* 26(4) doi: 10.7334/psicothema2014.102

Factor de Impacto: 1,083, Psychology, Multidisciplinary, Q2

ISSN: Edición Digital: 1886-144X

Edición en Papel: 0214-9915

Centros de documentación en los que está incluida:

Social Sciences Citation Index. Current Contents - Social and Behavioral Sciences. MEDLINE/Index Medicus. Index Copernicus. Psychological Abstracts. PsycLIT. PsycINFO. Family Studies Database. Bases de da-

tos ISOC–Psicología. Redinet. Psicodoc. Scopus. Dialnet. IN-RECS, Latindex, Redalyc, Google Scholar, European Reference Index For The Humanities y Directory of open access journals. Pubpsych.

El esfuerzo realizado ha sido importante, al tener que compatibilizar la realización de esta tesis con mi actividad laboral, profesional y universitaria, la satisfacción por haberla finalizado también. Deseo que los conocimientos adquiridos puedan beneficiar a todos mis pacientes, presentes y futuros.

2| INTRODUCCIÓN

“Si quieres entender a una persona, no escuches sus palabras, observa su comportamiento”

Albert Einstein

2.1. Definición y aspectos clave

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (American Psychiatric Association APA, 2013) ha introducido una nueva categoría diagnóstica que ha llamado, Trastornos Perturbadores del Control de los Impulsos y de la Conducta. En ella incluye el Trastorno Negativista Desafiante (TND), el Trastorno Explosivo Intermitente, el Trastorno de Conducta (TC), el Trastorno de la Personalidad Antisocial, Piromanía y Cleptomanía.

Dicho manual define el Trastorno Negativista Desafiante como un patrón persistente y frecuente de enfado/estado irritable, discusiones/actitud desafiante o vengativa. Los síntomas deben durar al menos 6 meses y están agrupados en 3 dimensiones: enfado/irritabilidad (a menudo pierde la calma; a menudo es susceptible o se molesta con facilidad; a menudo está enfadado y resentido), discusiones/actitud desafiante (discute a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de niños y adolescentes; a menudo desafía activamente o rechaza satisfacer las peticiones de figuras de autoridad o normas; a menudo molesta a los demás deliberadamente; a menudo culpa a los demás por sus errores o mal comportamiento) y vengativo (ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses).

Para poder concluir con el diagnóstico de TND se deben manifestar como mínimo cuatro o más síntomas de cualquiera de las dimensiones descritas que se tienen que mostrar durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano.

Solamente se puede considerar la presencia de cada uno de estos síntomas si se da con más frecuencia de la observada en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables. En los niños pequeños (menores de 5 años) estos comportamientos deben aparecer por lo menos casi todos los días y en los mayores de 5 años mínimo una vez a la semana. Estos comportamientos no pueden aparecer exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno depresivo o uno bipolar. Y, finalmente, no se pueden cumplir los criterios de un trastorno de conducta con desregulación del estado de ánimo.

En el momento de realizar el diagnóstico siguiendo los criterios diagnósticos

DSM-5 se debe especificar si es el TND es leve (los síntomas se limitan a un entorno), moderado (algunos síntomas aparecen por lo menos en dos entornos) o grave (algunos síntomas aparecen en 3 o más entornos).

Es habitual que las personas afectadas por este trastorno muestren los síntomas solamente en el entorno familiar, especialmente en los niños más pequeños (APA, 2013). Se considera que la generalización de los síntomas es un indicador de gravedad del trastorno asociado a una mayor interferencia. Los individuos con TND experimentan frecuentemente conflictos con sus padres, profesores, supervisores, iguales o parejas. Estos conflictos provocan afectaciones importantes en la adaptación emocional, social, académica u ocupacional (APA, 2013).

Se definen dos conceptos en relación al impacto y a las consecuencias potenciales que la sintomatología de los trastornos psicológicos tiene en los niños: *la afectación funcional* que se refiere a las consecuencias de los síntomas en la ejecución cotidiana del niño en sus funciones vitales (Üstun & Chatterji, 1997) y *la carga familiar* que se relaciona con las consecuencias negativas de la sintomatología del familiar afectado en los otros miembros de la familia (Angold et al., 1998). El TND, en niños de 9 a 13 años, está más fuertemente asociado con dificultades en la familia y con los iguales que el TC (Ezpeleta, Keeler, Erkanli, Costello, & Angold, 2001). Bauermeister et al. (2010), en una muestra de 568 niños de 12 años, informaron que el TND está asociado con un impacto negativo en la vida social de la familia, concretamente en la carga económica, en las relaciones escolares, en las relaciones de pareja y en las relaciones con los hermanos. En este estudio, los síntomas de TND estuvieron asociados con impacto en el estrés global en relación con la crianza.

En cuanto a la prevalencia, se considera que el TND es uno de los trastornos más prevalentes de la edad preescolar a la vida adulta (Nock, Kazdin, Hiripi, & Kessler, 2007). Concretamente, en los años preescolares las prevalencias se sitúan entre 6,6% y 13,4 (Bufferd, Dougherty, Carlson, & Klein, 2011; Ezpeleta, de la Osa, & Doménech, 2014; Lavigne, LeBailly, Hopkins, Gouze, & Binns, 2009) y se estima que la prevalencia a lo largo de la vida es del 10,2% (hombres = 11,2%; mujeres = 9,2%) (Nock et al., 2007).

Este trastorno se acompaña de comorbilidad concurrente (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)) y de una variada comorbilidad sucesiva (Trastorno de Conducta (TC), ansiedad, depresión, trastornos del control de los impulsos, abusos de sustancias) (Maughan et al., 2004), persiste en el tiempo (Copeland, Shanahan, Costello, & Angold, 2009), se asocia con mayor riesgo de suicidio que la población general, aun cuando se controla la comorbilidad (APA, 2013), se considera un claro predictor de depresión en la vida adulta (Copeland et al., 2009) y se asocia a efectos adversos a largo plazo (delincuencia, abuso de sustancias y abandono escolar) (Silver, Measelle, Armstrong, & Essex, 2010). Cuanto más precoz es el inicio y cuanto mayor la comorbilidad, mayor es la persistencia (Nock et al., 2007).

Una controversia actual es si conceptualizar los trastornos de forma categórica o dimensional. Fergusson, Boden y Horwood (2010) evidenciaron que el enfoque dimensional es de gran utilidad en la validez predictiva de los trastornos ya que aquellos niños diagnosticados de TND tienen más riesgo de presentar problemas de ansiedad en la juventud, mientras que aquellos diagnosticados de TC manifiestan mayores conductas antisociales. Kolko y Pardini (2010) concluyen que los niños diagnosticados de TND que presentan argumentación constante, actitud desafiante y características relacionadas con un estilo de respuesta vengativa presentan mayor riesgo de presentar TC en la adolescencia, mientras que aquellos que presentan sintomatología de irritabilidad y rabia manifiestan más riesgo de desarrollar trastornos emocionales. En consecuencia con estos hallazgos, el DSM-5 ha incluido en la definición del trastorno las dimensiones antes mencionadas según las cuales agrupa la sintomatología característica del TND.

Es importante desarrollar estudios que diferencien las muestras de TND, TDAH y TC. Tradicionalmente muchos estudios han agrupado estos trastornos y esto no permite conocer la significación clínica y las asociaciones específicas del TND (Greene et al., 2002). La separación del TDAH, por considerarlo un trastorno del neurodesarrollo, de los trastornos de conducta debe contribuir a ello.

Los avances sobre TND más importantes desarrollados durante los años 2010, 2011, 2012 y 2013 se han publicado en la página web (<http://cd.scritc.cat/>) de la Societat Catalana de Recerca i Teràpia de Conducta (SCRITC) y se reproducen en el punto 2.2. A continuación se revisan dos cuestiones relevantes para contex-

tualizar los trabajos empíricos: las diferencias de sexo en la manifestación del trastorno, la psicopatología parental y las prácticas educativas.

2.1.1. Diferencias de sexo

El actual DSM-5 pone de manifiesto que la prevalencia de TND puede variar en función de la edad y del sexo siendo más prevalente antes de la adolescencia y en niños (1,4:1) (APA, 2013). En los últimos años las diferencias de sexo en el TND han sido objeto de estudio y controversia.

En un estudio de Lahey et al. (2000) se obtuvo una prevalencia de TND de 6,95% a los 10 años de edad frente a una prevalencia de 5,2% en niñas a la misma edad. Kroes et al. (2001) constataron una prevalencia de 13,3% en niños de 7 años frente a una de 9,4% en niñas de la misma edad. En el estudio de Maughan, Rowe, Messer, Goodman y Meltzer (2004) a los 11 años la prevalencia en niños fue de 4,6% frente a 1,6% en niñas.

A pesar de que los niños generalmente exhiben niveles mayores de problemas de conducta que las niñas, se cree que pueden emerger patrones más específicos según el tipo de agresión (p.e. física *vs* relacional) y la edad de inicio (p.e. infancia *vs* adolescencia) (Moffitt & Caspi, 2001). Al comparar los niños que exhiben valores más elevados de problemas conductuales manifiestos (p.e. agresión física y *bullying*) con las niñas, se observa que éstas son más tendentes a la agresión relacional y a conductas encubiertas (p.e. difundir rumores, mentir (Crick & Zahn-Waxler, 2003). Además de exhibir más agresión física en la infancia, los niños tienen consistentemente valores más elevados de TND y TC (Nock et al., 2007) y se implican en más delincuencia y violencia a lo largo del desarrollo (Miller et al., 2010). Los estudios longitudinales sugieren que emergen diferencias significativas según el sexo alrededor de los 4 años, en la prevalencia y gravedad de problemas de conducta. Mientras que estos problemas disminuyen en las niñas, en los niños se incrementan o permanecen más estables (Tung, Li, & Lee, 2012).

Sin embargo, se cuestiona si esta diferencia es real o bien un efecto de la definición del trastorno. En la última década es un tema de debate la idoneidad de los criterios diagnósticos comunes para niños y niñas en los

trastornos exteriorizados. Las niñas muestran manifestaciones encubiertas de agresividad, menos observables, con el propósito de excluir a iguales, mientras que las conductas agresivas de los niños son más manifiestas y se relacionan con déficit en el procesamiento moral (Kann & Hanna, 2000). Aunque pocos estudios han abordado el tema, Waschbusch y King (2006) sugieren que puede haber una muestra de niñas que tiene problemas de conducta, con mayor deterioro en su nivel de funcionamiento que las niñas de su grupo normativo, y que no se identifica con los actuales criterios diagnósticos. Keenan et al. (2007) encontraron una tendencia no-significativa en niñas no-referidas que tenían el triple de probabilidad que los niños no-referidos de cumplir un diagnóstico de TND. Estos resultados podrían indicar que los mismos síntomas tienen diferentes implicaciones para niños y niñas. Ohan y Johnston (2005) proponen incluir en la definición de TND comportamientos de agresividad relacional (retirar la palabra, mostrarse maliciosa, esquivar la culpa, etc.) para identificar a las niñas con características oposicionistas. En cambio, en un estudio de Keenan, Coyne y Lahey (2008) se encontró que la cantidad de varianza de la interferencia explicada por la inclusión de criterios para niñas era baja y, por lo tanto, consideraban que no había justificación para modificar los criterios diagnósticos actuales.

Aunque se ha evidenciado la elevada comorbilidad concurrente y sucesiva del TND, no está claro si hay diferencias de sexo en la comorbilidad. Recientes estudios apuntan que la comorbilidad del TND con los trastornos exteriorizados puede ser mayor en niños, mientras que los trastornos interiorizados mayor en niñas (Boylan, Vaillancourt, Boyle, & Szatmari, 2007; Emberley & Peregrina, 2011). Fossum, Morch, Handegard y Britt (2007) informaron que de un total 127 niños de 4-8 años derivados para tratamiento por problemas de conducta, los niños mostraban significativamente más comportamientos disruptivos y eran menos competentes socialmente que las niñas. Sin embargo, los padres y madres de las niñas describieron mayores niveles de estrés y más síntomas depresivos.

Tung, Li y Lee (2011) consideran que las diferencias de sexo en los problemas de conducta podrían reflejar diferencias evolutivas subyacentes de las funciones ejecutivas. Por ejemplo, los niños exhiben menor autocontrol que las niñas en el periodo crucial de la preadolescencia (Else-Quest, Hyde, Goldsmith, & Hule, 2006). Esto podría limitar a los niños condicionando sus respuestas a nivel cognitivo,

emocional y conductuales ante la disciplina y así incrementar su vulnerabilidad a la crianza negativa (Lengua, Bush, Long, Kovacs, & Trancik, 2008). Las diferencias de sexo tempranas en autocontrol podrían contribuir específicamente a la asociación entre crianza negativa y problemas de conducta en niños. Chang, Olson, Sameroff, & Sexton (2010) encontraron que la asociación entre los comportamientos parentales (p.e. calidez, castigo físico) y los problemas de conducta estuvo mediada por déficit de autocontrol en niños, pero no en niñas.

Hay numerosas investigaciones que consideran que hay una clara relación entre los problemas de conducta y el estilo educativo. No obstante, la investigación sobre prácticas parentales inefectivas y desadaptativas asociadas con problemas conductuales en la infancia se ha concentrado generalmente en niños y se sabe poco acerca de cómo las diversas prácticas parentales afectan a las niñas (Zahn-Waxler, 1993). Los padres interactúan con los niños y niñas de forma distinta, especialmente en cuanto a los problemas de conducta, y la crianza puede influir en el desarrollo de TC en niñas y niños de formas diferentes (Keenan, Coney, & Lahoy, 2008). En el estudio antes mencionado de Fossum et al. (2007) se encontró que no había diferencias importantes en las prácticas parentales en relación con el sexo de los niños. Aun así, fue una tendencia general de las madres y padres usar menos prácticas parentales apropiadas al interactuar con las niñas.

La escasez de muestras con niñas en la investigación de problemas de conducta (Crick, Ostrow, & Werner, 2006) supone una dificultad para el estudio de las diferencias de sexo a edades tempranas. Pocos estudios aportan los resultados de las niñas separados de los resultados de los niños (Karremman, Tuijl, van Aken, & Dekovick, 2006).

En síntesis, los datos existentes sobre las diferencias de sexo en la prevalencia, sintomatología, gravedad, deterioro, comorbilidad y estilo educativo asociado al sexo son objeto de controversia. Se requiere de más investigación con muestras más grandes de niñas para poder determinar si el TND es realmente más frecuente en niños o si hay un problema de definición diagnóstica. Por todo ello, la necesidad de más investigación en las diferencias de sexo en TND es cada vez más evidente y reconocida (Pardini, Frick & Moffit, 2010).

2.1.2. Psicopatología parental y prácticas educativas

La investigación en TND de la última década desarrolla un marco teórico que plantea que los síntomas de TND se desarrollan cuando las características temperamentales del niño se emparejan con contextos psicosociales adversos y disfunción familiar (Lahey & Waldman, 2003; Harvey & Metcalfe, 2012). Las características temperamentales del niño relacionadas con la vulnerabilidad a desarrollar TND se concretan en problemas de regulación emocional (por ejemplo, altos niveles de reactividad emocional, y baja tolerancia a la frustración) (APA, 2013). Se considera que el rasgo de frialdad emocional empeora el pronóstico y se relaciona con mayor riesgo de TC (Frick, Ray, Thornton, & Kahn, 2014). Los contextos psicosociales adversos y la disfunción familiar han sido ampliamente estudiados. Éstos se caracterizan por dificultades socioeconómicas, exposición a la violencia, malas prácticas parentales, estilo educativo coercitivo y psicopatología de los padres (Lavigne, Gouze, Hopkins, Bryant, & LeBailly, 2012).

A pesar de haberse identificado estos factores de riesgo de los problemas exteriorizados en niños pequeños, existen escasas evidencias sobre los mecanismos específicos mediante los cuales dichos factores inciden en el desarrollo y mantenimiento de los problemas de comportamiento (Nordahl, Wells, Olsson, & Bjerkeset, 2010). Uno de los estudios empíricos de este compendio estudia el estilo educativo, caracterizado por prácticas parentales inconsistentes y coercitivas, como variable mediadora en la relación entre la psicopatología parental y el desarrollo de TND.

La psicopatología parental, la depresión mayor (Goodman et al., 2011), la hostilidad (Nordahl et al., 2010), la historia de comportamiento antisocial (Davies, Sturge-Apple, Cicchetti, Manning, & Vonhold, 2012), el abuso de sustancias (Nordahl et al., 2010; West & Newman, 2003) y el TDAH (Goldstein et al., 2007) se han asociado con TND en el niño. Se ha hipotetizado que los problemas de salud mental de los padres influyen en otras variables mediadoras, como la calidad del apego, la calidad de la relación con el niño, la calidad del cuidado o el estilo parental (Lavigne et al., 2012; Nordahl et al., 2010).

Si se hace referencia nuevamente al DSM-5 vemos que destaca la asociación entre el TND y las prácticas de crianza duras, inconsistentes y negligentes.

A pesar de la amplia variabilidad del uso del castigo según las diferencias culturales (Lansford & Deater-Deackard, 2012), diversos estudios destacan que el castigo corporal sigue siendo una práctica disciplinaria frecuente tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo (MacKenzie, Nicklas, Brooks-Gunn, & Waldfogel, 2011). A menudo los progenitores tienen la creencia de que el uso del castigo corporal es una estrategia educativa eficaz ante los problemas conductuales. Sin embargo, la relación entre su uso y el incremento de problemas conductuales, peor funcionamiento emocional, mayores problemas sociales y de adaptación está bien establecida (Gershoff, 2002; Lansford et al. 2014). Hay que destacar que estudios recientes ponen de manifiesto que, aun considerándose el uso del castigo corporal como un factor de riesgo para los problemas de conducta, su impacto en los niños y adolescentes está moderado por aspectos culturales (García & Gracia, 2014), siendo España uno de los países donde los niños y jóvenes toleran mal su uso (Musito & García, 2014) y les genera reacciones de rabia y resentimiento que, a su vez, exacerban la sintomatología propia del TND. Aunque muchos estudios han analizado el estilo educativo y los problemas conductuales, muchos se han centrado en varones. En consecuencia, las niñas permanecen infra-representadas en la investigación de problemas de conducta y la asociación con el estilo educativo (Crick, et al., 2006; Tung, Li, & Lee, 2012).

En la literatura se encuentran referencias que relacionan un incremento del castigo corporal y de inconsistencia educativa en presencia de psicopatología parental. La ansiedad, la rumiación y, especialmente, la irritabilidad propia de los trastornos interiorizados ayudan a comprender las dificultades de crianza de las madres (Lavehoy, Graczyk, O'Hare, & Neuman, 2000). Chronis-Tuscano et al. (2011) obtuvieron resultados similares al replicar estudios que asociaban la mejora de los problemas conductuales de los niños que tenían madres con TDAH después de que éstas recibieran entrenamiento en pautas psicoeducativas. La sintomatología propia del TDAH interfiere en el manejo eficaz de la conducta de los hijos, por eso, al ser tratado el TDAH parental y recibir asesoramiento educativo, los hijos mejoran su comportamiento. La asociación directa entre depresión materna y problemas exteriorizados está bien documentada (Goodman et al., 2011;

Kim-Cohen, Moffit, Taylor, Pawlby, & Caspi, 2005). Se considera que la depresión materna puede provocar menor calidez y aumento de la hostilidad (Bor & Sanders, 2004) lo que facilita el uso de prácticas educativas coercitivas.

Una dificultad adicional en el estudio de la relación entre la psicopatología parental, el estilo educativo, las prácticas parentales y el TND es que la mayoría de los estudios se centran únicamente en la psicopatología de las madres, estando los padres escasamente representados (Phares, Lopez, Fields, Komboukos, & Duhig, 2005). Además, cuando se incluye a los padres, muchas veces, se hace combinando la información psicológica que éstos aportan con la de las progenitoras. Esta forma de unir el estado psicológico de padres y madres en un indicador conjunto impide conocer cuál es la contribución relativa de cada progenitor.

Los dos trabajos empíricos, que constituyen este compendio y que se presentan en apartado de los resultados, se fundamentan en un modelo teórico que concibe el TND como un trastorno con posibles diferencias de sexo, tanto en su manifestación clínica como en el desarrollo de comorbilidad y deterioro funcional. También, considera que hay relación entre la psicopatología parental (ansiedad, depresión y conducta agresiva) y el desarrollo del TND y valora que es muy probable que en esta relación medien prácticas educativas, tales como el castigo corporal y la disciplina inconsistente.

El impacto de este trastorno para los niños que lo padecen y para su entorno evidencia la necesidad de comprender en profundidad este problema para poder desarrollar estrategias precisas de detección precoz, prevención y tratamiento.

2| INTRODUCCIÓN

2.2. Avances en Trastornos Exteriorizados en niños y adolescentes: Artículos Teóricos

2.2.1. Actualitzacions en el Trastorn Negativista Desafiant i el Trastorn de Conducta en la infància i l'Adolescència. (2010).

CD  **scritc** 2.0

Asociación de la
Sociedad Española de
Psiquiatría y Psicología de
la Infancia y la Adolescencia

| <http://cd.scritc.cat/index2010>

Esther Trepal¹, Gemma Rubio¹, Natàlia Picó¹ i Emma Prades¹.

¹Fundació Privada Institut de Psicologia.

Introducció

El Trastorn Negativista Desafiant (TND) és un dels trastorns d'inici en la infància més freqüent. El TND té una prevalença d'entre el 4 i 8 % i el Trastorn de Conducta (TC) d'entre 1 i 10% segons el DSM-IV-TR (APA, 2000). Tradicionalment, el TND s'ha relacionat amb el Trastorn de Conducta (TC) i és difícil trobar estudis centrats exclusivament en el TND amb mostres diferenciades dels TC. Així doncs, al llarg de l'any 2010 s'han publicat estudis que han tingut per objectiu analitzar la relació entre el TND i el TC.

Un debat, també comú, és el referent a les classificacions nosològiques dels diferents trastorns psicopatològics. En els darrers anys, comença a evidenciar-se la necessitat de concebre dimensionalment diferents trastorns. Aquest fet, juntament amb la imminent publicació del DSM 5, al maig de 2013, ha provocat que aquest any 2010 s'hagin publicat articles que versen sobre la conceptualització dimensional dels problemes de conducta.

Finalment, s'ha fet un pas en davant en la importància de fomentar la pràctica clínica basada en l'evidència amb la publicació del llibre de Weisz i Kazdin (2010) titulat *Psicoteràpies basades en l'evidència per a nens i adolescents (Evidence-based psychotherapies for children and adolescents, 2010)* que ens ofereix una exhaustiva revisió dels tractaments que han demostrat evidència de la seva eficàcia en el tractament de problemes i trastorns exterioritzats en l'apartat II.B.

Relació TND i TC i dimensionalitat del problemes i trastorns de conducta.

Actualment, tot i que en el DSM-IV-TR (APA, 2000) es considera el diagnòstic de TND com una entitat clínica, sovint, en l'àmbit de la recerca i en la literatura científica es tracta aquest trastorn com una variant i expressió del trastorn de conducta. En els darrers anys i amb l'aparició al maig de 2013 del DSM 5 s'estan realitzant diversos estudis per tal d'esbrinar si l'estructura jeràrquica actual és útil i vàlida en la població clínica. Tot i que hi ha autors que suggereixen que els símptomes de TND i de TC estan molt relacionats, actualment aquesta relació és objecte de controvèrsia. La relació que alguns estudis han establert entre el TND i el TC es basa en el supòsit que només aquells nens que presenten simptomatologia

de TND poden desenvolupar, més endavant, simptomatologia de TC (Burke, Waldman i Lahey, 2010). En un estudi longitudinal realitzat per Costello, Angold, Copeland, Maughan i Rowe, (2010) es va evidenciar que la mitjana d'aparició del primer símptoma de TND era als 2,5 anys mentre que en el TC era als 5,5 anys. Els símptomes de TND precedien els símptomes de TC en el 56% del casos de TC i només el 9,2 % de la mostra diagnosticada de TC, havia estat diagnosticada prèviament de TND. Aquells casos que no desenvolupen TC, però compleixen criteris de TND, continuen manifestant al llarg del temps problemes d'adaptació social i familiar (Pardini, Frick i Moffitt, 2010).

Alguns autors, com Pardini, Frick i Moffitt (2010) consideren que cal reorganitzar l'associació establerta entre el TC en adolescents i el Trastorn de Personalitat Antisocial en adults per tal d'incorporar en el DSM 5 les característiques afectives i interpersonals psicopatològiques en aquestes definicions. En els darrers anys, s'està introduint el terme de tret d'insensibilitat i fredor emocional (*Callous-unemotional traits*, CU) per tal de definir un subtipus de TC en joves que presenten manca de remordiment o culpa, pobre empatia i insensibilitat cap als altres i baixa preocupació per diferents àmbits. En un estudi longitudinal de Pardini, Frick i Moffitt, (2010) es va constatar que la presència d'aquests trets s'associava amb problemes de delinqüència i conductes antisocials posteriors.

Per últim, es continua debaten els beneficis de conceptualitzar els trastorns de forma categòrica o dimensional. En un estudi de Fergusson, Boden i Horwood, (2010) van evidenciar que l'enfocament dimensional és de gran utilitat en la validesa predictiva dels trastorns ja que aquells nens diagnosticats de TND tenen més risc de presentar problemes d'ansietat en la joventut, mentre que aquells diagnosticats de TC manifesten majors conductes antisocials. Kolko i Pardini (2010) conclouen que els nens diagnosticats de TND que presenten característiques relacionades amb un estil de resposta venjativa o de rancúnia (*"hurtful"*) presenten major risc de presentar TC en l'adolescència, mentre que aquells que presenten simptomatologia d'irritabilitat i manca de regulació del temperament manifesten més risc de desenvolupar trastorns d'ansietat.

Tractament psicològics basats en l'evidència dels problemes i trastorns de conducta.

Dels diferents tractaments dels problemes i trastorns de conducta, la literatura científica identifica com a únic tractament ben establert l'entrenament a pares en tècniques de modificació de conducta demostrant en diversos estudis la seva eficàcia (Eyberg, Nelson i Boggs, 2008). El programa que ha demostrat estar ben establert en dos estudis independents en l'entrenament a pares és el Parent Management Training-Oregon Model (PMTO TM) descrit per Forgatch i Patterson (2010). Aquest programa va adreçat a famílies amb l'objectiu de prevenir i tractar conductes antisocials en nens a partir dels 2 anys d'edat fins adolescents de 18. El treball efectuat amb els pares inclou tècniques de modificació de conducta, de resolució de problemes, autocontrol i estratègies per a la millora de la comunicació.

A continuació, descrivim els programes de tractament probablement eficaces (Eyberg, Nelson i Boggs, 2008) sobre els que hi ha hagut publicacions al llarg del 2010. Tots aquests programes es fonamenten en tècniques de modificació de conducta i estratègies cognitivoconductuals. Es diferencien, bàsicament, entre ells per la població diana a la que van adreçats: pares, nens i adolescents, mestres o combinats amb mòduls per a pares, nens i mestres.

Zisser i Eyberg (2010) descriuen detalladament el programa d'entrenament a pares anomenat Teràpia Basada en la Interacció Pares-Fills (*Parent-child Interaction Therapy, PCIT*) i realitzen una revisió dels estudis d'eficàcia d'aquest programa. La *PCIT* és un tractament psicològic basat en l'evidència dirigit a nens i joves. Té per objectiu augmentar les habilitats de comunicació assertiva dels pares, millorar la relació pares i fills i aprendre tècniques de modificació de conducta. Estudis longitudinals han demostrat l'eficàcia del tractament després de 2 i 6 anys de la intervenció. S'ha constatat que existia menor nombre de conductes disruptives, menor grau d'activitat i disminució dels nivells d'estrès de la família tant immediatament després de l'aplicació del programa com a mig i llarg termini.

Lochman, Boxmeyer, Powell, Barry i Pardini (2010) concreten el programa d'entrenament en el control de la ira *The Anger Coping Program* i *Coping Power Program*. Ambdós programes s'adrecen als nens i estan dissenyats per prevenir el desenvolupament de comportaments antisocials a l'adolescència modificant les

pautes educatives dels pares i els problemes de processament de la informació dels nens. El programa *Anger Coping* té un format de grups de 5 a 7 nens, també es pot fer individual. El programa consisteix en 18 sessions setmanals de 60-80 minuts. El programa *Coping Power* és una extensió de l'anterior. Al menys una vegada al mes es fan sessions individuals per ajudar a la generalització d'habilitats. Els resultats fan èmfasi que aquest tipus d'intervenció cognitivoconductual pot ser útil per objectius de tractament a curt termini i també per objectius de prevenció a llarg termini i que pot ser aplicat de manera efectiva a l'escola i a l'àmbit clínic.

Un dels programes que més investigació ha generat en el 2010 ha estat el programa combinat anomenat Els Anys Increïbles (*The Incredible Years parents, teachers, and children training series*, Webster-Stratton i Reid, 2010). Aquest programa està dissenyat per a promoure la competència emocional, social i de resolució de problemes, així com per prevenir, reduir i tractar els problemes de conducta i l'agressivitat en els nens. Els Anys Increïbles és un conjunt de tres programes de tractament dirigit a pares, mestres i nens de 0 a 13 anys. El programa per pares és una intervenció grupal basada en vídeos que té com objectiu promoure pautes educatives positives, enfortir el vincle entre pares i fills, així com millorar la resolució de problemes, el maneig de la ira i la comunicació. El programa de formació del professorat té per objectiu reforçar les habilitats de maneig de l'aula. El Dinosaur Infantil és un programa dirigit als nens que els professors utilitzen per ensenyar als nens el coneixement de les emocions, el maneig de la ira, la resolució de problemes i les habilitats socials. Cal destacar els recents estudis longitudinals de Drugli, Larsson, Fossum i Morch (2010) que han demostrat l'eficàcia del programa *Els Anys Increïbles* després de 5 i 6 anys de la intervenció. Dues terceres parts dels nens tractats amb aquest programa milloraven de manera significativa. S'han identificat com a predictors que ens poden indicar una mala resposta al tractament (Drugli, Larsson, Fossum i Morch, 2010) el nivell socioeconòmic, la família monoparental, la psicopatologia dels pares, el sexe femení i els alts nivells de problemes internalitzats.

En el tractament adreçat a pares, nens i mestres cal destacar el tractament combinat desenvolupat i descrit per Kazdin (2010) *Problem-Solving Skills Training i Parent Management Training for Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder*. La combinació d'ambdós tractaments té com objectiu ensenyar als nens estratègies d'autocontrol davant els conflictes mitjançant autoinstruccions i la recerca d'alternatives de resposta. Paral·lelament, s'entrena als pares i mestres en tècniques de modificació de conducta a casa i a l'aula. La implementació d'aquests tractaments disminueix significativament les conductes d'oposició i d'agressivitat, així com, incrementa les conductes prosocials en els nens i millora la qualitat de les relacions familiars.

Dins dels programes d'adolescents menors d'edat amb comportaments delictius greus i crònics destaca el *Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC)*. Smith i Chamberlain (2010) descriuen aquest programa de tractament com un programa comunitari que va sorgir com una alternativa a l'institucionalització d'aquests joves. Els joves són acollits per una família durant 6 a 9 mesos. En el període que dura l'acollida reben formació els joves i els pares biològics. Les famílies d'acollida han rebut la formació prèviament.

Conclusions

Tot i que hi ha nombroses recerques entorn als problemes i trastorns de conducta exterioritzats, encara cal seguir investigant sobre la relació entre el TND i el TC i l'especificitat de cadascun d'aquests trastorns. Tanmateix, caldran més estudis que aportin dades sobre la concepció del tret de fredor emocional (Callous-Unemotional) i la seva relació entre el TC i el desenvolupament del Trastorn Antisocial de la Personalitat.

Finalment, constatar que la literatura científica actual demostra l'eficàcia de diferents tractaments cognitivoconductuals dels problemes i trastorns de conducta exterioritzats. La intervenció primerenca en poblacions de risc permet contrarestar els factors de risc i reforçar els factors de protecció ajudant així a prevenir una trajectòria de desenvolupament cap a conductes cada vegades més greus, agressives i violentes. Així mateix, hi ha evidència que quan més jove és el nen en el moment de la intervenció, més positiu serà l'ajustament a casa i a l'escola.

Els resultats dels estudis de l'eficàcia de tractaments suggereixen que les intervencions tenen un efecte limitat quan són implementades en l'adolescència i es considera que els tractaments en grups en adolescents poden portar a un empitjorament dels símptomes fruit de l'exposició a companys delinqüents (Webster-Stratton i Reid, 2010).

Referències

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington DC.

Burke, J.D., Waldman, I., i Lahey, B. (2010). Predictive validity of childhood oppositional defiant disorder and conduct disorder: Implications for the DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 4, 739-751.

Costello, E.,J., Angold, A., Copeland, W.E., Maughan, B., i Rowe, R. (2010). Developmental pathways in Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 726-738.

Drugli, M., Fossum, S., i Larsson, B. (2010). Characteristics of young children with persistent conduct problems 1 year after treatment with the Incredible Years program. *European Child Adolescent Psychiatry*, 19, 559-565.

Drugli, M., Larsson, B., Fossum, S., i Morch, W. (2010). Five to six year outcome and its prediction for children with ODD/CD treated with parent training. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(5), 559-566.

Eyberg, S.M., Nelson, M. i Boggs, S. (2008). Evidence Based Psychosocial Treatments for Children and Adolescents with Disruptive Behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(1), 215-237.

Fergusson, D.M., Boden, J.M., i Horwood, L.J. (2010). Classification of behavior disorders in adolescence: scaling methods, predictive validity, and gender differences. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 699-712.

Forgatch, M.S., i Patterson, G.R. (2010). Parent Management Training-Oregon Model: An intervention for Antisocial Behavior in Children and Adolescents. A. Weiz J.R i Kazdin A.E (Ed.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2nd ed.) (pp 243-258). New York: Guilford Press.

Kazdin, A.E. (2010). Problem-Solving Skills Training and Parent Management Training for Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder. A Weiz J.R. i Kazdin A. E (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2nd ed.) (pp 243-258). New York: Guilford Press.

Kolko, D.J., i Pardini, D.A. (2010). ODD Dimensions, ADHD, and Callous-Unemotional Traits as Predictors of Treatment Response en Children With Disruptive Behavior Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 713-725.

Lochman, J., Boxmeyer, C., Powell, N., Barry, T., i Pardini., D. (2010). Anger Control Training for Aggressive Youths. A Weiz J.R. i Kazdin A. E. (Ed.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2nd ed.) (pp 227-242). New York: Guilford Press.

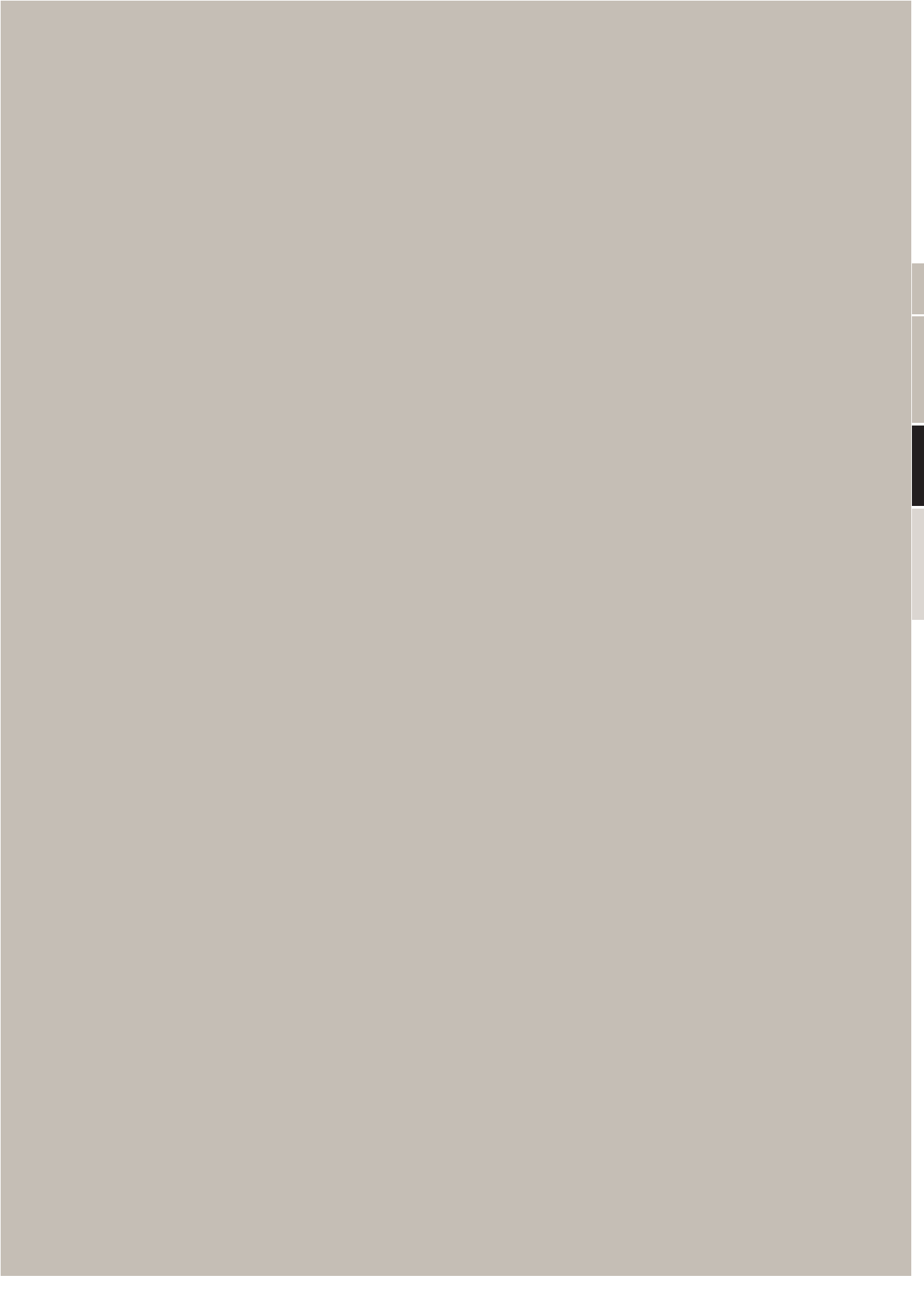
Pardini, D.P., Frick, P.J., i Moffitt, T.E. (2010). Building an Evidence Base for DSM-5 Conceptualizations of Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder: Introduction to the Special Section. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 683-688.

Simith, D.K. i Chamberlain, P. (2010). Multidimensional Treatment Foster Care for Adolescents: Processes and Outcomes. A. Weiz J.R i Kazdin A.E (Ed.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2nd ed.) (pp 243-258). New York: Guilford Press.

Webster-Stratton, C., i Reid, J.M. (2010). The Incredible Years parents, teachers, and children training series: A multifaceted treatment approach for young children with conduct disorders. A Weisz, J.R. i Kazdin, A. E. (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2nd ed.) (pp 194-210). New York: Guilford Press.

Weisz, J.R., i Kazdin, A.E. (2010). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2nd ed.) (pp 194-210). New York: Guilford Press.

Zisser, A i Eyberg, A.E. (2010). Parent-Child Interaction Therapy and the Treatment of Disruptive Behavior Disorders. A Weisz J.R. i Kazdin A. .E. (Ed.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2nd ed.) (pp. 179-192). NY: Guilford Press.



2 | INTRODUCCIÓN

2.2. Avances en Trastornos Exteriorizados en niños y adolescentes: Artículos Teóricos

2.2.2. Trastorns Externalitzants en nens i adolescents (2011)

CD  *scritc* 2.0

Asociación de la
Sociedad Catalana de
Psiquiatría i Teràpia del
Comportament

| <http://cd.scritc.cat/index2011>

Emma Prades¹, Jordi Maurici¹, Gemma Rubio¹ i Esther Trepal¹

¹Fundació Privada Institut de Psicologia.

Introducció

El trastorn Negativista Desafiant (TND) i el Trastorn de Conducta (TC) són Trastorns del comportament pertorbador (TCP) que s'inicien en la infància i en l'adolescència.

Els últims estudis (Emberley i Pelegrina, 2011) que s'han realitzat en població espanyola estimen que un 3,8 % dels nens i nenes entre 12 i 16 anys compleixen criteris de TND i un 1,8 % presenten un TND subclínic.

Al llarg del 2011, s'han continuat trobant estudis que mostren interès per avaluar la relació entre TND i TC i la possible concepció dimensional dels TCP. Tanmateix, diversos autors s'han interessat per la comorbiditat i les diferències de sexe i s'han publicat estudis amb les aportacions de la neurociència i la neuropsicologia. Finalment, també hi ha diverses publicacions sobre l'evidència de diferents programes de tractament.

Relació TND i TC i comorbiditat

Entre els articles que avaluen les relacions entre el TND i el TC trobem una revisió de Loeber i Burke (2011) sobre els patrons de desenvolupament dels problemes externalitzats i internalitzats. Aquests autors sostenen la idea que el TND i el TC són trastorns diferents i que el TND no és una condició prèvia del TC, mentre que el TC sí que prediu de manera clara el Trastorn de Personalitat Antisocial. També senyalen que el TND està més associat que el TC al Trastorn Depressiu (TD). Per altra banda Diamantopoulou, Verhulst, i Van der Ende (2011), estudien l'evolució dels símptomes de TND i de TC des de la primera infància fins a l'adolescència. Aquests autors destaquen que en absència de TDAH, els símptomes de TND no prediuen l'evolució posterior a TC. Investigadors com Keenan, et al. (2011) conclouen que el TC preescolar contribueix a predir el TND, però el TND preescolar no prediu el posterior TC.

Diferències de sexe

L'estudi de les diferències de sexe en els trastorns exterioritzats ha guanyat rellevància en els últims anys. Diversos estudis assenyalen que la prevalença del TND és major en nens que en nenes amb una relació de 4 nens per cada nena (Emberley i Pelegrina, 2011 i Berkout et al. 2011). No obstant això, es qüestiona si aquesta diferència és real o bé un efecte de la definició del trastorn (Trepát i Ezpeleta, 2011). L'estudi de Emberley i Pelegrina i el de Trepát i Ezpeleta (2011) indiquen que les nenes mostren una agressivitat més encoberta, més relacional i menys disruptiva a classe, amb comportaments més subtils i difícils de detectar, i que aquestes variables no s'incorporen en els criteris d'avaluació del DSM-IV. Berkout et al. (2011) revisen la literatura científica dels últims deu anys referent a les diferències en el desenvolupament i expressió del TC en funció del sexe. Aquests autors conclouen que els nois presenten més agressions físiques que les noies des d'una edat molt jove, suggerint una predisposició biològica. En aquesta revisió destaquen que les noies que desenvolupen un TC solen iniciar el trastorn a l'infància, contràriament a les hipòtesis anteriors que suggerien una major prevalença d'inici adolescent en noies. Els resultats proposen que el TC és més greu quan es presenta en noies, donant suport a la hipòtesis paradoxal del sexe. Els estudis de Trepát i Ezpeleta (2011) analitzen les diferències de sexe en la prevalença, simptomatologia, comorbiditat i deteriorament funcional en una mostra d'infants i adolescents diagnosticats de TND. En els nens, el TND presenta major deteriorament funcional en el col·legi i en la comunitat, s'associa amb el TDAH i els símptomes més freqüents són molestar deliberadament i acusar a altres. En les nenes, el TND s'associa amb trastorns depressius i d'ansietat i simptomatologia interioritzada (ansietat, depressió i queixes somàtiques). Aquests resultats suggereixen que l'enfocament terapèutic ha d'incloure elements diferents segons el sexe i remarquen la importància que els programes de prevenció i tractament dirigits a nens haurien de centrar-se en els trastorns exterioritzats, mentre que els dirigits a nenes haurien d'estar dirigits a fomentar estratègies de regulació de l'estat d'ànim. Aquest estudi posa de manifest la necessitat de detecció del TND

en les nenes ja que, al tenir menys deteriorament i més problemes interioritzats, poden no consultar ni rebre ajuda. Segons Kroneman et al (2011) les nenes que presenten trets de fredor emocional i insensibilitat (Callous-unemotional, CU) i que s'exposen a nivells baixos de calidesa parental mostren símptomes particularment greus de TND/TC, fet pel que s'haurien de beneficiar d'una intervenció intensiva a la infància. Segons Hipwell, et al (2011) els símptomes de TC precedeixen a la depressió en noies durant la infància i l'adolescència.

Aportacions de la neurociència

A l'hora d'intentar explicar per què aquests nens mostren una disfunció emocional i una socialització pobre els últims estudis en neuroanatomia (Fahim et al, 2011) suggereixen que el nens amb TCP presenten una disminució de la densitat de la matèria gris en les regions fronto-insulars i un aprimament significatiu de l'escorça cingulo-fronto-insular. L'afectació d'aquestes àrees altera i desorganitza els circuits prefrontals, disminuint la influència inhibidòria que té el còrtex prefrontal en la ràbia, l'agressivitat, la crueltat i la impulsivitat, augmentant així el risc de conductes agressives. Concretament, sembla ser que hi ha anomalies neuro-anatòmiques específiques segons el perfil de simptomatologia dels TCP. El TC està associat a un aprimament significatiu de l'escorça prefrontal medial que es tradueix en un autocontrol socio-emocional inadequat, amb una insensibilitat a les conseqüències futures impossibilitant que la persona modifiqui el seu comportament de risc encara que hi hagin baixes probabilitats de recompensa i explica la baixa resposta al càstig. El TND es troba associat a un aprimament de la zona orbito-frontal, zona implicada en el control inhibitori de les emocions i que seria responsable de les reaccions agressives desproporcionades a qualsevol provocació.

Aportacions de la neuropsicologia

Des de la perspectiva neuropsicològica els últims estudis relacionen els TCP amb afectació en les funcions executives. En l'estudi de Hobson et al. (2011) els nens amb TND i TC i amb TDAH presentaven dificultats en les funcions exe-

cutives fredes o funcions metacognitives. Mentre que els nens amb TC i TND independent del TDAH presentaven un dèficit en funcions executives calentes mesurada amb la tasca Iowa Gambling Task (IGT). Els nens amb TC/TND prenen decisions de major risc, suggerint anormalitats en el control motivacional. En una revisió sobre estudis d'imatge funcional realitzada per Rubia (2011) es conclou que la disfunció executiva "calenta" del sistema orbitofrontal-paralímbic que regula la motivació i l'afecte és el trastorn específic del trastorn de conducta. Aquesta evidència coincideix amb l'estudi anterior i pot tenir implicacions pel diagnòstic diferencial basat en l'anatomia i per a la prevenció i la intervenció. Per últim Finger et al. (2011) estudien la capacitat de resposta neural de joves amb TC/TND amb trets psicopàtics durant la realització d'una tasca d'evitació passiva. Els resultats mostren que els joves amb trets psicopàtics, en relació als joves sans, van mostrar una activitat significativament menor dins de l'escorça orbitofrontal i el nucli caudat, en resposta a l'exposició primerenca als resultats reforçats. D'altra banda, en resposta a la recompensa de respostes correctes, el grup amb trets psicopàtics van mostrar una activitat significativament menor en l'escorça orbitofrontal. L'alteració del funcionament integrat de l'amígdala, el nucli caudat i l'escorça orbitofrontal en joves amb TND/ TC i trets psicopàtics que es descriu en aquest estudi s'associa amb un aprenentatge emocional més lent i més dèbil. En no ser capaços de predir les expectatives de reforç i respondre en conseqüència, aquests joves mostren dificultats per socialitzar-se i són molt propensos a no aprendre dels seu errors.

Tractament

Pel que fa al tractament, les darreres publicacions s'han centrat en avaluar l'evidència científica de diferents programes de prevenció i intervenció primerenca. El The Fast Track Project (Conduct Problems Prevention Research Group, 2011) és un programa d'intervenció preventiva en nens d'alt risc. Aquets grup va utilitzar un mètode de cribratge per detectar els nens amb alt risc de patir un trastorn externalitzant amb un percentatge molt baix de falsos negatius (només el 18%). El programa es centra en sis àmbits:

els resultats escolars, la capacitat social, les relacions amb els iguals, els vincles família-escola, la conducta a classe i les pautes educatives dels pares. Aquest estudi és el primer en demostrar que l'intervenció primerenca pot prevenir i reduir a la meitat l'aparició del TC en el grup de nens d'alt risc a llarg termini, amb uns efectes positius que duren inclús 2 anys després de la intervenció. L'estudi de McMenemy (2011) descriu un programa d'identificació precoç i d'intervenció en pautes educatives per pares anomenat "Els Anys Increïbles" en nens que acudeixen a la revisió pediàtrica del nen sa a l'edat de 2-3 anys i que presenten símptomes primerencs de TDAH i TND. Les mares de l'estudi reporten alts nivells de satisfacció, menys estrés en la criança dels seus fills, més habilitats i tècniques de criança positives i menys utilització de disciplina dura i inconsistent. Les mares també reporten disminució de les conductes agressives, hiperactives i símptomes internalitzats i augment de l'obediència i de la capacitat d'atenció dels seus nens. Els canvis en les habilitats de criança i en el comportament dels seus fills es mantenen inclús al cap de 6 mesos de l'intervenció. Lanza et al. (2011) investiguen els factors que moderen la relació entre la impulsivitat i els trastorns de conducta. Concretament, estudien com la rutina familiar percebuda pel nen modera la relació entre la impulsivitat informada pels mestres i els símptomes del TND. La rutina familiar es refereix al nivell d'estructura, consistència i organització de l'ambient familiar que promouen els pares. Una rutina estructurada facilita la previsibilitat dels senyals a l'entorn dels nen, augmenta l'obediència, fomenta el desenvolupament de la conducta governada per regles i per tant pot disminuir el risc de conductes desafiantes. Els nens amb més alts nivells de rutina familiar presentaven més baixos nivells de simptomatologia de TND, mentre que els nens amb més baixos nivells de rutina familiar presentaven alts nivells de simptomatologia TND segons els mestres. L'estudi de Masi et al. (2011) analitza els factors que prediuen una mala resposta a tractaments psicossocial en nens i nenes amb TCP. Els pacients que tenien una mala resposta al tractament presentaven una severitat major a l'inici del tractament, alts nivells d'agressivitat controlada o no impulsiva i alts nivells de trets CU.

Conclusions

Continuen els estudis centrats en la concepció dimensional dels TCP tot i que hi ha estudis que posen de manifest les diferències entre TND i TC i com el TND no es pot concebre com un estadi previ al TC. L'aprofundiment en el coneixement dels trets de fredor emocional i insensibilitat s'està mostrant imprescindible per identificar els casos de major risc de TC i pitjor pronòstic. Tanmateix, la revisió de la literatura científica posa de manifest la necessitat de realitzar i aprofundir en estudis de diferències de sexe que permetin identificar a tots els casos de TND i dissenyar programes de prevenció i tractament específics per a nens i per a nenes. Hi ha acord de la comunitat científica en la necessitat d'intervenció primerenca i d'implementació de programes de prevenció donada la severitat i alta comorbiditat que presenten els TCP. Els últims avenços en la neuroanatomia i neuropsicologia en els TCP aporten possibles explicacions etiològiques i expliquen perquè aquest infants i, en especial, els que presenten tret CU mostren dificultats en l'aprenentatge emocional i no són capaços d'aprendre del càstig. Finalment, cal ressaltar l'evidència d'eficàcia de diferents programes de prevenció o intervenció primerenca en poblacions de risc que demostren mantenir els seus efectes positius a llarg termini.

Referències

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (4th ed). Washington DC: Author.

Berkout, O.V., Young, J.N. i Gross, A. M. (2011). Mean Girls and Bad boys: Recent research on gender differences in conduct disorder. *Aggression and Violent Behavior*, 16, 503-511.

Bezdjian, S., Krueger, R.F., Derringer, J., Malone, S., McGue, M. i Iacono, W.G. (2011). The structure of DSM-IV ADHD, ODD, and CD criteria in adolescent boys: A hierarchical approach. *Psychiatry Research*, 188, 411-421.

Cosgrove, V. E., Rhee, S.H., Gelhorn, H.L., Boeldt, D., Corley R.C., Ehringer, M.A., Young, S.E. i Hewitt, H.K. (2011). Structure and Etiology of Co-occurring Internalizing and Externalizing Disorders in Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 109-123.

Conduct Problems Prevention Research Group. (2011). The effects of the fast track preventive intervention on the development of conduct disorder across childhood. *Child Development*. 82(1), 331-45.

Demovich, M., Kolko, D.J., Bukstein, O.G., i Hart J. (2011). Medication Refusal in Children with Oppositional Defiant Disorder or Conduct Disorder and Comorbid Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Medication History and Clinical correlates. *Journal of Child and adolescent psychopharmacology*, 21(1), 57-66.

Diamantopoulou, S., Verhulst, F.C. i van der Ende, J. (2011): The parallel development of ODD and CD symptoms from early childhood to adolescence. *Europe Child Adolescence Psychiatry*, 20, 301-309.

Drabick, D.A.G., Bubier, J., Chen, D., Price, J. i Lanza, H.I. (2011). Source-specific Oppositional Defiant Disorder among Inner-city children: Prospective Prediction and Moderation. *Journal Clinical Child Adolescence Psychology*, 40(1), 23-35.

Emberley, E. i Pelegrina, M. (2011). Prevalencia, sintomatología y distribución del trastorno negativista desafiante. *Psicothema*, 23(2), 215-220.

Fahim, C., Yong He, Y., Yoon, U., Chen, J., Evans, A. And Perusse, D. (2011) Neuroanatomy of Childhood Disruptive Behavior Disorders. *Aggressive Behavior*, 37, 326-337.

Finger E.C., Marsh A.A., Blair K.S., Reid M.E., Sims C., Ng P, Pine D.S. and Blair R.J. (2011). Disrupted reinforcement signaling in the orbitofrontal cortex and caudate in youths with conduct disorder or oppositional defiant disorder and a high level of psychopathic traits. *American Journal of Psychiatry*. 168(2), 152-62.

Hipwell, A., Stepp, S., Feng, X., Burke, J., Battista, D.R., Loeber, R. i Keenan, J. (2011). Impact of oppositional defiant disorder dimensions on the temporal ordering of conduct problems and depression a cross childhood and adolescence in girls. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(10), 1099-1108.

Hobson, C.W, Scott, S. and Rubia, K. (2011). Investigation of cool and hot executive function in ODD/CD independently of ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(10), 1035-1043.

Keenan, K., Boeldt, D., Chen, D., Coyne, C., Donald, R., Duax, J., Hart, K., Perrott, J., Strickland, J., Danis, B., Hill, C., Davis, S., Kampani, S. i Humphries, M. Predictive validity of DSM-IV oppositional defiant and conduct disorders in clinically referred preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(1), 47-55.

Kroneman, L., Hipwell, A., Loeber, R., Koot, H. i Pardini, D. (2011). Contextual Risk Factors as Predictors of Disruptive Behavior Disorder Trajectories in Girls: The Moderating Effect of Callous- Unemotional Features. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(2), 167-175.

Lanza H.I and Drabick DA. (2011). Family routine moderates the relation between child impulsivity and oppositional defiant disorder symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 39(1), 83-94.

Loeber, R. i Burke, J. (2011) Developmental Pathways in Juvenile Externalizing and Internalizing Problems. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 34-46.

McMenamy J., Sheldrick R.C., Perrin E.C. (2011). Early intervention in pediatrics offices for emerging disruptive behavior in toddlers. *Pediatrics Health Care*. 2, 77-86.

Masi, G., Manfredi, A., Milone, A., Muratori, P., Polidori, L., Ruglioni, .D., and Filippo Muratori, M.D (2011). Predictors of Nonresponse to Psychosocial Treatment in Children and Adolescents with Disruptive Behavior Disorders Gabriele. *Journal Of Child And Adolescent Psychopharmacology*, 21(1), 51-55.

Moffit TE, Arseneault L, Jaffee SR, Kim-Cohen J, Koenen KC, Odgers CL, Slutske WS, Viding E.(2008). DSM-V conduct disorder: research needs for an evidence base. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 3-33.

Munkvold, L.H., Lundervold, A.J. i Manger, T. (2011). Oppositional Defiant Disorder-Gender Differences in Co-occurring Symptoms of Mental Health Problems in General Population of Children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 577-587.

Poulton, A.S. (2011). Time to redefine the diagnosis of oppositional defiant disorder. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 47, 332-334.

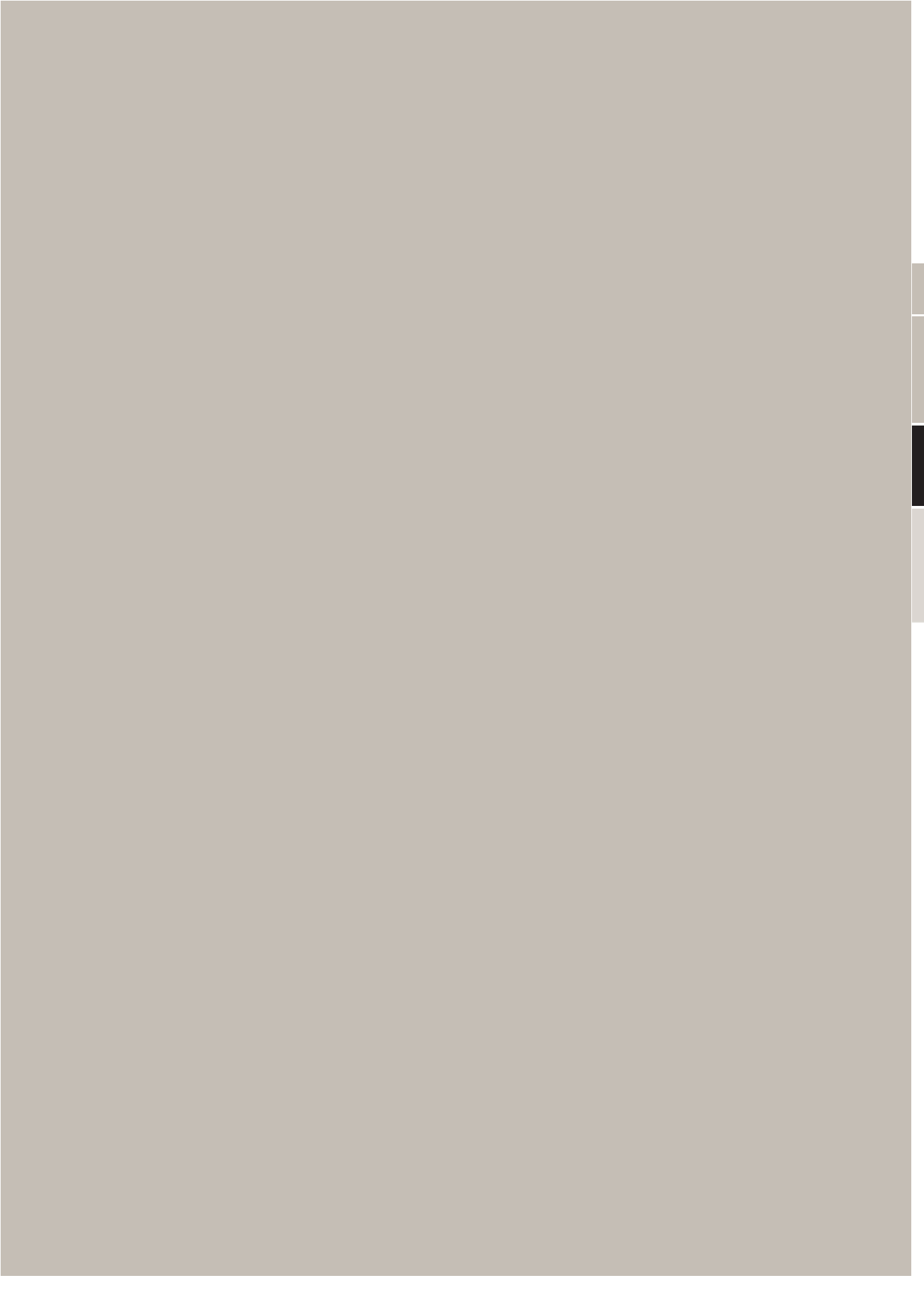
Rubia, K. (2011). “Cool” inferior frontostriatal dysfunction in attention-deficit/hyperactivity disorder versus “hot” ventromedial orbitofrontal-limbic dysfunction in conduct disorder: a review. , 15(12), 69-87.

Schutter, J.L.G, van Bokheven, i., Vanderschuren, J.M.J., Lochman, J.E. i Matthys, W. (2011). Risky Decision Making in Substance Dependent Adolescents with a Disruptive Behavior Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 577-58.

Sokhadze, E., Stewart, C.M., Tasman, A., Daniels, R. i Trudeauau, D. (2011). Review of Rationale for Neurofeedback Application in Adolescent Substance Abusers with Comorbid Disruptive Behavioral Disorders. *Journal of Neurotherapy: Investigations in Neuromodulation, Neurofeedback and Applied Neuroscience*, 15(3), 232-261.

Steiner, H., Silverman, M., Karnik, N.S., Huemer, JH., Plattner, B., Clark, C.E., Blair, J.R. i Haapanen, R. (2011). Psychopathology, trauma and delinquency: subtypes of aggression and their relevance for understanding young offenders. *Child and Adolescent Psychiatry and mental Health*, 5, 21-32.

Trepat, E i Ezpeleta, L. Sex differences in oppositional defiant disorder. *Psicothema*, 23(4), 666-671.



2| INTRODUCCIÓN

2.2. Avances en Trastornos Exteriorizados en niños y adolescentes: Artículos Teóricos

2.2.3. Trastorns Externalitzants en nens i adolescents (2012)

CD  *scritc* 2.0

Asociación de la
Sociedad Catalana de
Psiquiatría (Trastorno de
Competencia)

| <http://cd.scritc.cat/index2012>

Esther Trepatal¹, Emma Prades¹, Gemma Rubio¹, Eva Valcárcel i Judith Comajuan¹.

¹Fundació Privada Institut de Psicologia.

Introducció

Al llarg del 2012 hi ha hagut nombroses publicacions referents als trastorns externalitzants en nens i adolescents. Es constata que continua sent un àmbit d'interès i d'estudi la relació entre els diferents trastorns externalitzants, intentant trobar indicadors de símptomes i trastorns que puguin predir el pronòstic i la severitat dels problemes de conducta a l'adolescència i a la vida adulta. És en aquest sentit que pren rellevància l'estudi del tret d'insensibilitat i fredor emocional (Callous-Unemotional, CU). La Neurociència ha continuat avançant i realitzant aportacions interessants, tant a nivell neurofisiològic com a nivell dels processos d'aprenentatge i disfuncions neurocognitives. Concretament, hi ha diverses publicacions que estudien el substrat neurofisiològic dels trastorns de conducta (TC) i, específicament, del tret d'insensibilitat i fredor emocional (CU). Tanmateix, hi ha publicacions referents a les disfuncions neurocognitives que afecten al processos d'aprenentatge social en els trastorns externalitzants. Finalment, hi ha nous estudis que aporten dades sobre l'evidència de l'eficàcia de determinats programes de prevenció i de tractament dels problemes conductuals.

Tret d'insensibilitat i fredor emocional (Callous-Unemotional, CU).

Al llarg d'aquest any, s'ha incrementat el número d'investigacions referents al tret d'insensibilitat i fredor emocional. Diverses investigacions suggereixen que la presència del tret d'insensibilitat i fredor emocional té un gran valor predictiu de problemes de conducta severs i persistents al llarg de la vida. Es relaciona amb el pronòstic, ja que contribueix a l'increment de conductes antisocials i provoca una resposta diferent als reforços típics de socialització (Viding, & McCrary, 2012).

L'article de Sakai, Dalwani, Gelhorn, Mikulich-Gilbertson i Crowley (2012) així com el de Feilhauer, Cima, i Arntz, (2012) realitzen diferents estudis que

destaquem per la proposta de diferents instruments d'avaluació del tret d'insensibilitat i fredor emocional.

Pardini et al. (2012) identifiquen dins del grup amb diagnòstic de TC subtipus CU a un grup de noies joves que tenen menors problemes d'ansietat, més problemes de conducta severa, problemes de rendiment escolar i major impediment funcional que les noies diagnosticades només de TC sense CU. El TC subtipus UC també s'ha relacionat amb un major risc d'ús i abús de consum de tòxics (Wymbs et al., 2012).

Aportacions de la Neurociència

Comença a haver dades en la literatura científica que ajuden a entendre les variables neurofisiològiques involucrades en els trastorns externalitzants. Els joves i adults amb trets psicopàtics i amb TC difereixen de la població normal en diversos aspectes neurològics i fisiològics. Algunes d'aquestes diferències, segons els estudis, són: una menor resposta a expressions de por (especialment al lòbul parietal superior i solc parietal inferior dret) en joves condemnats per crims violents amb TC i trets psicopàtics (White et al., 2012). Cheng, Hung i Decety (2012) observen amplituds més fortes de potencials cerebrals positius tardans (associades amb trets psicopàtics més elevats i llinars al dolor també més elevats); els joves amb trets elevats de CU presenten un llindar més alt per al dolor físic; així mateix, aquests trets implicarien una resposta més lenta de l'arousal afectiu davant estímuls que activarien l'empatia i la ressonància emocional. En conseqüència, els autors conclouen que el problema d'empatia en joves amb CU no es deu a una habilitat menor per entendre les emocions dels altres, sinó al fet de tenir una menor activació emocional davant el malestar dels altres.

D'altra banda, hi ha estudis que intenten determinar si el concepte de psicopatia és o no un constructe unitari. Kimonis, Frick, Cauffman, Goldweber i Skeem (2012) avaluen el processament emocional en joves condemnats per crims violents, establint dos subgrups, un amb elevat nivell de trets de CU i l'altre amb baix nivell d'aquests trets. Els resultants mostren dos grups diferenciats, especialment en el grau d'ansietat experimentat i en l'historial

d'antecedents de maltractament a la infància. La variable CU no estableix una diferència significativa. Resultats consistents amb la literatura científica indiquen que el constructe psicopatia és heterogeni. Com a conseqüència dels avenços en aquest àmbit, s'ha començat a treballar en un enfocament psiconeuromètric que es focalitza en variables disposicionals àmplies compartides per diferents trastorns i en els rols específics que juguen els seus mecanismes etiològics. El fet d'emprar aquest enfocament facilitaria poder establir indicadors neurobiològics més directes i fiables. Globalment, proveiria un camí de dues direccions en el qual les concepcions conductuals poden guiar els esforços per a identificar circuits neurobiològics clínicament rellevants i, recíprocament, amb el coneixement adquirit sobre processos/circuits rellevants a nivell neurobiològic es pot donar *feed-back* a les concepcions conductuals dels desordres clínics.

Tanmateix, hi ha publicacions amb aportacions significatives pel que fa als processos d'aprenentatge i les funcions cognitives de les persones diagnosticades de TND i TC. Matthys, Vanderschuren, Schutter i Lochman, (2012) presenten una conceptualització del Trastorn Negativista Desafiant (TND) i del TC segons la qual els processos d'aprenentatge social en aquests trastorns es veurien afectats per disfuncions neurocognitives. Els estudis neurobiològics en TC i TND suggereixen que la capacitat de fer associacions entre les conductes i les conseqüències positives i negatives es veu compromesa en nens i adolescents amb aquests trastorns, a causa d'una menor sensibilitat al càstig i a la recompensa. Com a resultat, tant l'aprenentatge del comportament apropiat com l'aprenentatge per abstenir-se de un comportament inadequat pot veure's afectada. De la mateixa manera, la resolució de problemes es veu afectada a causa de les deficiències en la inhibició, l'atenció, la flexibilitat cognitiva i la presa de decisions. En conseqüència, els nens i adolescents amb TND i TC poden tenir dificultat per aprendre a optimitzar el seu comportament en entorns canviants. Aquesta conceptualització del TND i TC és rellevant per a la millora dels efectes dels tractaments psicològics. Les intervencions conductuals i cognitivoconductuals que han demostrat ser moderadament eficaces en TND i TC es basen en l'aprenentatge social. L'eficàcia d'aquestes intervencions pot veure's limitada per les dificultats en l'aprenentatge social en nens i adolescents amb TND i TC. No obstant això, encara que aquestes alteracions s'han observat a nivell de grup, les deficiències en el proces-

sament de recompensa, el processament de càstig i el control cognitiu esmentat anteriorment poden no estar presents en la mateixa mesura en cada individu amb TND i TC. Per tant, les característiques neurocognitives en els nens i adolescents amb TND i TC han de ser avaluades individualment. Així, en lloc de realitzar intervencions de manera estandarditzada, aquests programes es poden beneficiar d'un enfocament individualitzat que depèn de les debilitats i fortaleces de les característiques neurocognitives de l'infant i l'adolescent.

Prevenció i tractament

La investigació sobre la prevenció i el tractament precoç dels problemes de conducta és crucial ja que l'aparició primerenca d'aquests trastorns (TND / TC) apareix com el factor de risc conductual més important que prediu el comportament antisocial durant l'adolescència.

Els tractaments empíricament validats per a nens preescolars amb problemes de comportament agressiu (Baker-Henningham, Scott, Jones, & Walker, 2012; Somech & Elissur, 2012), suggereixen que el treball conjunt amb els pares, professors i els propis nens, pot perfeccionar la competència emocional i reduir l'aparició primerenca de l'agressió de manera significativa amb resultats sostinguts. Hi ha diversos estudis que indiquen que els tractaments per a nens de preescolar amb problemes de conducta poden conduir a reduccions en els trets CU a través del temps (Somech & Elissur, 2012).

Les publicacions de Enebrink, Högström, Forster, i Ghaderi (2012) descriuen la implementació d'un programa d'entrenament a pares utilitzant un model que combina la informàtica amb la intervenció professional a través de trucades telefòniques o missatges electrònics. Els resultats recolzen la eficàcia terapèutica d'aquesta modalitat d'intervenció. Els efectes positius sobre els problemes de conducta es van mantenir als 6 mesos de seguiment. L'ús de les noves tecnologies ofereix una modalitat d'intervenció que s'adapta a les necessitats del usuari facilitant l'accés a tractaments o intervencions basades en l'evidència. L'eficàcia, el baix cost i la major accessibilitat

d'aquesta modalitat d'intervenció possibilita que formi part dels primers nivells d'atenció en un model d'atenció esglaonada.

Aquest any, també, hi ha diversos estudis que avaluen l'eficàcia del programa de tractament *US Incredible Year Series* en les seves diferents versions i en la seva aplicació a diversos contextos (Baker-Henniman et al, 2012; McGilloway et al, 2012; Posthumus, Raaijmakers, Maassen, Van Engeland & Matthys (2012). En un altre estudi Van Ryzin i Dishion (2012), avaluen l'impacte de la intervenció centrada a la família en el context del comportament antisocial adolescent. Van Ryzin i Dishion (2012) proposen tres tipus diferents de famílies que requeriran aproximacions d'intervenció diferents: Les famílies amb alt conflicte familiar requeriran d'entrenament en comunicació i resolució de conflictes. Per contra, les famílies amb baix nivell de conflicte amb història de processos coercitius requeriran d'assistència per tal de tornar a implicar-se en activitats de maneig familiar. Les famílies amb baix nivell de conflicte amb pares amb conductes desviades, i que donen un model negatiu, requeriran d'una intervenció dirigida a identificar i rectificar els patrons de comportament desviats que han estat aprovats, de manera tàcita o explícita, per part dels pares. Per últim, cal destacar l'aproximació interventiva centrada en l'individu, i no en la família com les anteriors. En aquest sentit, Salekin, Tippey i Allen (2012) avaluen el tractament de joves amb problemes de conducta amb trets interpersonals d'insensibilitat.

Referències

Baker-Henningham, H., Scott, S., Jones, J. & Walker, S. (2012) Reducing child conduct problems and promoting social skills in a middle-income country: cluster randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 201, 101–108.

Cheng, Y., Hung A. & Decety, J. (2012). Dissociation between affective sharing and emotion understanding in juvenile psychopaths. *Development and Psychopathology*, 24, 623-636.

Enebrink, P., Högström, J., Forster, M., & Ghaderi, A. (2012). Internet-based parent management training: A randomised controlled study. *Behavior Research and Therapy*, *50*, 240–249.

Feilhauer, J., Cima, M. & Arntz, A. (2012). Assessing callous unemotional traits across different groups of youths: further cross-cultural validation of the inventory of callous unemotional traits. *International Journal of Law and Psychiatry*, *35*, 251-252.

Kimonis, E.R., Frick, P.F., Cauffman, E, Goldweber, A. & Skeem, J. (2012). Primary and secondary variables of juvenile psychopath differ in emotional processing. *Development and Psychopathology*, *24*, 1091-1103.

Matthys, W., Vanderschuren, L.J., Schutter, D.J., & Lochman, J. E. (2012). Impaired Neurocognitive Functions Affect Social Learning Processes in Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder: Implications for Interventions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *15*, 234-246.

McGilloway, S., Hyland, L., NiMhaille, G., Lodge, A., O'Neill, D., Kelly, P. et al. (2012). Positive Classrooms, Positive Children A Randomised Controlled Trial to Investigate the Effectiveness of the Incredible Years Teacher Classroom Management Programme in an Irish Context (Short-term Outcomes). National University of Ireland, Maynooth.

Pardini, D., Stepp, S., Hipwell, A., Stouthamer-Loeber, M. & Loeber, R. (2012). The Clinical Utility of the Proposed DSM-5 Callous-Unemotional Subtype of Conduct Disorder in Young Girls. *Journal American Academy Child and Adolescent Psychiatry* *51*(1): 62-73.e4. doi: 10.1016/j.jaac.2011.10.005.

Posthumus, J., Raaijmakers, M., Massen, G., Van Engeland, H., & Matthys, W. (2012). Sustained effects of Incredible Years as a preventive intervention in preschool children with conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *40*, 487-500.

Sakai, J.T., Dalwani, M.S., Gelhorn, H.L., Mikulich-Gilbertson, S.K., & Crowley, T.J. (2012). A Behavioral Test of Accepting Benefits that Cost Others: Associations with Conduct Problems and Callous-Unemotionally. *Plos one* 7(4): e36158. doi: 10.1371/journal.pone.0036158.

Salekin, R., Tippey, J., & Allen, A. (2012). Treatment of Conduct Problem Youth with Interpersonal Callous Traits Using Mental Models: Measurement of Risk and Change. *Behavioral Sciences and the Law*, 30, 470-486.

Somech, L.Y., & Elizur, Y. (2012). Promoting Self-Regulation and Cooperation in Pre-Kindergarten Children With Conduct Problems: A Randomised Controlled. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51, 412-422.

Van Ryzin, M.J., & Dishion, T.J. (2012). The impact of a family-centered intervention on the ecology of adolescent antisocial behavior: Modeling developmental sequel and trajectories during adolescence. *Development and Psychopathology*, 24, 1139-1155.

Viding, E., & McCrary, E.J. (2012). Why should we care about measuring callous-unemotional traits in children?. *The British Journal of Psychiatry*, 200, 177-178.

White, S.F., Williams, W.C., Brislin, S.J., Sinclair, S., Blair, K.S., Fowler, K.A., ... James Blair, R. (2012). Reduced activity within the dorsal endogenous orienting of attention network to fearful expression in youth with disruptive behavior disorders and psychopathic traits. *Development and Psychopathology*, 24, 1105-1116.

Wymbs, B., McCarthy, C., King, K., McCauley, E., Vander Stoep, A., ... Waschbusch, D.A. (2012). Callous-Unemotional Traits as Unique Prospective Risk Factors for Substance Use in Early Adolescent Boys and Girls. *Journal of Abnormal Child Psychology* 40: 1099-1110 doi 10.1007/s10802-012-9628-5.

2| INTRODUCCIÓN

2.2. Avances en Trastornos Exteriorizados en niños y adolescentes: Artículos Teóricos

2.2.4. Trastorns Externalitzants en nens i adolescents (2013)

CD  *scritc* 2.0

Asociación de la
Sociedad Catalana de
Investigación y Tratamiento
de la Conducta

| <http://cd.scritc.cat/index2012>

Esther Trepal¹, Emma Prades¹

¹Fundació Privada Institut de Psicologia.

Introducció

Al llarg de l'any 2013, cal destacar el protagonisme que ha tingut la publicació, al maig, de l'edició del nou Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals, cinquena edició, (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013). El DSM-5 introdueix algunes modificacions en el diagnòstic del Trastorn Negativista Desafiant (TND) i en el diagnòstic del Trastorn de Conducta (TC) que recullen les aportacions que en els darrers anys s'estaven fent sobre la presència del tret d'insensibilitat i fredor emocional (Callous-Unemotional, CU) en els trastorns externalitzants. En conseqüència, al llarg d'aquest any, gran part de la literatura científica dels trastorns externalitzants ha continuat aportant dades sobre el CU. En una altra línia d'investigació, i de manera complementària, durant aquest mateix període, hi han hagut noves publicacions sobre la concepció dimensional dels trets psicopàtics. Finalment, calen destacar els nous estudis sobre l'eficàcia de la Teràpia Cognitivoconductual en la prevenció i tractament dels trastorns externalitzants.

El DSM-5

La recent publicació de la última versió del DSM-5, ha introduït alguns canvis en la organització dels trastorns. S'ha eliminat l'apartat de trastorns de la conducta pertorbadora. El Trastorn per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat s'ha separat dels trastorns de conducta. Aquests s'han inclòs en el capítol de Trastorns Destructius del Control d'Impulsos i de la Conducta. S'han agrupat en un mateix capítol el TND, el Trastorn Explosiu Intermitent, el TC, el Trastorn de la Personalitat Antisocial, Piromania i Cleptomania. En referència al TND s'han agrupat els símptomes en 3 grups (irritabilitat, discussions/actitud desafiant i venjatiu). En aquesta línia, Kuny et al. (2013) destaquen la necessitat de conèixer les diferents dimensions que es poden donar dins del TND per tal de poder identificar les diferents trajectòries associades a comorbiditat i pronòstic. En els resultats

del seu estudi s'observa que aquells nens diagnosticats de TND amb major presència dels símptomes associats a irritabilitat i no desafiants tenen majors complicacions amb trastorns d'ànim i ansietat associats, mentre que en els nens desafiants sense irritabilitat s'incrementa el risc de desenvolupar un TC.

Respecte al TC, els criteris diagnòstics es mantenen sense canvis però s'introdueix en el diagnòstic haver d'especificar si el TC es presenta amb "amb emocions prosocials limitades" (manca de remordiments o culpabilitat, insensible o manca d'empatia, despreocupat del seu rendiment i afecte superficial o deficient).

Tret d'insensibilitat i fredor emocional (*Callous-Unemotional*, CU)

El nou especificador d'emocions prosocials limitades del TC que ha inclòs el DSM5 és l'equivalent al conegut CU. Aquest nou especificador es basa en molts estudis que han demostrat que els trets CU són relativament estables a través de la infància i l'adolescència i que aquests tendeixen a estar associats amb problemes de conducta més severs, amb delinqüència o agressió, i amb una heretabilitat més alta. En aquest sentit cal destacar l'interessant estudi de Frick, Ray, Thornton i Kahn (2013). Així mateix, Buitelaar et al. (2013) obtenen que els nens i adolescents amb TC amb i sense trets CU difereixen en el seu desenvolupament emocional i cognitiu i en les característiques de la personalitat. A més, la resposta al tractament conductual en els adolescents amb alts trets CU sembla ser més pobre. Refereixen també que els estudis epidemiològics indiquen que el 2,9% de la població pediàtrica té trets alts de CU, mentre que només un terç d'aquests nens (per tant menys de 1% de la població) també compleixen amb els criteris de TC.

Es continuen fent esforços en la validació de proves d'avaluació del tret de CU. Ezpeleta, de la Osa, Granero, Penelo i Doménech (2013) han validat l'Inventari de Trets del CU en una mostra espanyola comunitària de preescolars.

Trets psicopàtics

Cal destacar l'article de da Silva, Rijo i Salekin (2013) que realitzen una correcta revisió sobre els trets psicopàtics en nens i adolescents, la seva avaluació, la comorbiditat, la psicopatia i les diferències de sexe i el tractament. La bibliografia científica actual dóna suport a la validesa d'un enfocament dimensional dels trets psicopàtics, tant en nens com en adults. Feilhauer i Cima (2013) destaquen que el constructe de psicopatia està format per tres dimensions: una dimensió narcisista, una dimensió d'insensibilitat i fredor emocional i una tercera dimensió d'impulsivitat. La dimensió narcisista està particularment associada a una major capacitat d'intel·ligència en general i verbal mentre que la dimensió d'insensibilitat i fredor emocional es relacionen amb una intel·ligència verbal i general més baixa. Mentre que alguns estudis posen de manifest la rellevància de la dimensió narcisista en l'aparició de l'agressió proactiva, altres atribueixen aquesta funció a la dimensió d'insensibilitat i fredor emocional. La investigació futura haurà d'aportar noves dades sobre si totes dues dimensions (la insensibilitat i el narcisisme) són crucials en l'agressió proactiva. La dimensió d'impulsivitat sembla estar particularment relacionada amb l'agressió reactiva.

Altres estudis han trobat que nivells elevats de trets psicopàtics als 16 anys d'edat s'associen amb nivells més baixos d'empatia afectiva i cognitiva al final de l'adolescència (19 anys), amb diferències moderades per el sexe. Els resultats també van aportar dades sobre el desenvolupament de la capacitat d'empatia en adolescents amb nivells alts o baixos de trets psicopàtics i es va observar que l'empatia augmenta amb el pas del temps en els dos grups (Brouns et al., 2013).

Pel que fa a les emocions, la literatura apunta a nivells baixos de cortisol en resposta al l'estrès com a únic marcador biològic per a la dimensió d'insensibilitat i fredor emocional (Polier et al., 2013). Els resultats confirmen l'existència de diferents perfils psicopàtics amb diferents combinacions basades en la posició del nen en cada dimensió (Feilhauer, & Cima, 2013).

Prevenció i tractament

El passat mes d'abril de 2013 el *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) del Regne Unit va publicar una nova guia per a la detecció, l'avaluació, la intervenció i el tractament dels trastorns de conducta i les conductes antisocials en nens i joves. Pilling, Gould, Whittington, Taylor, & Scott (2013) publiquen un resum de la guia NICE on confirmen que els programes de formació de pares són molt efectius i que hi ha una àmplia evidència de més de 60 estudis aleatoritzats i controlats. Recomanen amb un grau d'evidència *alt-moderat* els programes de formació per pares de fills d'edat entre 3-11 anys que tenen o estan en alt risc de TND o TC. Tant la guia NICE com les dades de revisions recents destaquen que l'entrenament conductual a pares és el tractament d'elecció per les famílies de nens més petits i que la mida de l'efecte d'aquest tipus d'intervencions disminueix en augmentar l'edat (Buitelaar 2013). La guia NICE també recomana la prevenció primerenca mitjançant programes d'educació social-emocional i resolució de problemes per a nens d'edats compreses entre 3-7 anys, en risc de desenvolupar un TND o un TC. Recomanen *amb un nivell d'evidència alt-moderat* que les intervencions es centrin en augmentar la consciència dels nens sobre si mateixos i sobre les emocions dels altres, ensenyar autocontrol de les emocions i del comportament, promoure un concepte positiu de si mateix i de les bones relacions amb els companys i desenvolupar habilitats per resoldre problemes.

Les darreres publicacions s'han centrat en avaluar l'evidència científica de diferents programes de prevenció i intervenció primerenca. Studs i van Zyl (2013) destaquen la necessitat de detectar problemes de conducta en preescolars per tal de poder iniciar intervencions primerenques. En el seu estudi proposen diferents ítems de cribatge que permetin identificar nivells subclínic i clínic de TC en les primeres edats escolars (dels 3 als 5 anys). També en aquesta línia cal destacar el *The Fast Track Project* (Dodge, & Godwin, 2013) que és un programa d'intervenció preventiva per a nens que mostren comportaments agressius en edat preescolar. La intervenció va disminuir de manera significativa el comportament antisocial durant els 5 anys del tractament i dos anys després de finalitzar-lo. Va millorar la cognició social

dels nens a l'augmentar les habilitats dels nens per reconèixer les seves emocions, al disminuir les atribucions hostils, al generar una major capacitat de respostes competents i a l'avaluar negativament les respostes agressives. Concretament es va trobar que la millora de la cognició social a la primària explicava parcialment la reducció de la conducta antisocial a l'adolescència.

Fins ara, pocs estudis han examinat les primeres manifestacions a l'edat preescolar del que pot evolucionar a un tret CU. L'estudi de Hyde et al. (2013) estudia el que anomena els comportaments enganyosos – insensibles (E-I) que representen les primeres manifestacions a l'edat preescolar del que pot evolucionar a un tret CU. Els comportaments que s'agrupen en aquest factor són: no sembla sentir-se culpable després de portar-se malament, el càstig no sembla canviar el seu comportament, egoista o es nega a compartir, enganya i manipula, diu mentides. Els seus resultats suggereixen que els comportaments E-I poden començar a mesurar-se de manera fiable a partir dels 3 anys identificant els nens amb una trajectòria més greu de problemes de conducta durant la primera infància. A més, l'estudi demostra que els comportaments de E-I durant aquest període d'edat no disminueixen l'eficàcia d'un programa de criança centrada amb els pares. Aquests resultats també suggereixen que l'entrenament a pares durant els primers anys de vida és igualment eficaç per als nens, independentment de seus comportaments I-E.

Aquest any, també, hi ha un estudi que ha tornat a demostrar l'efecte positiu del programa de tractament *US Incredible Year Series* en el nen amb TND. Encara que la majoria de nens no van rebre un diagnòstic de TND després del tractament, al voltant d'un terç dels nens continuaven complint algun criteri diagnòstic de TND després del tractament, i diversos símptomes continuaven presentant-se sovint. Masi et al. (2013) posen de relleu la importància d'una avaluació acurada de les característiques clíniques basals de funcionament i de les característiques psicopatològiques, així com l'avaluació dels trets psicopàtics, per poder identificar els pacients de pitjor pronòstic i dissenyar per aquests un tractament específic.

Referències

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Disorders*, DSM-5 TM(5th ed). Washington, DC: Author.

Brouns, B.H.J., Wied, M. A, Keijsers, L, Branje, S, van Goozen, M, & Meeus, W.H.J. (2013). Concurrent and prospective effects of psychopathic traits on affective and cognitive empathy in a community sample of late adolescent. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(9), 969-976.

Buitelaar, J.K., Smeets, K.C., Herpers, P., Scheepers F., Glennon, J., & Rommelse, N.N.J. (2013). Conduct disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(1), 49-54. doi: 10.1007/s00787-012-0361-y.

Da Silva, R. D, Rijo, D., & Salekin, R.T. (2013). Child and adolescent psychopathy: Assessment issues and treatment needs. *Aggression and Violent Behavior*, 18, 71-78.

Dodge, K.A., & Godwin, J. (2013). The Conduct Problems Prevention Research Group Social-Information-Processing Patterns Mediate the Impact of Preventive Intervention on Adolescent. *Antisocial Behavior Psychology Science*, 24(4), 456–465. doi:10.1177/0956797612457394.

Ezpeleta, L., de la Osa, N., Granero, R., Penelo, E., & Domènech, JM. (2013). Inventory of callous-unemotional traits in a community sample of preschoolers. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42(1), 91-105. doi: 10.1080/15374416.2012.734221.

Feilhauer, J., & Cima, M. (2013). Youth psychopathy: Differential correlates of callous-unemotional traits, narcissism, and impulsivity. *Forensic Science International*, 224, 1-7.

Frick, P.J., Ray, J. V., Thornton, L. C., & Kahn, R. E. (2013). Annual research review: A developmental psychopathology approach to understanding callous-une-motional traits in children and adolescents with serious conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Doi:10.1111/jcpp.12152.

Hobbel, S., & Drugli, M.B. (2013). Symptom changes of oppositional defiant disorder after treatment with the Incredible Years Program. *Nord Journal Psychiatry*, 67, 97-103. doi:10.3109/08039488.2012.685888.

Hyde, L., Shaw, D.S., Gardner, F. Cheong, J., Dishion, T.J., & Wilson M. (2013). Dimensions of callousness in early childhood: Links to problem behavior and family intervention effectiveness. *Development and Psychopathology*, 25, 347–363. doi:10.1017/s0954579412001101.

Kuny, A. V, Althoff, R. R, Copeland, W, Bartels, M. Bejsterveldt, V., Baer, J., & Hudziak, J.J. (2013). Separating the domains of Oppositional Behavior: Comparing latent models of the Conner' Oppositional Subscale. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Doi 10.1016/j.jaac.2012.10.005.

Masi, G., Muratori, P., Manfredi, A., Lenzi, F., Polidori, L., Ruglioni, L., Muratori, F., & Milone, A. (2013). Response to treatments in youth with disruptive behavior disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 1009–1015.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2013). *Antisocial behavior and conduct disorders in children and young people: recognition, intervention and management*. Nice Clinical Guideline 158.<http://guidance.NICE.org.uk/cg158>.

Pilling, S., Gould, N., Whittington, C., Taylor, C., & Scott S. (2013). Recognition, intervention, and management of antisocial behavior and conduct disorders in children and young people: summary of NICE-SCIE guidance. *British Medical Journal*. Doi:10.1136/bmj.f1298.

Reidy, D., Kearns, M. C., & DeGue, S. (2013). Reducing psychopathic violence: A review of the treatment literature. *Aggression and Violent Behavior, 18*, 527–538.

Studs, C. R., & van Zyl. M. A. (2013). Identification of developmentally appropriate screening items for disruptive behavior problems in preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology, 41*, 851-863. Doi: 10.1007/s10802-013-9738-8.



3| OBJETIVOS

*“La menor parte de lo que ignoramos,
es mayor de todo cuanto sabemos”.*

Platón

El objetivo general de este compendio ha sido estudiar las diferencias de sexo en el Trastorno Negativista Desafiante (TND) y posibles variables moderadoras/mediadoras en la asociación entre factores de riesgo y el TND.

A continuación se describen los objetivos específicos propuestos en cada uno de los artículos que constituyen este compendio:

3.1. Divulgar entre los profesionales de la psicología clínica de Cataluña los avances recogidos sobre los trastornos exteriorizados en la literatura científica de los años 2010-2013 (artículos teóricos T1, T2, T3, T4 incluidos en la introducción).

3.2. Analizar las diferencias de sexo en la prevalencia, sintomatología, comorbilidad y deterioro funcional en pacientes externos de 8 a 17 años con Trastorno Negativista Desafiante (artículo empírico E1: *Sex differences in Oppositional Defiant Disorder*, incluido en los resultados).

3.3. Evaluar el papel mediador de determinadas prácticas parentales en la relación entre la psicopatología de los padres y el TND de los hijos en preescolares (artículo empírico E2: *Parenting practices as mediating variables between parents' psychopathology and Oppositional Defiant Disorder in preschoolers*, incluido en los resultados).

4| MÉTODO

“La ciencia es un método lógico de proceder para adquirir nuevos conocimientos. Todos somos científicos cuando somos niños, pero al crecer, sólo algunos conservan un poco de esa curiosidad que es la madre de la ciencia”.

Juan Aguilar

A continuación se especifica la metodología seguida en cada estudio.

4.1. Participantes

Para cumplir los objetivos propuestos en cada estudio se han utilizado las siguientes muestras:

Muestra utilizada para el estudio de las diferencias de sexo en la prevalencia, sintomatología, comorbilidad y deterioro funcional en pacientes externos con Trastorno Negativita Desafiante (artículo E1).

De un total de 689 niños de 8 a 17 años procedentes de tres centros de asistencia psiquiátrica primaria para niños y adolescentes de la red pública del área de Barcelona seleccionados por su disponibilidad, participaron 343 niños con el diagnóstico de Trastorno Negativita Desafiante ($N = 199$ niños; 58%). La edad media de los participantes era de 13,3 años ($DE = 2,3$) (niños $M = 12,8$; $DE = 2,3$; niñas $M = 14,1$; $DE = 2,1$). El 96,5% eran europeos-mediterráneos y el 3,5% pertenecían a otras etnias.

El nivel socioeconómico se estimó combinando el nivel de estudios y profesión informados por la madre y por el padre siguiendo en el índice de Hollingshead (1975): el 29,7% pertenecían a nivel socioeconómico bajo, el 56,8% a niveles medio y medio-bajo y el 13,5% a niveles medio-alto y alto. Un 3,6% de las familias ($N = 25$) rehusaron participar en el estudio. En el grupo que rechazó participar había más niñas ($p = 0,012$) y era de mayor edad ($p = 0,037$) que los que aceptaron. No hubo diferencias en el nivel socioeconómico ($p = 0,771$).

Muestra utilizada para evaluar el papel mediador de determinadas prácticas parentales en la relación entre la psicopatología de los padres y el TND de los hijos en preescolares (artículo E2).

Los participantes forman parte de un estudio longitudinal sobre TND a partir de los 3 años de edad. Inicialmente, se invitó a participar a 2283 niños seleccionados al azar del censo escolar del curso 2009-10, de Barcelona (España), proce-

dentes de 54 colegios (25.9% concertados y 74.1% públicos). Se realizó un diseño de doble fase (ver Ezpeleta, de la Osa, & Domènech, 2014, para la descripción detallada de la investigación). Un total de 1341 familias (58.7%) aceptaron participar en la primera fase de cribado.

Como instrumento de cribado para asegurar la inclusión de los niños con posibles problemas psicopatológicos se utilizó el Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman, 1997) en su versión para padres. Se añadieron cuatro preguntas con criterios diagnósticos DSM-IV del TND. 135 casos (10.6 %) rechazaron participar en la segunda fase. No hubo diferencias de sexo ($p = 0.815$) entre los que participaron y los que no, pero los niños que participaron tuvieron mayor SES (86.2 vs. 73.6 %; $p = 0.007$). Se invitó a participar en la segunda fase del diseño y en seguimiento longitudinal al 100% de las familias con cribado positivo y al 30% de las familias con cribado negativo. El grupo de cribado positivo se compuso de 417 niños (206, 49.4% niños) y el grupo de cribado negativo lo formaron 205 niños (105, 51.2% niños). Se excluyeron del estudio los niños con discapacidad intelectual o trastornos generalizados del desarrollo, las familias que no hablaban ni español ni catalán, los niños cuyos cuidadores principales no podían informar y las familias que tenían previsto trasladarse de ciudad a lo largo del año siguiente al inicio del estudio (75 niños fueron excluidos). La muestra final de estudio incluyó 622 niños con sus padres. Todos ellos fueron incluidos en el estudio de seguimiento a los 5 años y evaluados con una completa batería de instrumentos.

Tabla 1
Participantes de los diferentes estudios.

Objetivo	Analizar las diferencias de sexo en la prevalencia, sintomatología, comorbilidad y deterioro funcional.	Evaluar el papel mediador de determinadas prácticas parentales en la relación entre la psicopatología de los padres y el TND de los hijos.
Artículo	<i>Sex differences in Oppositional Defiant Disorder.</i>	<i>Parenting practices as mediating variables between parents' psychopathology and Oppositional Defiant Disorder in preschoolers.</i>
N	343	622
Edades	8-17	3-5
Población	<i>Pacientes externos y sus padres.</i>	<i>Población general (niños y padres).</i>

4.2. Instrumentos

Los instrumentos utilizados en este compendio son diferentes según los objetivos de cada trabajo. Seguidamente se describen los instrumentos y en la Tabla 2 se especifica el trabajo en el que se utilizaron.

Diagnostic Interview for Children and Adolescent-IV (DICA-IV) (Reich, Shayka, & Taibleson, 1991) en sus tres versiones: para niños (6-12 años), adolescentes (13-17 años) y padres y la *Diagnostic Interview for Children and Adolescents for Parents of Preschool Children and Young Children* (DICA-PPYC) (Ezpeleta, Osa, Granero, Doménech, & Reich, 2011). La DICA es una entrevista diagnóstica semiestructurada basada en los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2000), que cubre las categorías diagnósticas más frecuentes en niños y adolescentes. Registra información sobre la presencia o ausencia de los síntomas durante la vida del niño o adolescente.

Los diagnósticos se generan combinando la información de los padres y de los niños; se considera que el síntoma está presente cuando los niños o los padres informan de su presencia. Las propiedades psicométricas de la adaptación española son buenas tanto para la versión de niños y adolescentes (de la Osa, Ezpeleta, Doménech, Navarro, & Losilla, 1997; Ezpeleta, de la Osa, Doménech, Navarro, & Losilla, 1997), como para la versión de preescolares (Ezpeleta, de la Osa, Granero, Doménech, & Reich, 2011).

La *Escala de Evaluación Funcional del Niño y del Adolescente* (CAFAS) (Hodges, 1997) evalúa el nivel de deterioro funcional. Las puntuaciones las adjudica el clínico después de obtener la información de los padres o del propio niño en el proceso de evaluación, teniendo en cuenta la edad, el sexo, la clase social y el entorno cultural del individuo. Consta de ocho subescalas o dominios de funcionamiento: funcionamiento en el hogar, en la escuela, en la comunidad, comportamiento hacia los otros, humor y estado de ánimo, autolisis, cognición y uso de sustancias. Cada subescala se puntúa en una escala de 4 puntos: 30 (deterioro grave), 20 (deterioro moderado), 10 (deterioro leve) y 0 (ningún o mínimo deterioro). La escala puede ser utilizada entre los 7 y los 17 años. Las propiedades psicométricas del instrumento han sido ampliamente estudiadas por el autor (Hodges, 1999) y en la adaptación a la muestra española (Ezpeleta, Granero, de la Osa, Doménech, & Bonillo, 2006).

El *Child Behavior Checklist* (CBCL/6-18) para padres y el *Youth Self-Report* (YSR/11-18) para jóvenes entre 11 y 18 años (Achenbach, & Rescorla, 2001) evalúan psicopatología en 10 dimensiones de comportamiento, además de una puntuación total que refleja la psicopatología global del sujeto. Se utilizaron las puntuaciones directas. Las propiedades psicométricas de los instrumentos en España son adecuadas (Abad, Forns, Amador, & Martorell, 2000; Sardinero, Pedreira, & Muñiz, 1997). La eficiencia del cribado informado por el cuidador ha sido ampliamente apoyada (Warnick, Bracken, & Kasl, 2008).

El *Adult Self-Report* (edades 18-59) (ASR) (Achenbach & Rescorla, 2003) evalúa problemas conductuales en adultos de 18 a 59. La sección de problemas emocionales y conductuales incluye 8 síndromes empíricos que pueden ser clasificados como problemas interiorizados (ansioso-deprimido, aislamiento, quejas somáticas y problemas de pensamiento) y exteriorizados (problemas de atención, comportamiento agresivo, quebrantamiento de normas e intrusivo). Las madres y padres contestaron cuando sus hijos tenían 3 años. La consistencia interna para las madres osciló entre 0.58 para la escala intrusivo y 0.92 para la puntuación total, y la de los padres, entre 0.54 para quebrantamiento de normas y 0.93, para la total.

El *Alabama Parenting Questionnaire-Pr* (APQ-Pr; de la Osa, Granero, Penelo, Doménech, & Ezpeleta, 2014) es la versión española para padres de preescolares del *Alabama Parenting Questionnaire* (Frick, 1991). El APQ ha sido ampliamente usado para evaluar el comportamiento de padres de niños con trastornos exteriorizados. Tiene 42 ítems agrupados en 5 subescalas: implicación parental, crianza positiva, supervisión pobre, disciplina inconsistente y castigo corporal. Fue respondido por 570 madres y 306 padres de niños de 3 años. La versión española del APQ, que usa la misma muestra que nuestro estudio, presenta una consistencia interna entre moderada y muy buena.

Tabla 2
Instrumentos utilizados en cada estudio.

Objetivo	Analizar las diferencias de sexo en la prevalencia, sintomatología, comorbilidad y deterioro funcional.	
Artículo	<i>Sex differences in Oppositional Disorder.</i>	
Instrumentos	Autores y año	¿Qué mide?
Diagnostic Interview for Children and Adolescent (DICA-IV).	Reich, Leacock, & Shanfeld (1997).	Categorías diagnósticas DSM-IV.
Child Behavior Checklist (CBCL/6-18).	Achenbach & Rescorla (2001).	Psicopatología dimensional.
Youth-Self-Report (YSR/11-18)	Achenbach & Rescorla (2001).	Psicopatología dimensional.
Escala de Evaluación Funcional del Niño y del Adolescente (CAFAS).	Hodges (1997).	Nivel de deterioro funcional.
Objetivo	Evaluar el papel mediador de determinadas prácticas parentales en la relación entre la psicopatología de los padres y el TND de los hijos.	
Artículo	<i>Parenting practices as mediating variables between parents' psychopathology and Oppositional Defiant Disorder in preschoolers.</i>	
Instrumentos	Autores y año	¿Qué mide?
Diagnostic Interview for Children and Adolescents for Parents of Preschool Children and Young Children (DICA-PPYC).	Ezpeleta, Osa, Granero, Doménech, & Reich (2011).	Categorías diagnósticas DSM-IV.
Alabama Parenting Questionnaire-Preschoolers (APQ-Pr).	de la Osa, Granero, Penelo, Doménech, & Ezpeleta, (2014).	Comportamiento parental de niños con trastornos exteriorizados.
Adult Self-Report (ASR).	Achenbach & Rescorla (2003).	Psicopatología dimensional.

4.3. Procedimiento

Todos los estudios que forman parte de este compendio fueron aprobados por el comité de revisión ética de la UAB.

En el estudio de población general (artículo E2) los directores de los colegios participantes, así como los padres, recibieron una descripción completa del estudio. Se reclutaron a las familias en las escuelas y dieron consentimiento escrito. Todos los padres de preescolares de 3 años (P3) de los centros educativos fueron invitados a rellenar el cuestionario de cribado en casa y devolverlo a la escuela.

En todos los estudios, las familias que acordaron participar y que cumplían criterios para el cribado fueron contactadas por teléfono. Entrevistadores previamente entrenados en la administración de los diferentes instrumentos de evaluación utilizados en el estudio y que tenían conocimientos clínicos, de psicopatología y de desarrollo infantil, realizaron la entrevista diagnóstica en las escuelas o en la consulta. Los entrevistadores eran ciegos al grupo de screening. Al finalizar la entrevista diagnóstica el entrevistador puntuaba el instrumento de medida de interferencia funcional (CAFAS).

Los cuestionarios se entregaban en la entrevista para contestarlos en casa, y se devolvían contestados a la siguiente consulta en el caso de pacientes externos, en el caso de la población general se contestaban presencialmente.

4.4. Análisis estadístico

Se ha realizado un análisis estadístico específico para el estudio de cada uno de los objetivos del estudio.

Análisis estadístico para estudiar las diferencias de sexo en la prevalencia, sintomatología, comorbilidad y deterioro funcional en pacientes externos de 8 a 17 años con Trastorno Negativista Desafiante (artículo E1).

Los datos se analizaron con SPSS 17.0 para Windows. Se comparó la prevalencia de los síntomas y del diagnóstico del TND en niños y en niñas mediante regresión logística ajustada por edad, otra comorbilidad y otros síntomas

de TND. La comparación del número total de síntomas de TND en niños y en niñas se realizó mediante regresión binomial negativa ajustando por edad y otra comorbilidad. La asociación entre deterioro funcional y sexo se analizó mediante regresión múltiple ajustada por edad y otra comorbilidad, al igual que las puntuaciones medias en el CBCL y el YSR. Finalmente, la asociación de otras variables relacionadas con la significación clínica de la DICA-IV y el sexo, así como la asociación de comorbilidad y sexo, se analizó mediante regresión logística ajustando por edad y otra comorbilidad.

Análisis para evaluar el papel mediador de determinadas prácticas parentales en la relación entre la psicopatología de los padres y el TND de los hijos en preescolares (artículo E2).

Se probaron las hipótesis mediacionales con el Modelo de Ecuaciones Estructurales (SEM) con el programa STATA12 para Windows. Se estimaron modelos separados para los informes de ASR/APQ de las madres y ASR/APQ de los padres y, debido a la muestra de doble fase, se usó el procedimiento de ponderación de muestras (*sampling weights procedure*), asignando a cada participante un peso igual a la probabilidad inversa de selección en la segunda fase del diseño. Se evaluó la invariancia de los parámetros estructurales según el sexo de los niños con el procedimiento de post-estimación grupo-nivel ("ginvariant test"). La bondad de ajuste del modelo se analizó mediante el test de X^2 , el Error cuadrático medio de aproximación (RMSEA), el índice de ajuste comparado de Bentler (CFI) y el índice de ajuste no normado de Tucker-Lewis (TLI) como índices de ajuste comparativo, y la raíz del promedio de los residuos estandarizados (SRMR). El ajuste fue considerado bueno si: se alcanzó un resultado no-significativo ($p > .05$) en el test X^2 , un valor del RMSEA y SRMR por debajo de .08, y los coeficientes CFI menores que .90 (Kline, 2010).

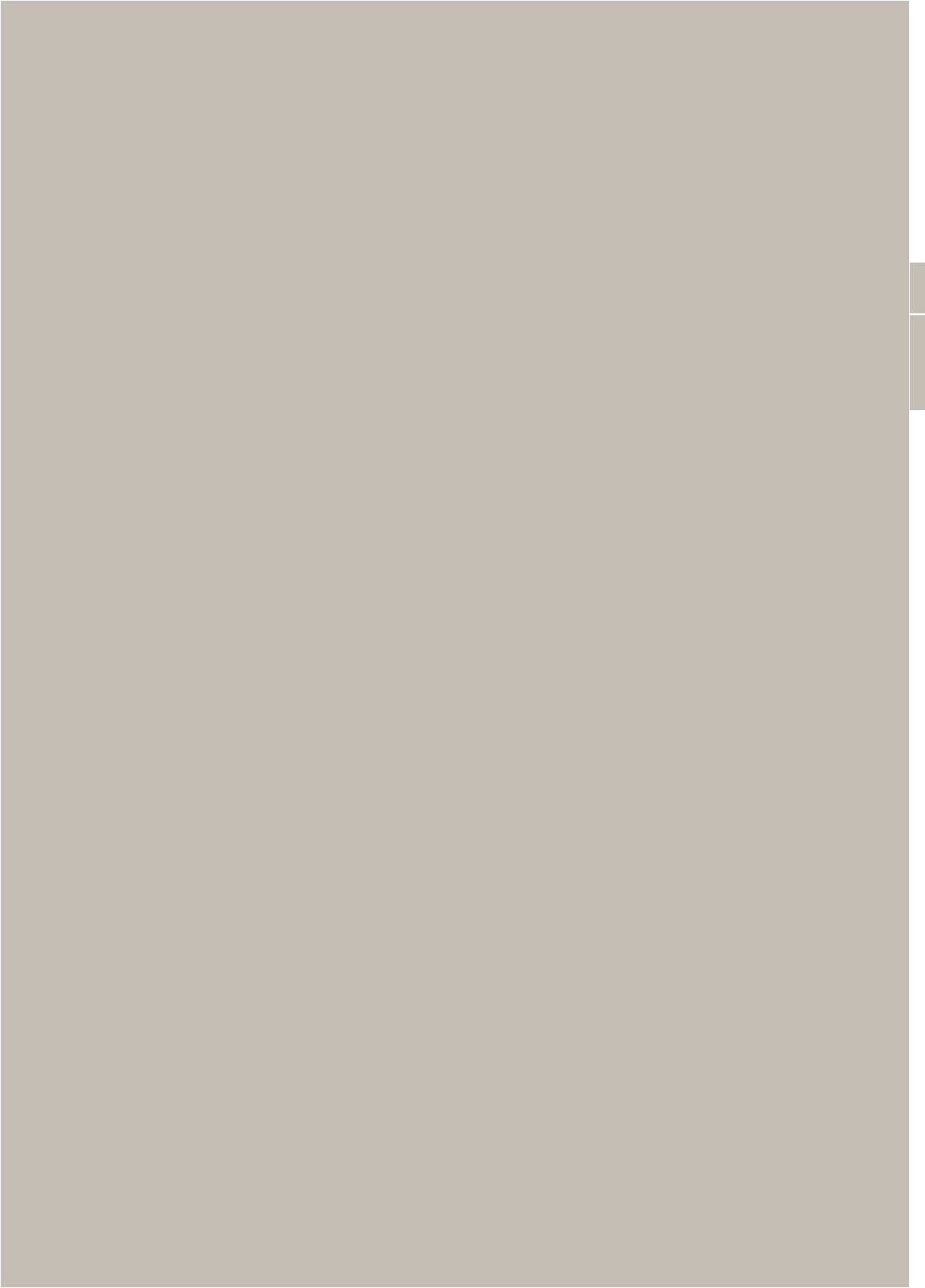
Se estimó también la bondad de ajuste de la ecuación de nivel y del tamaño de efecto mediante los coeficientes R^2 para cada ecuación y para los modelos globales (estos coeficientes valoran el porcentaje de varianza explicada por el modelo), correlaciones múltiples (mc) y la correlación múltiple

de Bentler-Raykov (mc^2 ; Bentler & Raykov, 2000). Estos dos últimos coeficientes informan del grado de relación entre cada variable dependiente con la predicción del modelo lineal (en modelos no recursivos mc^2 se calcula para evitar el problema de obtener correlaciones múltiples negativas inconsistentes).

5| RESULTADOS: ARTÍCULOS EMPÍRICOS

“En la carrera por el conocimiento no hay línea de meta”.

Adaptado de Kearns



5| RESULTADOS: ARTÍCULOS EMPÍRICOS

*5.1 Sex differences in Oppositional and Defiant Disorder. (E1).
Psicothema, 23(4), 666-671, 2011.*

Sex differences in oppositional defiant disorder

Esther Trepát and Lourdes Ezepeleta
Universidad Autónoma de Barcelona

The goal was to analyze the sex differences in symptoms, comorbidity and functional impairment in outpatient children with Oppositional Defiant Disorder (ODD). A sample of 343 children, aged 8 to 17 years and diagnosed with ODD, were assessed with a semi-structured diagnostic interview and dimensional measures of psychopathology and functional impairment. Boys with ODD more frequently displayed the symptoms «deliberately annoys» and «blames others», presented comorbid ADHD, and had greater functional impairment in school and community contexts; girls presented higher comorbidity with internalizing symptomatology (anxiety, depression and somatic complaints). Given that some clinical differences are apparent in ODD between boys and girls, it is necessary to consider the sex of the patient in order to identify and treat this disorder efficiently and effectively in boys and in girls.

Diferencias de sexo en el trastorno negativista desafiante. El objetivo es analizar las diferencias de sexo en la prevalencia, sintomatología, comorbilidad y deterioro funcional en pacientes externos con Trastorno Negativista Desafiante (TND). Una muestra de 343 niños y adolescentes de entre 8 y 17 años diagnosticados de TND fueron evaluados con una entrevista diagnóstica semiestructurada y otras medidas dimensionales de psicopatología y deterioro funcional. Los niños con TND mostraron con mayor frecuencia los síntomas «molestar deliberadamente» y «acusar a otros», mayor comorbilidad con trastorno por déficit de atención con hiperactividad y mayor deterioro funcional en el colegio y en la comunidad; las niñas presentaron mayor comorbilidad con sintomatología interiorizada (ansiedad, depresión y quejas somáticas). Niños y niñas presentan un cuadro clínico de TND con algunas diferencias. Es necesario adoptar una perspectiva de sexo para identificar y tratar el TND de manera eficaz y eficiente en niños y en niñas.

The study of sex differences in childhood psychopathology has gained relevance in recent years. Identifying these differences should permit the development of diagnostic instruments appropriate for boys and girls that avoid biases due to sex (under- or over-diagnosis) and prevention and treatment programmes adapted to the common and differential variables for each sex. Among externalizing disorders, oppositional defiant disorder (ODD) is one of those requiring most research in this regard, given its prevalence and the scarcity of studies carried out to date.

The prevalence of ODD in the general population is situated between 4% and 8% (DSM-IV-TR, 2000). Various studies have shown that the prevalence of ODD is greater in boys than in girls (Kroes et al., 2001; Lahey et al., 2000; Maughan, Rowe, Messer, Goodman, & Meltzer, 2004). However, questions have arisen over whether this difference is real, or an effect of the way the disorder is defined. In the last ten years there has been a debate over whether it is appropriate to use common diagnostic criteria for boys and girls in externalizing disorders such as ODD. Girls' aggressiveness

is manifested in covert, less observable ways, with the purpose of excluding peers, whilst boys' aggressive behaviours are more obvious, and have been associated with deficits in moral processing (Kann & Hanna, 2000). Although few studies have dealt with this issue, Waschbusch and King (2006) suggested that there may be a sample of girls with behaviour problems, with greater impairment in their level of functioning than the girls in their normative group, and whom the current diagnostic criteria fail to identify. Ohan and Johnston (2005) have proposed that the definition of ODD include relational aggression behaviours (refusing to talk to someone, being malicious, avoiding blame) in the identification of girls with oppositional characteristics.

The fact that the tendency to present oppositional behaviours and disruptive emotions (anger, poking fun, etc.) is more commonly observed in boys than in girls is consistent with the theory that the expression of anger is more common and acceptable in boys, which may explain, in part, the greater presence of externalizing problems in boys (Bird, 2006; Chaplin, Cole, & Zahn-Waxler, 2005). However, in clinical samples, ODD is also associated with anxiety disorders. Garland and Garland (2001) suggest a bidirectional relationship between oppositional behaviour and anxiety, pointing out that ODD may be a precursor of anxiety problems in the future. These authors also observed that in children with higher levels of anxiety, this anxiety was often manifested through oppositional behaviour. In their study with 145 pre-adolescents, 31% presented a diagnosis of ODD with comorbidity of some anxiety disorder.

Fecha recepción: 23-1-11 • Fecha aceptación: 25-5-11
Correspondencia: Esther Trepát de Ancos
Facultad de Psicología
Universidad Autónoma de Barcelona
08193 Barcelona (Spain)
e-mail: etrepat@ipsicologia.cat

In a similar line, Lavigne et al., (2001) reported that oppositional behaviour was related to the development of mood and anxiety disorders. In their longitudinal study with 280 pre-schoolers, over 4-6 years of follow-up, children with symptoms of ODD maintained those symptoms and showed an increase in comorbidity with mood and anxiety disorders and attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). Although there is evidence of comorbidity between ODD and internalizing disorders, it is not clear whether this association is stronger in boys or in girls.

Sex differences in the comorbidity of oppositional behaviour, both with other externalizing disorders and with internalizing disorders, imply different biological and socialization factors. Studies on role expectations according to sex have shown that boys learn that anger and aggression are more acceptable emotions in males than anxiety, sadness or fear (Garside & Klimes-Dougan, 2005; Mireault, Rooney, Kouwenhoven, & Hannan, 2008), and that they are reinforced more in boys than in girls (Chaplin et al., 2005). Such subtle socialization styles may contribute to differences between sexes in internalizing symptoms and in externalizing behaviours. Given that anxiety is more common among girls and oppositional behaviour is more common in boys, but at the same time anxiety and oppositional behaviour are also correlated with one another, it is important to ascertain whether greater comorbidity is associated with sex.

The association between oppositional behaviour and daily functioning difficulties has been less studied. The degree to which a particular disorder interferes with or impairs an individual's everyday life is one of the most relevant variables for reaching a diagnosis, as defined in the DSM-IV-TR (APA, 2000), and for establishing the need for intervention. Ezpeleta, Keeler, Erkanli, Costello and Angold (2001) found a greater association between severe difficulties in relations with peers and in family functioning in ODD than in conduct disorder (CD). Likewise, despite the fact that psychological distress is not a criterion of clinical significance in ODD, individual symptoms of ODD have been reported to be significantly associated with distress (Ezpeleta, Reich, & Granero, 2009).

In such a context, the present work analyzes sex differences in prevalence, symptomatology and comorbidity in child psychiatric outpatients diagnosed with ODD. Better knowledge of the manifestations of ODD in boys and in girls will help to improve the detection of this problem and to treat it more effectively.

Method

Participants

Of a total of 689 children aged 8 to 17 from three primary psychiatric care centres for children and adolescents in the public health network of the Barcelona area (selected on the basis of availability), the final participants were 343 children with a diagnosis of Oppositional Defiant Disorder ($n=199$ boys; 58%). Mean age of the participants was 13.3 years ($SD=2.3$) (boys $M=12.8$; $SD=2.3$; girls $M=14.1$; $SD=2.1$). As regards ethnicity, 96.5% were European-Mediterranean and 3.5% were of other ethnic origin.

Socioeconomic status (SES) was estimated by combining educational level and occupation reported by the mother and father according to Hollingshead's (1975) index: 29.7% were low socioeconomic status, 56.8% were medium and medium-low SES, and 13.5% were medium-high and high SES. Just 3.6% of the

families ($n=25$) refused to participate in the study. In the group that refused to participate there were more girls ($p=0.012$) and the children were older ($p=0.037$) than in the group who agreed to participate, but there were no differences by socioeconomic status ($p=0.771$).

Instruments

Diagnosis of the children was established with the *Diagnostic Interview for Children and Adolescents-IV* (DICA-IV) (Reich, Shayka & Taibleson, 1991) in its three versions: for children (8-12 years), for adolescents (13-17 years) and for parents. The DICA-IV is a semi-structured diagnostic interview based on the criteria of the DSM-IV (APA, 1994), which covers the diagnostic categories most commonly found in children and adolescents. It obtains information on the lifetime presence or absence of symptoms in the child or adolescent. Diagnoses are generated by combining the information from parents and children; the symptom is considered to be present when both the child and the parents report it. The psychometric properties of the Spanish adaptation are good (de la Osa, Ezpeleta, Doménech, Navarro, & Losilla, 1997; Ezpeleta, de la Osa, Doménech, Navarro, & Losilla, 1997).

The *Child and Adolescent Functional Assessment Scale* (CAFAS) (Hodges, 1997) assesses level of functional impairment. Scores are assigned by the clinician after obtaining the information from the parents or the child in the assessment process, taking into account age, sex, social class and the individual's cultural context. The instrument comprises eight subscales representing the following functioning domains: home, school/work, community, behaviour toward others, moods/emotions, self-harmful behaviour, thinking, and substance use. Each domain receives points as follows: 30 (severe impairment), 20 (moderate impairment), 10 (mild impairment) and 0 (minimal/none). The scale can be used from the age of 7 to 17. The psychometric properties of the instrument have been widely studied by the author (Hodges, 1999) and in the adaptation for Spanish samples (Ezpeleta, Granero, de la Osa, Doménech, & Bonillo, 2006).

The *Child Behavior Checklist* (CBCL/6-18) for parents and the *Youth Self-Report* (YSR/11-18) for young people aged 11 to 18 (Achenbach & Rescorla, 2001) assess psychopathology in 10 behaviour dimensions, as well as providing a total score that reflects the respondent's global psychopathology. The psychometric properties of the instruments in Spain are adequate (Abad, Forn, Amador, & Martorell, 2000; Sardinero, Pedreira, & Muñiz, 1997). Raw scores were used in the present study.

Procedure

The study was approved by the Ethics Committee of the institution responsible for the research. Written informed consent was requested from parents before they participated in the study. Different assessors interviewed the children or adolescents and their parents simultaneously. Interviewers had previously been trained in the administration of the different assessment instruments used in the study, and had clinical knowledge of psychopathology and child development. After application of the DICA-IV the interviewer scored the CAFAS. The CBCL/6-18 questionnaire was given to parents so that they could return it completed at the next interview; the same procedure was used for the YSR/11-18, which was administered to children from age 11.

In the original sample of the study 398 families (62.1%) returned the completed CBCL questionnaire. There were no differences by sex ($p=0.278$), socioeconomic status ($p=0.895$), age ($p=0.337$) or diagnosis of ODD ($p=0.483$) between the children whose parents filled out the questionnaire and those who did not. Administration of the YSR began later in the study. Of the 186 YSR questionnaires given out in the original sample, 103 (54.4%) were returned. There were no differences by sex ($p=0.833$), socioeconomic status ($p=0.157$), age ($p=0.097$) or diagnosis of ODD ($p=0.217$) between the children who replied to the questionnaire and those who did not. The analyses presented for the sample with ODD correspond to 195 CBCLs and 59 YSRs.

Both father and mother took the interview in 48.7% of cases, the mother only in 47.2%, the father only in 2.6% and another person with good knowledge of the child in 1.5% of cases. The CBCL was answered by both parents in 50.5% of cases, by the mother only in 45.2% and by the father only in 4.3%.

Data analysis

The data were analyzed using SPSS 17.0 for Windows. We compared the prevalence of ODD symptoms and diagnosis in boys and girls by means of logistic regression adjusted for age, other comorbidity and other ODD symptoms. Comparison of total number of ODD symptoms in boys and girls was made by means of negative binomial regression, adjusting for age and other comorbidity. The association between functional impairment and sex was analyzed through multiple regression adjusted for age and other comorbidity, as were the mean scores on the CBCL and YSR. Finally, the association between other variables related to the clinical significance of the DICA-IV and sex, as well as the association between comorbidity and sex, were analyzed by means of logistic regression adjusted for age and other comorbidity.

Results

Prevalence of symptoms by sex

Table 1 shows the prevalence results in boys and girls for each one of the ODD symptoms and the results of the logistic regression adjusted for sex, other comorbidity and other ODD symptoms. Symptoms more frequently presented by the boys than the girls were: annoying people deliberately and blaming others.

Association between functional impairment and sex

Table 2 shows the mean scores on functional impairment and its association with sex, adjusting for age and other comorbidity. The boys presented significantly more impairment than the girls in the school, community and behaviour toward others domains. The girls scored higher in moods/emotions, self-harmful behaviour and thinking.

Table 3 shows the prevalence of other clinically significant variables referred to in the DICA-IV and their association with sex, adjusting for age and other comorbidity. Oppositional boys had been expelled from school more often and had been involved with the police more often than oppositional girls. There were no differences in the distress felt by boys and by girls due to their oppositional symptoms, or in consultations with professionals for ODD.

ODD Symptoms	Prevalence (%)		OR* (CI 95%)	P
	Boys	Girls		
Loses temper	95.5	97.2	0.65 (0.18;2.4)	0.520
Argues	91.0	93.1	0.80 (0.32;2.02)	0.800
Defies	69.8	77.1	0.60 (0.34;1.05)	0.073
Annoys	74.9	46.5	3.3 (2.0;5.3)	<0.001
Blames others	80.9	67.4	2.1 (1.2;3.6)	0.006
Touchy-easily annoyed	76.9	80.6	0.92 (0.51;1.6)	0.778
Angry-resentful	68.3	74.3	0.66 (0.38;1.1)	0.134
Spiteful-vindictive	59.8	45.1	1.5 (0.96;2.5)	0.074
N° symptom ()	6.2	5.8	1.1 (0.95;1.4) [†]	0.628

*OR Logistic regression adjusting for age, other comorbidity and other ODD symptoms
[†]OR Negative binomial regression adjusting for sex and other comorbidity
 In bold: significant association

CAFAS	Mean score		B* (CI 95%)	P
	Boys	Girls		
Home	15.28	16.87	-0.75 (-2.5; 1.0)	0.412
School	23.1	18.8	5.6 (3.5; 7.7)	<0.001
Community	5.72	3.96	2.7 (1.00; 4.4)	0.002
Behaviour toward others	14.22	12.24	2.3 (0.53; 4.1)	0.011
Moods/emotions	12.22	18.96	-5.8 (-7.7; -3.9)	<0.001
Self harm	10.5	17.54	-6.2 (-8.1; -3.9)	<0.001
Thinking	1.67	4.83	-2.1 (-3.4; -0.71)	0.003
Substance use	3.39	5.45	0.06 (-1.6; 1.7)	0.942
Total	71.8	80.6	-8.8 (-21.6; 3.8)	0.171

*B coefficient in Multiple Regression adjusting for age and other comorbidity
 In bold: significant association

CAFAS	Prevalence (%)		OR* (CI 95%)	P
	Boys	Girls		
Expulsion	28.6	15.03	3.7 (1.3;10.2)	0.013
Involvement with police	18.6	16.0	4.3 (1.1;17.3)	0.040
Distress	55.2	53.7	1.1 (0.45;2.5)	0.912
Seek professional help for ODD	85.3	55.9	5.3 (0.93;30.7)	0.061

*Logistic regression adjusting for age and other comorbidity
 In bold: significant association

Association between mean CBCL and YSR scores and sex

Table 4 shows the mean scores on the CBCL/6-18 and YSR/11-18 and their association with sex, adjusting for age and other comorbidity. According to the information from parents, the girls scored higher in anxious-depressive symptoms and had more somatic complaints and more internalizing problems, whilst the boys presented more attentional problems. In the reports by the young people themselves, the girls reported more anxious-depressive symptoms and more somatic complaints and scored higher on internalizing and total symptoms.

Association between sex and comorbidity

Table 5 shows the association between sex and comorbidity assessed with the diagnostic interview, adjusting for age and other comorbidity. In the boys, ODD was significantly associated with ADHD, whilst in the girls it was associated with major depression and generalized anxiety.

CBCL	Mean score		B ^a (CI 95%)	P
	Boys	Girls		
Anxiety-depression	6.7	8.3	-1.50 (-2.7; -0.30)	0.015
Withdrawal-depression	4.3	4.85	-0.13 (-1.02; 0.76)	0.780
Somatic complaints	3.4	4.7	-1.03 (-2.04; -0.008)	0.048
Thought problems	3.6	4.4	-0.84 (-1.8; .15)	0.094
Social problems	5.4	5.3	-0.02 (-0.97; 0.94)	0.973
Attention problems	10.6	7.96	2.6 (1.5; 3.6)	<0.001
Rule-breaking	6.8	6.8	0.37 (-0.94; 1.7)	0.576
Aggressive behaviour	15.7	14.7	0.65 (-1.2; 2.5)	0.482
Internalizing	14.3	17.5	-2.5 (-4.9; -0.09)	0.042
Externalizing	22.7	22.3	0.57 (-2.2; 3.4)	0.688
Total	63.4	65.01	-1.26 (-8.1; 5.6)	0.719
YSR				
Anxiety-depression	6.3	9.5	-2.91(-5.5; -0.26)	0.032
Withdrawal-depression	3.5	3.9	-0.20 (-1.8; 1.4)	0.799
Somatic complaints	3.1	5.9	-2.7 (-4.2; -1.1)	0.001
Thought problems	4.9	6.2	-1.17 (-3.7; 1.3)	0.351
Social problems	5.2	6.03	-0.66 (-2.6; 1.3)	0.507
Attention problems	7.5	8.9	-1.05 (-2.7; 0.56)	0.195
Rule-breaking	6.8	7.2	0.09 (-1.9; 2.1)	0.932
Aggressive behaviour	9.5	11.8	-1.99 (-4.6; 0.56)	0.123
Internalizing	12.8	19.2	-5.8 (-11.1; -0.52)	0.032
Externalizing	16.2	18.9	-1.95 (-6.1; 2.2)	0.349
Total	72.3	88.44	-14.8 (-28.7; -0.92)	0.037

^aB coefficient in Multiple Regression adjusting for age and other comorbidity
In bold: significant association

Table 5
Association between comorbidity and sex

	Prevalence (%)		OR ^a (CI 95%)	P
	Boys	Girls		
ADHD	68.7	36.1	4.4 (2.1; 8.9)	0.0001
Conduct disorder	31.7	25.0	1.1 (0.45; 2.4)	0.916
Substance use/abuse	9.9	23.6	1.3 (0.27; 6.3)	0.746
Major depression	11.6	35.7	0.41 (0.20; 0.84)	0.015
Separation anxiety disorder	11.6	15.3	0.99 (0.43; 2.3)	0.988
Generalized anxiety disorder	17.1	43.8	0.44 (0.23; 0.86)	0.016
Social phobia	12.1	19.4	0.90 (0.41; 1.97)	0.783
Simple phobia	31.7	34.0	1.01 (0.54; 1.90)	0.972
Obsessive-compulsive disorder	5.0	11.1	0.59 (0.21; 1.67)	0.317
Post-traumatic stress disorder	0.5	7.6	0.12 (0.01; 1.2)	0.071

^aLogistic regression adjusting for age and other comorbidity
In bold: significant association. ADHD: Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

Discussion and conclusions

The clinical condition of ODD in boys and in girls presents differences in symptomatology, severity, associated impairment and comorbidity, which must all be taken into account in intervention for this disorder. In boys, ODD is more frequently found with symptoms such as deliberately annoying and blaming others and with greater functional impairment at school and in the community, and is associated with ADHD. In girls, ODD is associated with depressive and anxiety disorders and internalizing symptoms (anxiety, depression and somatic complaints). These results suggest that therapeutic approaches with boys and girls with ODD should include different elements.

Previous studies have found that boys tend to present more oppositional behaviours than girls. The analysis of the present study's findings reveals that these oppositional behaviours revolve around deliberately annoying people and blaming others, behaviours which are manifestations of aggressiveness and that give rise to conflict in relationships with peers and family. Boys, from as early as pre-school age, show more direct physical aggression, more readily become involved in conflicts than girls, and display a competitive-aggressive form of interaction, whilst girls are more cooperative-conciliatory (Ezpeleta, 2005). These relational and behavioural patterns in boys and in girls are maintained throughout childhood and adolescence (Zahn-Waxler, Crick, Shirtcliff, & Woods, 2006), so that it is important to identify at an early stage those which indicate risk (aggressiveness) and redirect them, as well as fostering adaptive behaviours. The target group for such detection would be males.

The results on internalizing comorbidity in girls and externalizing comorbidity in boys, assessed both dimensionally and categorically, are in the line of previous work (Albano & Krain, 2005; Boylan, Vaillancourt, Boyle, & Szatmari, 2007; Chaplin et al., 2005; Lavigne, 2001; Silverman & Carter, 2006). In this sense, it is interesting to note the consistency found in the present study, regardless of the reporter, with regard to the greater severity in girls of anxious-depressive symptoms, of somatic complaints and of internalizing symptoms.

These data highlight the fact that prevention and treatment programmes for ODD should include the prevention and treatment of the comorbid disorders described. While treatment for ODD is common for boys and girls and should focus on the training of parents in behaviour modification techniques (learning to how increase the reinforcement of appropriate behaviours and to apply extinction and time-out) (Eyberg, Nelson, & Boggs, 2008), the approach to the prevention and treatment of comorbid disorders should be different in boys and in girls. Girls diagnosed with ODD are at greater risk of developing anxiety or depressive conditions, and should receive treatment aimed at promoting strategies for mood regulation. As regards prevention, they should be taught techniques of self-control, problem-solving, cognitive restructuring and relaxation, and their self-esteem, social skills and assertive communication ability should be developed. All of these components of cognitive-behavioural therapy are backed up by numerous efficacy studies and underpinned by evidence-based therapeutic perspectives (David-Ferndon & Kaslow, 2008).

There are also differences in the way the symptoms affect one sex or the other in everyday life: boys present more impairment than girls. That is, in boys who seek professional attention, the oppositional behaviour has greater impact on the school and community contexts and on relations with others than those same behaviours in girls. This greater impact in boys, regardless of comorbidity, together with the association with ADHD, may explain why professional help is more often sought for boys than for girls (Cabiya, Canino, & Chávez, 2006). The association of ODD with ADHD increases the degree of impairment and the probability that significant others will be aware of the problem and, consequently, will seek professional help for the child (Hartung et al., 2002). The treatment is also different, at least as regards treatment with stimulants, which are prescribed less frequently in girls and more frequently when ADHD is associated with ODD (Angold, Erkanli, Egger, & Costello, 2000).

It is essential, therefore, in children diagnosed with ODD, to assess whether they also meet the criteria for ADHD, and if so, also

treat that condition, for which effective psychological treatments are available (Pelham & Fabiano, 2008).

In the present study, girls were less likely than boys to seek professional help for ODD (55.9% in girls versus 85.3% in boys, which almost reaches statistical significance). This highlights the need for the detection of ODD in girls since, on presenting less impairment and more internalizing problems (which do not affect the community as much as externalizing problems), they may not seek or receive professional attention.

In conclusion, the results of this study underscore the need to consider sex as a relevant variable to be taken into account in diagnosis and in preventive and treatment initiatives. Prevention and treatment programmes aimed at boys should focus on externalizing disorders, whilst those aimed at girls should consider the comorbidity of ODD with internalizing disorders.

Among the limitations of the study we should mention that the results are only generalizable to children who seek psychological help as outpatients. It should also be stressed that the results with the YSR correspond to a relatively small group which it would be useful to enlarge in the future. As regards the percentage of refusals to participate in the study, it was significantly higher in girls and among the elder children. These refusals represent a very small proportion (25 cases) of the total sample, so that any possible bias would have very little relevance. However, and in line with the findings of previous studies (Cabiya et al., 2006; Ezpeleta, Granero, de la Osa, & Doménech, 2009), girls' difficulties for receiving or using mental health services are apparent, as is the need to improve the attention they are given. Future studies should analyze sex differences in ODD in the general population, with diagnostic assessment tests that include symptoms of covert aggression, more characteristic of girls.

Acknowledgements

This work was carried out with the help of grant PSI2009-07542 from the Spanish Ministry of Science and Innovation.

References

- Abad, J., Forns, M., Amador, J.A., & Martorell, B. (2000). Fiabilidad y validez del Youth Self Report en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, *12*, 49-54.
- Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.
- Albano, A.M., & Krain, A. (2005). Issues in clinical child psychology. In S.L. Foater, E.J. Mash, & D.J. Bell (Eds.), *A handbook of behavioral and emotional problems in girls* (pp. 79-116). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- American Psychiatric Association (2001). *DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical manual of disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Angold, A., Erkanli, A., Egger, H.L., & Costello, E.J. (2000). Stimulant treatment for children: A community perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *39*, 975-984.
- Bird, H., Davies, M., Duarte, C., Shen, S., Loeber, B., & Canino, G. (2006). A study of disruptive behavior disorders in Puerto Rican Youth: II baseline prevalence, comorbidity and correlates in two sites. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *45*, 1042-1053.
- Boylan, K., Vaillancourt, T., Boyle, M., & Szatmari, P. (2007). Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *16*, 484-494.
- Cabiya, J. A., Canino, G., & Chavez, L. (2006). Gender disparities in mental health service use of Puerto Rican children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*, 840-848.
- Chaplin, T., Cole P., & Zahn-Waxler, C. (2005). Parental socialization of emotion expression: Gender differences and relations to child adjustment. *Emotion*, *5*, 80-88.
- David-Ferndon, C., & Kaslow, N.J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *37*, 62-104.
- de la Osa, N., Ezpeleta, L., Doménech, J.M., Navarro, J.B., & Losilla, J.M. (1997). Convergent and discriminant validity of the Structured Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA-R). *Psychology in Spain*, *1*, 37-44.
- Eyberg, S.M., Nelson, M.M., & Boggs, S.R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *37*, 215-237.
- Ezpeleta, L. (2005). Género y psicopatología. In L. Ezpeleta (Ed.), *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo* (pp. 79-111). Barcelona: Masson.
- Ezpeleta, L., de la Osa, N., Doménech, J.M., Navarro, J.B., & Losilla, J.M. (1997). Fiabilidad test-retest de la adaptación española de la Diagnostic

- Interview for Children and Adolescents - DICA-R. *Psicothema*, 9, 529-539.
- Ezpeleta, L., Granero, R., de la Osa, N., & Doménech, J.M. (2009). Use of mental health services and unmet needs for socially-at-risk children and adolescents in Spain. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale-An International Journal for Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 18, 147-153.
- Ezpeleta, L., Granero, R., de la Osa N., Doménech J.M., & Bonillo, A. (2006). Assessment of functional impairment in Spanish children. *Applied Psychology: An International Review*, 55, 130-143.
- Ezpeleta, L., Keeler, G., Erkanli, A., Costello, J., & Angold, A. (2001). Epidemiology of psychiatric disability in childhood and adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 901-914.
- Ezpeleta, L., Reich, W., & Granero, R. (2009). Assessment of distress associated to psychopathology. *Escritos de Psicología*, 2, 19-27.
- Garland, J., & Garland, O. (2001). Correlations between anxiety and oppositionality in a children's mood and anxiety disorder clinic. *Journal of Psychiatry*, 46, 953-960.
- Garside, R., & Klimes-Dougan, B. (2002). Socialization of discrete negative emotions: Gender differences and links with psychological distress. *Sex Roles*, 47, 115-128.
- Hartung, C.M., Willcutt, E.G., Lahey, B.B., Pelham, W.E., Loney, J., Stein, M.A., & Steiner, R. (2002). Sex differences in young children who meet criteria for Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 453-464.
- Hodges, K. (1997). *CAFAS Manual for training coordinators, clinical administrators and data managers*. Ann Arbor, MI: Author.
- Hodges, K. (1999). Child and Adolescent Functional Assessment Scale. In M.H. Maurish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (pp. 661-664). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hollingshead, A.B. (1975). *Four-factor index of social status*. Unpublished manuscript, Yale University, Department of Sociology.
- Kann, R.T., & Hanna, F.J. (2000). Disruptive behavior disorders in children and adolescents: How do girls differ from boys? *Journal of Counseling and Development*, 78, 267-274.
- Kroes, M., Kalf, A.C., Kessels, A.G.H., Steyaert, J., Feron, F.J.M., van Someren, Hurks, P., Hendriksen, J.G.M., Zeben, M.C.B., Rozendaal, N., Crolla, F.M., Troost, J., Jolles, J., & Vles, J. (2001). Child psychiatric diagnoses in a population of Dutch school children aged 6 to 8 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1401-1409.
- Lahey, B.B., Schwab-Stone, M., Goodman, S.H., Waldman, I.D., Canino, G., Miller, T.L., Dennis, K.D., Bird, H., & 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 Psychology*, 109, 488-503.
- Lavigne, J., Cicchetti, C., Gibbons, R., Binns, H., Larsen, L., & Devito, C. (2001). Oppositional defiant disorder with onset in preschool years: Longitudinal stability and pathways to other disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1393-1401.
- Maughan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R., & Meltzer, H. (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: Developmental epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 609-621.
- Mireault, G.R., Rooney, S., Kouwenhoven, K., & Hannan, C. (2008). Oppositional behavior and anxiety in boys and girls: A cross-sectional study in two community samples. *Child Psychiatry and Human Development*, 39, 519-527.
- Ohan, J.L., & Johnston, Ch. (2005). Gender appropriateness of symptom criteria for attention-deficit/hyperactivity disorder, oppositional-defiant disorder and conduct disorder. *Child Psychiatry and Human Development*, 35, 359-381.
- Pelham, W.E., & Fabiano, G.A. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 184-214.
- Reich, W., Shaika, J.J., & Taibleson, Ch. (1991). *Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA-R)*. Unpublished manuscript, Washington University, Division of Child Psychiatry.
- Sardinero, E., Pedreira, J.L., & Muñoz, J. (1997). El cuestionario CBCL de Achenbach: adaptación española y aplicaciones clínico-epidemiológicas. *Clínica y Salud*, 8, 447-480.
- Silverman, W.K., & Carter, R. (2006). Anxiety disturbance in girls and women. In J. Goodhearts & C.D. Worell (Eds.), *A handbook for girls' and women's psychological health: Gender and well-being across the lifespan* (pp. 60-68). New York: Oxford University Press.
- Waschbusch, D., & King, S. (2006). Should sex-specific norms be used to assess Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder or Oppositional Defiant Disorder? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 179-185.
- Zahn-Waxler, C., Crick, N., Shirliff, E.A., & Woods, K. (2006). The origins and development of psychopathology in females and males. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology* (pp. 76-138). Hoboken, NJ: Wiley.

5 | RESULTADOS: ARTÍCULOS EMPÍRICOS

5.2 Parenting practices as mediating variables between parents' psychopathology and Oppositional Defiant Disorder in preschoolers. (E2).

Psicothema 26(4) doi: 10.7334/psicothema2014.102





De: <psicothema@cop.es>
Data: 6 d'agost de 2014 11.12.16 GMT+2
Per a: <esthertrepat@gmail.com>
Tema: Psicothema

Estimado/a colega:

Nos complace informarle que su manuscrito, cuya referencia aparece debajo, ha sido aceptado para su publicación en Psicothema. En su momento, le enviaremos las galeras para su corrección.

Para cualquier consulta, no dude en ponerse en contacto con nosotros, indicándonos la referencia de su artículo en todas sus comunicaciones (teléfono, fax o correo electrónico).

Le estamos muy agradecidos de que haya elegido Psicothema como medio de publicación de sus trabajos.

Reciba un cordial saludo,

Roberto Secades Villa
Director

Olaya García Rodríguez
Gestora Editorial

MANUSCRITO: 102/2014 Estilo educativo como variable mediadora entre psicopatología parental y Trastorno Negativista Desafiante en preescolares

Psicothema
Colegio Oficial de Psicólogos
del Principado de Asturias
Ildefonso S. del Río 4, 1ºB
33001 Oviedo (Spain)

Tel.:985 285 778
Fax: 985 281 374
E-mail: psicothema@cop.es
www.psicothema.com

Parenting practices as mediating variables between parents' psychopathology and oppositional defiant disorder in preschoolers

Esther Trepal de Ancos, Roser Granero Pérez and Lourdes Ezpeleta Ascaso
Universitat Autònoma de Barcelona

Abstract

Background: Oppositional defiant disorder (ODD) is very frequent in preschoolers. The severity and the long-term negative outcomes make the understanding of this disorder a priority. The goal in this study was to assess the mediating role of parenting practices in the relationship between parents' psychopathology and ODD in preschoolers. **Method:** A community sample of 622 children was assessed longitudinally at age 3 and age 5. Parents reported on children's psychopathology through a diagnostic interview, and on their own psychological state and parenting style through questionnaires. **Results:** At ages 3 and 5, corporal punishment mediated the relationships between mothers' anxiety-depression and ODD (in girls), between mothers' aggressive behavior and ODD (in boys), and between parents' rule-breaking and ODD both in boys and girls. For both sexes, there was a direct association between mothers' aggressive behavior score and ODD. The association between fathers' psychopathology and ODD was not mediated by the fathers' parenting practices. Fathers' anxiety-depression and aggressive behavior scores were directly associated with ODD. **Conclusions:** Parents' psychopathology must be explored and, in families where such psychopathology is a relevant variable, parenting practices must be addressed with a view to the prevention and treatment of children's ODD in the preschool years.

Keywords: Oppositional defiant disorder, parental psychopathology, parenting, preschoolers.

Resumen

Las prácticas educativas de los padres como variables mediadoras entre la psicopatología parental y el trastorno negativista desafiante en preescolares. Antecedentes: la frecuencia del trastorno negativista desafiante (TND) y las consecuencias negativas a largo plazo hacen que la comprensión de este trastorno sea una prioridad. El objetivo de este estudio fue evaluar el papel mediador de determinadas prácticas educativas en la relación entre la psicopatología de los padres y el TND de los hijos. **Método:** una muestra comunitaria de 622 niños se evaluó longitudinalmente a los 3 y 5 años. **Resultados:** a los 3 y 5 años el castigo corporal medió la relación entre la ansiedad - depresión de la madre y TND (en las niñas), entre el comportamiento agresivo de la madre y TND (en los niños) y entre la ruptura de normas de las madres y TND en ambos sexos. Existe una asociación directa entre la puntuación de la conducta agresiva de la madre y el TND. El estilo educativo del padre no medió la asociación entre la psicopatología del padre y TND. Ansiedad - depresión y comportamiento agresivo del padre se asoció directamente con TND. **Conclusiones:** se debe explorar la psicopatología parental en familias de niños con TND y considerar las prácticas educativas como variables relevantes para la prevención y el tratamiento del TND.

Palabras clave: Trastorno Negativista Desafiante, psicopatología parental, crianza, preescolares.

Oppositional defiant disorder (ODD) is very frequent in preschoolers, the prevalence of this disorder being in the range 6.6% to 13.4% (Bufferd, Dougherty, & Carlson, 2011; Ezpeleta, de la Osa, & Doménech, 2014), with no sex differences being found as regards its prevalence in this age group. The severity and variety of conditions comorbid with ODD (Maughan, Rowe, Messer, Goodman, & Meltzer, 2004), its persistence over time (Copeland, Shanahan, Costello, & Angold, 2009) and the long-term negative outcomes associated with it (delinquency, substance abuse, etc.) (Silver, Measelle, Armstrong, & Essex, 2010) make the understanding and prevention of this disorder a high priority.

Previous studies have shown that the clinical condition of ODD in boys and in girls presents differences in symptomatology, severity, associated impairment and comorbidity (Trepal & Ezpeleta, 2011), which must all be taken into account in investigation of this disorder.

ODD is understood to result from the interaction of the child's individual characteristics (e.g., a temperament characterized by negative emotionality) and the characteristics of the context. Contextual risk factors for ODD have been related to parental psychopathology, marital discord, disorganized families and parenting style characterized by practices such as corporal punishment and inconsistent discipline.

Regarding parental psychopathology, major depression (Goodman, Rouse, Connell, Broth, Hall, & Heyward, 2011), hostility (Nordahl, Wells, Olsson, & Bjerkeset, 2010), a history of antisocial behavior (Davies, Sturge-Apple, Cicchetti, Manning, & Vonhold, 2012), substance abuse (Nordahl, Wells, Olsson, & Bjerkeset, 2010; West & Newman, 2003) and Attention Deficit

Hyperactivity Disorder (ADHD) (Goldstein, Harvey, Friedman-Weieneth, Courteny, Tellert, & Sippel, 2007) have been associated with ODD in the child. It has been hypothesized that mental health problems in the parents influence other mediating variables, such as quality of attachment, quality of the relationship with the child, quality of the care provided or parenting style.

Currently, there is a broad consensus about Maccoby and Martin's (1983) proposal of a theoretical model of parenting styles, in which the dimensions of demandingness, operationalized with measures of severity and parental firmness (Steinberg, 2005), and responsiveness, operationalized with measures of affection and acceptance (Steinberg, 2005), are theoretically orthogonal (Darling & Steinberg, 1993). The result of the combination of these two dimensions is four types of parenting style: Authoritative (high levels of acceptance / involvement and strictness-imposition), Indulgent (high levels of acceptance / but low levels of involvement strictness-imposition), Authoritarian (low levels of acceptance / involvement and high levels of strictness-imposition) and Neglectful (low levels of acceptance / involvement and strictness-imposition) (Maccoby & Martin, 1983). Recent studies indicate that the impact of different parenting styles in psychosocial adjustment may vary depending on cultural differences (García, & Grace, 2014; Musito & García, 2004).

In the context of different parenting styles, practices such as harsh punishment with frequent beatings or inconsistent discipline predict behavior problems both in children and adolescents (Loeber, Burke, & Pardini, 2009).

The difficult temperamental characteristics of the child make it more difficult for the parents to manage child's behavior and to apply adequate practices (Burke, Pardini, & Loeber, 2008). The effect of rearing style may differ between boys and girls, and is more closely linked to externalizing problems in boys. Leve, Kim and Pears (2005) reported that harsh discipline at age 5 predicted behavior problems 12 years later in boys; in girls, on the other hand, this association was found only in those who scored low in shyness or high in impulsivity.

Studies on the relationship between parental psychopathology, rearing style and ODD in preschoolers are scarce. Lavigne, Gouze, Hopkins, Bryant, and LeBailly (2012) examined the mediating variables in the association between parental depression and ODD in a community sample of children aged 4, and found that parenting style (high levels of hostility, low levels of support, and quality of scaffolding) and the child's temperament (including negative affect and sensory regulation) mediated this relation.

The study of these variables is complicated in view of two main difficulties. First, most studies do not focus on ODD per se, because they consider ODD in combination with conduct disorders or ADHD, so that the specific correlates of ODD are unclear (Greene, Bierderman, Zerwas, Monuteaux, Goring, & Faraone, 2002). And second, most research concentrates on the mother's psychopathology, with scant representation of the father's (Phares, López, Fields, Komboukos, & Duhig, 2005); moreover, when the father is included, it is common to combine the psychological data he provides with the data from the mothers, so that they become mixed up and it is impossible to know the relative contribution of each parent.

Therefore, more studies are needed on the mechanisms related to parental psychopathology, rearing style and ODD that overcome the limitations mentioned and focus on preschoolers – the age at which this disorder usually starts –, analyzing the relationships

longitudinally in the general population. The main purpose of the present study is to assess the extent to which parenting practices mediate the relation between parental psychopathology (either mother's or father's) and ODD. As a complementary measure, we assess the invariance of mediational models according to children's sex.

Method

Participants

Participants were part of a longitudinal study on ODD from age 3, carried out with a two-phase (also called double) sampling design (the research is detailed in Ezpeleta, de la Osa, & Doménech, 2014). Initially, 2283 children were invited to participate, randomly selected from the Barcelona (Spain) census of schools for the academic year 2009-10 and preschoolers 3 years-old. Fifty-four schools were represented, 25.9% of which were grant-assisted private and 74.1% public (state-funded). A total of 1,341 families (58.7%) agreed to participate in the first-phase sampling. There were no sex differences ($p = .951$) between those who agreed to take part and those who did not, but participation was higher in the public schools than the private (semi-public) schools (44.4 vs. 35.7%; $p < .001$) and in families with higher socio-economic status (92.7% high-level vs. 39.5% low-level; $p < .001$).

The first-sampling phase included a screening tool to ensure the inclusion of children with possible psychopathological problems: the parent's version of the *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)* (Goodman, 1997). Four questions were added to cover all the DSM-IV diagnostic criteria for ODD. One hundred and thirty-five cases (10.6%) refused to participate in the second phase. These cases did not differ in sex ($p = .815$) or type of school ($p = .850$) from those who agreed to participate, but children who did agree to participate were from a higher socioeconomic status (86.2 vs. 73.6 %; $p = .007$). All the families with positive screening were invited to participate in the second phase and the follow-up, as well as 30% of the families with negative screening. The positive screening group included 417 children (206 boys; 49.4%) and the negative screening group, 205 children (105 boys; 51.2%). Children with intellectual disability or pervasive developmental disorder were excluded, as were those from families that did not speak Spanish, those whose primary caregivers were unable to provide reports, and those from families that were planning to move during the year following the beginning of the study (in total, 75 children were excluded). The final sample included 622 children and their parents (demographic data are shown in Table 1), who were included in the follow-up and assessed with the complete battery of measures.

Instruments

The *Diagnostic Interview for Children and Adolescents for Parents of Preschool Children (DICA-PPC)*; Reich & Ezpeleta, 2009) was used for the diagnosis of ODD, following the *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-text revision (4th ed.)*; American Psychiatric Association, 2000) criteria. This instrument has shown good test-retest reliability and moderate convergence with other psychopathology measures (Ezpeleta, de la Osa, Granero, Doménech, & Reich, 2011). The interview was administered to parents when the children were aged 3 ($n = 622$)

Table 1
Demographic characteristics of the sample (N = 622)

Child			
Age (mean; SD)	3.8 (1.33)	School (n; %)	
Sex (N; %)		Public	397 (63.8)
Male	311 (50.0)	Semi-public	225 (36.2)
Race/ethnicity (N; %)		Living with... Both biological parents	585 (94.7)
Non-Hispanic white	557 (89.5)	(n; %)	
Hispanic- American	46 (7.4)	Adoptive parents	7 (1.1)
Other	19 (3.1)	Reconstructed family	9 (1.5)
		One-parent family	30 (4.8)
Family socioeconomic status (N; %)		Born outside Spain (n; %)	
High	205 (33.0)	Child	19 (3.1)
Mean-high	280 (45.0)	Mother	88 (14.2)
Low	137 (22.0)	Father	94 (15.6)
Parents			
	Mother	Father	
Age (mean; SD)	36.4 (4.7)	38.6 (5.8)	
Education (N; %)			
College/university	340 (54.7)	279 (45.7)	
High school/incomplete college	178 (28.6)	197 (32.2)	
Middleschool/incomplete high school	92 (14.8)	122 (20.0)	
Elementary school or less	12 (1.9)	13 (2.1)	
Occupation (N; %)			
Major/minor professional/administration	279 (45.1)	273 (45.7)	
Technician/Clerical/Skilled	200 (32.3)	237 (39.6)	
Unskilled	140 (22.6)	88 (14.7)	
Unemployed	112 (18.0)	46 (7.4)	
Education unavailable for 11 parents			

and 5 ($n = 574$). No differences in sex ($p = .238$) or socioeconomic status ($p = .068$) were found associated with drop-out during the follow-up.

The *Alabama Parenting Questionnaire-Pr* (APQ-Pr; de la Osa, Granero, Penelo, Doménech, & Ezpeleta, 2013) is the Spanish version for parents of preschoolers of the *Alabama Parenting Questionnaire* (Frick, 1991). The APQ has been widely used to assess the behavior of parents of children with externalizing disorders. It has 42 items, clustered in 5 subscales: parental involvement, positive parenting, poor monitoring/supervision, inconsistent discipline and corporal punishment. It was answered by 570 mothers and 306 fathers of 3-year-old children. The Spanish version of the APQ, which was used in the same sample of our study, shows between moderate to very good internal consistency.

Adult Self-Report (ages 18-59 years) (ASR; Achenbach & Rescorla, 2003). This instrument assesses behavioral problems in adults aged 18 to 59. The Emotional And Behavioral Problems section includes 8 empirical syndromes that can be classified as internalizing problems (Anxious/Depressed, Withdrawn, Somatic Complaints and Thought problems) and externalizing problems (Attention problems, Aggressive behavior, Rule-breaking behavior, and Intrusive). Mothers ($N = 570$) and fathers ($N = 306$) answered the questionnaire when their children were aged 3. Internal consistency for mothers' reports ranged between .58

for the Intrusive scale and .92 for the total score, and for fathers' reports, it ranged between .54 for Rule-Breaking behavior and .93 for the total score.

Procedure

The study was approved by the ethics review committee of the author's institution. All 3-year-old preschoolers along with their families were invited to take part. The heads of the participating schools, as well as the children's parents, received a complete description of the study. Families were recruited at the schools and gave written consent. All parents of children from P3 (3 years-olds) in the participating schools were invited to answer the SDQ at home and return it to the schools. Families who agreed and met the screening criteria were contacted by phone and interviewers trained in the use of the DICA-PPC carried out the diagnostic interview with the parents at the school. Interviewers were blind to interviewees' screening group. All the interviews were recorded and supervised. On the same day as the interview, parents answered the APQ-Pr and ASR.

Data analysis

The mediational hypotheses were tested by means of Structural Equation Modeling (SEM) with STATA13 for Windows. Separate pathways were computed for the ASR/APQ-mother's and ASR/APQ-father's reports, and given the two-phase sampling, the *sampling weights procedure* was used, assigning to each participant a weight equal to the inverse probability of selection in the second phase of the design. Invariance of the structural parameters across children's sex was assessed through the group-level post-estimation procedure (*invariant test*). Overall goodness-of-fit statistics were assessed using the χ^2 test, the root mean square error of approximation (RMSEA), baseline comparison indexes (comparative fit index, CFI, and Tucker-Lewis index, TLI) and residual size (standardized mean square residual, SMSR). A fit was considered to be good if (Kline, 2010): a non-significant result ($p > .05$) was obtained for the χ^2 test, the RMSEA was under .08, the CFI-TI coefficients were above .90 and the SRMR was no higher than .08. The equation-level goodness-of-fit and effect sizes were also calculated via R^2 coefficients for each equation and for the global model (these coefficients measure the proportion of the variance explained by the indicator/s), multiple correlation (mc) and the Bentler-Raykov multiple correlation (mc^2 ; Bentler & Raykov, 2000). The two last-mentioned coefficients indicate the relatedness of each dependent variable to the linear prediction of the model (in non-recursive models, mc^2 is computed to avoid the problem of obtaining inconsistent negative multiple correlations).

Results

Table 2 shows the Pearson correlations between the variables considered for the paths. The independent and mediating variables selected for the SEM were those with the strongest associations with ODD outcome (measured as the total number of symptoms in the diagnostic interview, labeled ODD-symptoms in this section). As the number of ASR scales (independent variables of the paths) was too high to permit a good level of fit, various shorter paths were tested previously, in a first step, so as to choose those with the

best fit (the scales selected were Anxious-Depressed, Aggressive Behavior and Rule-Breaking). For the APQ scales (mediating variables), Corporal Punishment and Inconsistent Discipline were selected for their strong relationships with ODD-symptoms.

Table 3 shows the results of the final structural equation models, and Figure 1 the path diagrams and standardized structural coefficients. The mothers' path yielded good fit: $\chi^2 = 5.75, p = .219$; RMSEA = .029, CFI = .992, TLI = .965 and SRMR = .018. Predictive ability for the overall pathway was also good ($R^2 = .156$). Assessment of invariance by children's sex yielded a significant result ($\chi^2 = 23.9, p = .047$), indicating that some structural coefficients were different for boys and girls (in the path diagram the different lines for each gender represent coefficients with non-invariance; separate results by sex are shown in Table 3). Corporal punishment mediated the relationships between mother's Anxiety-Depression and ODD-symptoms at ages 3 and 5 (for girls), between mother's Aggressive Behavior and ODD-symptoms at ages 3 and 5 (for boys), and between Rule-Breaking

and ODD-symptoms at ages 3 and 5 for both boys and girls. For both genders, there was a direct association between Aggressive Behavior score and ODD-symptoms. Parents' Rule-Breaking was associated with Inconsistent Parenting style, but the path did not continue to ODD-symptoms.

Fathers' path also yielded adequate goodness of fit, though it was poorer than that of the mothers: $\chi^2 = 8.51, p = .075$; RMSEA = .063, CFI = .940, TLI = .729 and SRMR = .030. Overall predictive capacity was also lower than for mothers ($R^2 = .088$). Assessment of invariance by children's sex yielded a non-significant result ($\chi^2 = 14.6, p = .405$), indicating that structural coefficients were statistically equal for boys and girls. The association between father's psychopathology and ODD-symptoms was not mediated by the father's rearing style. Father's Anxiety-Depression and Aggressive Behavior score was directly associated with ODD-symptoms. Parents' Rule-Breaking was associated with Inconsistent Parenting style, but the path did not continue to ODD-symptoms.

Table 2
Correlation matrix

Mothers (n = 570)		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
APQ: positive parenting (1)		.70	.07	-.09	-.31	.25	.11	.03	.03	-.08	.00	-.12	-.16	-.10	-.05	-.14	-.02
APQ: involvement (2)		-	.00	-.19	-.37	.18	.11	-.04	-.03	-.14	-.11	-.14	-.20	-.17	-.07	-.14	-.04
APQ: poor monitoring (3)			-	.13	.16	.06	.01	.01	.07	.08	.06	.15	.05	.08	.05	.06	.13
APQ: corporal punishment (4)				-	.13	-.03	-.05	.17	.21	.15	.20	.14	.12	.13	.10	.06	.09
APQ: inconsistent (5)					-	.15	-.13	.11	.05	.18	.22	.18	.18	.11	.14	.19	.16
APQ: norms (6)						-	.33	-.01	-.04	-.13	-.10	-.16	-.22	-.15	-.09	-.22	-.01
APQ: autonomy (7)							-	-.08	-.09	-.18	-.12	-.14	-.19	-.12	-.12	-.22	-.08
# ODD symptoms (age 3) (8)								-	.41	.17	.18	.08	.10	.15	.15	.15	.05
# ODD symptoms (age 5) (9)									-	.10	.12	.06	.10	.15	.06	.08	.02
ASR-Mother: anxious-depr. (10)										-	.60	.38	.55	.55	.53	.67	.28
ASR-Mother: aggressive (11)											-	.48	.39	.41	.44	.43	.45
ASR-Mother: rule-breaking (12)												-	.32	.27	.38	.44	.47
ASR-Mother: withdrawn (13)													-	.38	.42	.39	.09
ASR-Mother: somatic (14)														-	.48	.49	.22
ASR-Mother: thought (15)															-	.46	.32
ASR-Mother: attention (16)																-	.29
ASR-Mother: intrusive (17)																	-
Fathers (n = 306)																	
APQ: positive parenting (1)		.41	.19	-.02	-.08	.29	.12	.12	.05	.00	-.07	-.03	-.02	.00	-.03	-.10	-.02
APQ: involvement (2)			-	.19	-.13	-.10	.25	.27	.01	.03	-.04	-.01	.00	-.03	-.03	-.10	-.11
APQ: poor monitoring (3)				-	.08	.19	.18	.04	.08	.12	.07	.10	.10	.02	.06	.09	.10
APQ: corporal punishment (4)					-	.17	.06	-.08	.10	.17	.07	.06	.10	.02	-.04	.03	-.03
APQ: inconsistent (5)						-	.12	-.12	.07	.11	.16	.22	.18	.00	.10	.24	.17
APQ: norms (6)							-	.34	-.02	-.08	-.09	-.06	.00	-.08	-.08	-.03	-.14
APQ: autonomy (7)								-	.12	-.15	-.12	-.04	-.01	-.01	-.03	-.05	-.09
# ODD symptoms (age 3) (8)									-	.36	.10	-.03	.05	.09	-.05	.03	.07
# ODD symptoms (age 5) (9)										-	.13	.07	.17	-.02	-.03	.19	.15
ASR-Father: anxious-depr. (10)											-	.66	.39	.48	.51	.60	.65
ASR-Father: aggressive (11)												-	.47	.47	.45	.50	.47
ASR-Father: rule-breaking (12)													-	.27	.28	.45	.42
ASR-Father: withdrawn (13)														-	.25	.25	.41
ASR-Father: somatic (14)															-	.42	.41
ASR-Father: thought (15)																-	.38
ASR-Father: attention (16)																	-
ASR-Father: intrusive (17)																	

Table 3
Structural equation modeling for mothers' reports

	Invariance (sex)		Structural equation model							
	χ^2	p	Coeff.	SE	z	p	95% CI (coeff.)	R ²	mc	mc ²
<i>Mothers' reports</i>										
APQ_Corporal								.072	.269	.072
ASR_Anxiety/depres.	6.05	.014	0.055 ^a	0.020	2.68	.007	0.015	0.095		
			-0.020 ^a	0.022	-0.089	.371	-0.065	0.024		
ASR_Aggressive	3.89	.049	0.018 ^a	0.026	0.67	.500	-0.034	0.069		
			0.093 ^b	0.028	3.37	.001	0.039	0.147		
ASR_Rules	1.69	.193	0.076	0.038	1.980	.047	0.001	0.151		
APQ_Inconsis								.060	.245	.060
ASR_Anxiety/depres.	0.58	.445	0.046	0.031	1.500	.133	-0.014	0.107		
ASR_Aggressive	0.95	.330	0.051	0.038	1.340	.182	-0.024	0.126		
ASR_Rules	3.51	.061	0.214	0.076	2.810	.005	0.065	0.364		
ODD (age 3)								.079	.281	.079
APQ_Corporal	0.44	.508	0.175	0.055	3.170	.002	0.067	0.282		
APQ_Inconsis	1.72	.190	0.052	0.027	1.880	.060	-0.002	0.106		
ASR_Anxiety/depres.	2.76	.097	0.037	0.019	1.890	.059	-0.001	0.075		
ASR_Aggressive	0.20	.652	0.059	0.024	2.420	.015	0.011	0.107		
ASR_Rules	1.58	.208	-0.078	0.048	-1.610	.107	-0.173	0.017		
ODD (age 5)								.201	.449	.201
APQ_Corporal	0.48	.488	0.134	0.047	2.860	.004	0.042	0.226		
APQ_Inconsis	0.87	.369	-0.027	0.023	-1.160	.247	-0.073	0.019		
ODD (age 3)	0.79	.375	0.388	0.037	10.460	<.001	0.315	0.460		
<i>Fathers' reports</i>										
APQ_Corporal								.016	.127	.016
ASR_Anxiety/depres.	0.35	.555	0.001	0.024	0.00	.998	-0.046	0.047		
ASR_Aggressive	4.78	.029	0.006	0.027	0.21	.830	-0.046	0.058		
ASR_Rules	0.59	.444	0.080	0.046	1.73	.084	-0.011	0.171		
APQ_Inconsis								.047	.217	.047
ASR_Anxiety/depres.	0.25	.617	-0.007	0.038	-0.18	.860	-0.082	0.068		
ASR_Aggressive	1.01	.314	0.060	0.043	1.41	.158	-0.023	0.144		
ASR_Rules	1.93	.165	0.163	0.075	2.18	.029	0.016	0.309		
ODD (age 3)								.054	.233	.054
APQ_Corporal	0.21	.650	0.183	0.083	2.20	.028	0.020	0.346		
APQ_Inconsis	0.29	.592	0.084	0.052	1.63	.102	-0.017	0.186		
ASR_Anxiety/depres.	0.02	.902	0.077	0.033	2.35	.019	0.013	0.142		
ASR_Aggressive	0.36	.551	-0.095	0.037	-2.58	.010	-0.167	-0.023		
ASR_Rules	3.44	.064	0.059	0.065	0.91	.362	-0.068	0.186		
ODD (age 5)								.159	.399	.159
APQ_Corporal	0.01	.979	0.083	0.073	1.14	.256	-0.060	0.227		
APQ_Inconsis	1.85	.174	0.025	0.045	0.56	.574	-0.062	0.112		
ODD (age 3)	0.17	.678	0.354	0.051	6.88	<.001	0.253	0.455		

mc: multiple correlation between dependent variable and its prediction. mc²: Bentler-Raykov squared mc-coefficient. Coefficients differentiate by sex for significant invariance: ^agirls and ^bboys

Discussion

The interest of this study resided in identifying the variables that mediate in the association between parental psychopathology and ODD in preschoolers from the general population. We found that mother's parenting style characterized by corporal or harsh punishment mediates the association between maternal psychopathology and ODD; father's psychopathology was directly related to ODD, with no mediation of rearing style.

Previous studies suggest that parenting style, conditioned by parental depression, facilitates the emergence of behavioral problems in children (Davies et al., 2012). Depressed mothers present more irritability, emotional arousal alteration and difficulties in emotional management, and tend to interpret their children's behavior with a negative attribution bias. All such aspects make depressed mothers' parenting style more inappropriate, reduce the quality of mother-child interaction and render the family environment more stressful (Goodman et al.,

2011), which, in turn, makes increased use of corporal punishment more probable (Lavehoy, Graczyk, O'Hare, & Neuman, 2000). Likewise, corporal punishment can provoke anger in the children

and this can bring about the typical oppositional and defiant behaviors, whereas perceiving their mothers as hostile can make children react with even more hostility. Consistent with previous

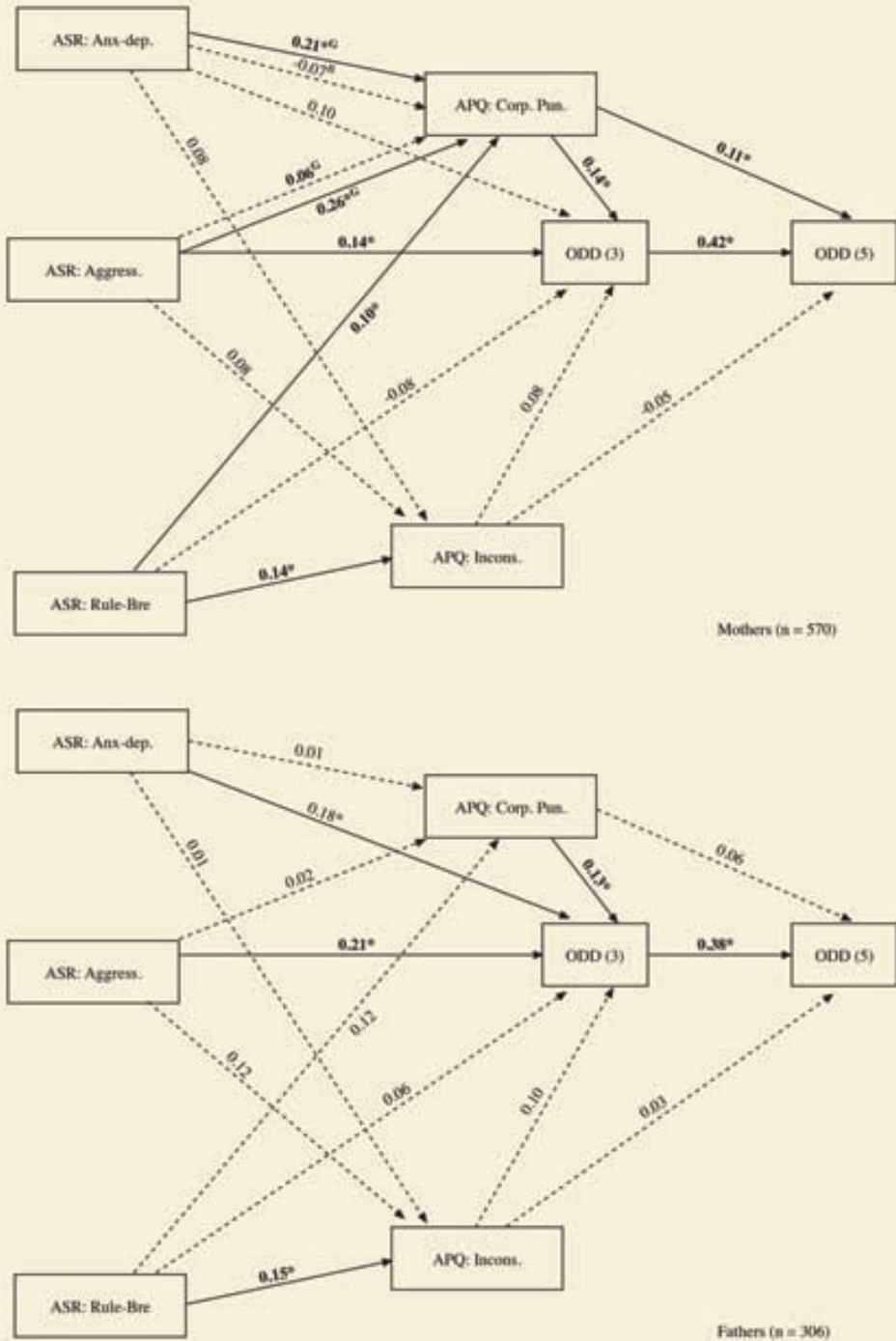


Figure 1. Structural Equation Model (standardized coefficients).
 * Bold and unbroken line: significant parameter.
 Coefficients differentiate by sex for significant invariance: ^ogirls and ^hboys

studies, in our sample of Spanish children, the use of punishment could be perceived by the children in this culture as intrusive and coercive (García & Grace, 2014; White & Schnurr, 2012), thereby increasing their behavioral problems rather than helping to control them.

Lately, literature highlights the importance of examining separately the contribution of mothers and fathers in the context of child psychopathology. Harper, Brown, Arias and Brody (2006), for example, pointed out the need of analyzing separately the effects of corporal punishment by mothers and fathers, as the impact of corporal punishment on the children may vary by sex of the parent who punishes. Also, Gershoff (2002) observes that mothers punish more than fathers. Xu, Tung and Dunaway (2000) propose that the greater frequency of corporal punishment by mothers may be attributable to the greater amount of time they spend with their children, given that women continue to be the primary caregivers even when they are also in paid employment. In this line, we contribute to determining the differential pathway of mothers' and fathers' psychological problems to ODD, which may be useful to plan different treatments for mothers and fathers with mental health problems.

The mediational path was different for boys and girls. Previous studies on sex differences and rearing styles have reported contradictory results (Tung, Li, & Lee, 2012). David and Lyons-Ruth (2005) found that girls responded with more approach than boys to mothers who threatened and punished, suggesting behavioral differences by sex at early ages in response to negative environmental stressors. Other studies, in contrast, found no such differences by sex (Browne, Oduyungbo, Thabane, Byrne, & Smart, 2010). More research is needed to ascertain whether parenting styles might affect boys and girls differently in the development of behavioral problems.

Our study also shows a direct association between parents' aggressive behavior and ODD. Aggressive behaviors are learnt by modeling, but they are also transmitted genetically, so that if the

father presents aggressive behavior, there is a higher probability that his children will show defiant and aggressive behaviors (Davies et al., 2012).

The results of this study have several implications for the development and implementation of prevention and treatment programs for ODD. Given the mediating role of corporal punishment, one of the goals of ODD prevention programs should be to train mothers who present anxiety-depression and/or aggressive and antisocial behavior in parenting strategies that can serve as an appropriate alternative to the use of corporal punishment. Intervention programs focused on parents' training in behavior modification techniques have shown their efficacy in the context of ODD treatment (Webster-Stratton & Reid, 2010).

Another focus of ODD prevention programs should be parental psychopathology, which has been confirmed as a risk factor for the origin and maintenance of behavior problems in preschool children.

In conclusion, the results of this study on ODD in preschoolers support the mediating role of the parenting style characterized by the use of corporal punishment and the role of sex as an influential variable in the action mechanisms operating between parenting style, parental psychopathology and ODD. They also highlight the need to consider the psychopathology of mothers and fathers separately.

The present study has several strengths, including the sample size, its longitudinal approach, the separate study of mothers' and fathers' psychopathology, the analysis of sex differences, the specific study of ODD and the use of a semi-structured interview for diagnosis of the disorder. Nevertheless, it should be mentioned that, even if the fathers' sample is worthy of consideration, fewer fathers than mothers participated in our study.

Acknowledgements

This work was supported by grant PSI2012-32695 from the Spanish Ministry of Economy and Competitiveness.

References

- Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2003). *Manual for the ASEBA Adult Forms and Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of Disorders* (4th ed). Washington, DC: Author.
- Bentler, P.M., & Raykov, T. (2000). On measures of explained variance in nonrecursive structural equation models. *Journal of Applied Psychology, 85*, 125-131.
- Browne, D.T., Oduyungbo, A., Thabane, L., Byrne, C., & Smart, L.A. (2010). Parenting by gender interactions in child psychopathology: Attempting to address inconsistencies with a Canadian national database. *Child and Adolescent Psychiatric Mental Health Journal, 4*, 1-13.
- Bufferd, S.J., Dougherty, L.R., Carlson, G.A., & Klein, D.N. (2011). Parent-reported mental health in preschoolers: Findings using a diagnostic interview. *Comprehensive Psychiatry, 52*, 359-369.
- Burke, J.D., Pardini, D.A., & Loeber, R. (2008). Reciprocal relationships between parenting behavior and disruptive psychopathology from childhood through adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology, 36*, 679-692.
- Copeland, W.E., Shanahan, L., Costello, E.J., & Angold, A. (2009). Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of General Psychiatry, 66*(7), 764-772.
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin, 113*, 487-496.
- David, D.H., & Lyons-Ruth, K. (2005). Differential attachment responses of male and female infants to frightening maternal behavior: Tend and befriend versus fight or flight? *Infant Mental Health Journal, 21*, 1-18.
- Davies, P.T., Sturge-Apple, M.L., Cicchetti, D., Manning, L.G., & Vonhold, S.E. (2012). Pathways and processes of risk in associations among maternal antisocial personality symptoms, interparental aggression, and preschoolers' psychopathology. *Development and Psychopathology, 24*, 807-832.
- Ezpeleta, L., Osa, N.D.L., & Doménech, J.M. (2014). Prevalence of DSM-IV disorders, comorbidity and impairment in 3-year-old Spanish preschoolers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 49*(1), 145-155.
- Ezpeleta, L., Osa, N.D.L., Granero, R., Doménech, J.M., & Reich, W. (2011). The diagnostic interview for children and adolescent for parents of preschool children. *Psychiatry Research, 190*, 137-144.
- Frick, P.J. (1991). *The Alabama parenting questionnaire*. Unpublished rating scale, University of Alabama.
- García, F., & Gracia, E. (2014). The indulgent style and developmental outcomes in South European and Latin American countries. In H. Selin (Ed.), *Parenting across cultures: Childrearing, motherhood and*

- fatherhood in non-Western cultures (Vol. 7, pp. 419-433). Dordrecht, Netherlands: Springer.
- Gershoff, E.T. (2002). Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: A meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin*, 128(4), 539-579.
- Goldstein, L.H., Harvey, E.A., Friedman-Weineth, J.L., Courteny, P., Tellert, A., & Sippel, J.C. (2007). Examining subtypes of behavior problems among 3-year-old children. Part II: Investigating differences in parent psychopathology, couple conflict, and other family stressors. *Journal of Abnormal Child Psychology* 35, 111-123.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 38, 581-586.
- Goodman, K.E., Rouse, M.H., Connell, A.M., Broth, M.R., Hall, C.M., & Heyward, D. (2011). Maternal depression and child psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14, 1-27.
- Greene, R.W., Biederman, J., Zerwas, S., Monuteaux, M.C., Goring, J.C., & Faraone, S.V. (2002). Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with Oppositional Defiant Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1214-1224.
- Harper, F.W.K., Brown, A.M., Arias, I., & Brody, G. (2006). Corporal punishment and kids: How do parent support and gender influence child adjustment? *Journal of Family Violence*, 21(3), 197-207.
- Kline, R.B. (2010). *Principles and practice of structural equation modeling (3rd ed.)*. New York, New York: Guilford Press.
- Lavehoy, M.C., Graczyk, P.A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 20(5), 561-592.
- Lavigne, J.V., Gouze, K.R., Hopkins, J., Bryant, F.B., & LeBailly, S. (2012). A Multi-Domain Model of risk factors for ODD symptoms in a community sample of 4-year-olds. *Journal of Abnormal Psychology*, 121, 741-757.
- Leve, L.D., Kim, H.K., & Pears, K.C. (2005). Childhood temperament and family environment as predictors of internalizing and externalizing trajectories from ages 5 to 17. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 505-520.
- Loeber, R., Burke, J.D., & Pardini, D.A. (2009). Development and etiology of disruptive and delinquent behavior. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 291-310.
- Maccoby, E.E., & Martin, J.A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In P.H. Mussen (Ed.), *Handbook of child Psychology* (Vol. 4, pp. 1-101). New York: Wiley.
- Maughan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R., & Meltzer, H. (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: Developmental epidemiology. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 45(3), 609-621.
- Musito, G., & García, J.F. (2004). Consecuencias de la socialización familiar en la cultura española. *Psicothema*, 16, 288-293.
- Nordahl, H., Wells, A., Olsson, C., & Bjerkeset, O. (2010). Association between abnormal psychosocial situations in childhood, generalized anxiety disorder and oppositional defiant disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 852-858.
- Osa, N. de la, Granero, R., Penelo, E., Doménech, J.M., & Ezpeleta, L. (2014). Psychometric properties of the Alabama Parenting Questionnaire - Preschool revision (APQ-Pr) in 3 year-old Spanish preschoolers. *Journal of Child and Family Studies*, 23, 776-784.
- Phares, V., López, E., Fields, S., Kamboukos, D., & Duhig, A.M. (2005). Are fathers involved in pediatric Psychology research and treatment? *Journal of Pediatric Psychology*, 30(8), 631-643.
- Reich, W., & Ezpeleta, L. (2009). Diagnostic interview for children and adolescents - version for parents of preschoolers (3-7 years). Unpublished rating scale, Division of Child Psychiatry, Schools of Medicine, Washington University, St. Louis, MO, USA.
- Silver, R.B., Measelle, J.R., Armstrong J.M., & Essex, M.J. (2010). The impact of parents, child care providers, teachers, and peers on early externalizing trajectories. *Journal of School Psychology*, 48, 555-583.
- Steinberg, L. (2005). Psychological control: Style or substance? In J.G. Smetana (Ed.), *New directions for child and adolescent development: Changes in parental authority during adolescence* (pp. 71-78). San Francisco: Jossey-Bass.
- Trepát, E., & Ezpeleta, L. (2011). Sex differences in Oppositional Defiant Disorder. *Psicothema*, 23(4), 666-671.
- Tung, Y., Li, J.J., & Lee, S.S. (2012). Child sex moderates the association between negative parenting and childhood conduct problems. *Aggressive Behavior*, 38, 239-251.
- Webster-Stratton, C., & Reid M.J. (2010). The incredible years parents, teachers, and children training series: A multifaceted treatment approach for young children with conduct disorders. In J.R. Weisz, & A.E. Kazdin (2010), *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents*. Second Edition. NY: The Guilford Press.
- West, A.E., & Newman, D.L. (2003). Worried and blue. Mild parental anxiety and depression in relation to the development of young children's temperament and behavior problems. *Parenting: Science and Practice*, 3, 133-154.
- White, J., & Schnurr, M.P. (2012). Developmental Psychology. In F.T.L. Leong, W.E. Pickren, M.M. Leach, & A.J. Marsella (Eds), *Internationalizing the psychology curriculum in the United States* (pp. 51-73). New York: Springer.
- Xu, X., Tung, Y., & Dunaway, R.C. (2000). Cultural, human, and social capital as determinants of corporal punishment: toward an integrated theoretical model. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 603-630.



5 | RESULTADOS: ARTÍCULOS EMPÍRICOS

5.3. Síntesis de resultados.

Resultados: Sex differences in oppositional and defiant disorder

Prevalencia de los síntomas por sexo:

- Los niños presentaron con mayor frecuencia que las niñas los síntomas: molestar deliberadamente y acusar a los otros.

Deterioro funcional, sexo y malestar:

- Los niños presentaron significativamente más deterioro que las niñas en el ámbito escolar, en la comunidad y en el comportamiento con los otros. Las niñas presentaron puntuaciones mayores en humor/emoción, autolisis y cognición.
- Los niños negativistas fueron expulsados del colegio con más frecuencia y tuvieron más contactos con la policía que las niñas negativistas.
- No hubo diferencias en el malestar que niños y niñas sentían por su sintomatología negativista, ni en las consultas por TND.

Comorbilidad:

- Según la información de los padres, las niñas presentaron mayor puntuación de sintomatología ansiosa-depresiva, más quejas somáticas y más problemas interiorizados, mientras que los niños presentaron más problemas atencionales.
- Cuando informaron los propios adolescentes, las chicas refirieron mayor sintomatología ansiosa-depresiva, más quejas somáticas y obtuvieron puntuaciones más altas en interiorizado y total.
- En los niños, el TND se asoció significativamente con TDAH, mientras que en las niñas se asoció con depresión mayor y ansiedad generalizada.

Resultados: Parenting practices as mediating variables between parents' psychopathology and Oppositional Defiant Disorder in preschoolers

Madre

- El castigo corporal en las edades de 3 y 5 años medió la relación entre la ansiedad-depresión de la madre y síntomas TND (para niñas), entre el comportamiento agresivo de las madres y TND (para niños) y entre quebrantamiento de normas de las madres y TND tanto para niños como para niñas.
- Para ambos sexos, hubo una asociación directa entre puntuación en comportamiento agresivo de la madre y síntomas TND.
- El quebrantamiento de normas de las madres estuvo asociado con estilo parental inconsistente pero la trayectoria no continuó hasta los síntomas TND.

Padre

- La psicopatología de padre (ansiedad, depresión y comportamiento agresivo) y síntomas de TND en el niño se asocia directamente sin mediación de las prácticas parentales.
- El quebrantamiento de normas de los padres estuvo asociado con estilo parental inconsistente pero la trayectoria no continuó hasta los síntomas TND.
- No se obtuvieron diferencias de sexo en ninguna de las asociaciones estudiadas.

...the first of these is the fact that the ...

...the second of these is the fact that the ...

...the third of these is the fact that the ...

...the fourth of these is the fact that the ...

...the fifth of these is the fact that the ...

...the sixth of these is the fact that the ...

...the seventh of these is the fact that the ...

...the eighth of these is the fact that the ...

...the ninth of these is the fact that the ...

...the tenth of these is the fact that the ...

6 | DISCUSIÓN

“El objeto de toda discusión no debe ser el triunfo sino el progreso”.

Joseph Joubert

El objetivo general de este compendio ha sido estudiar las diferencias de sexo en el Trastorno Negativista Desafiante y las posibles variables moderadoras/mediadoras en la asociación entre factores de riesgo y el TND. Los resultados señalan que el cuadro clínico del TND en niños y niñas que acuden a consulta externa presenta diferencias de sexo en la sintomatología, gravedad, deterioro asociado y comorbilidad. Por tanto, el sexo se puede considerar como una variable moderadora del TND. En cuanto a las posibles variables mediadoras en niños preescolares de la población general, se ha encontrado que el estilo parental de las madres, caracterizado por prácticas educativas tales como el castigo corporal o duro, media la asociación entre psicopatología materna y TND; la psicopatología de los padres estuvo directamente relacionada con TND, sin mediación del estilo de crianza.

De la revisión de la literatura científica de los últimos diez años se observa que hay resultados divergentes en las diferencias de sexo, que pueden ser explicadas por las edades y tipos de muestras estudiados, entre otros. Fergusson, et al. (2010) encontraron en una muestra de adolescentes de 14-15 años que el TND era igualmente común en chicos que en chicas. Lahey et al. (2000) y Maughan et al. (2004) tampoco encontraron diferencias de sexo en la prevalencia del TND en la infancia. En cambio, otros estudios ponen de relieve que el TND es un trastorno con predominancia masculina en la infancia (APA; 2013; Loeber, Burke, Lahey, Winters, & Zera, 2000). Emberley y Pelegrina (2011) encontraron una relación entre chicos y chicas 3,5:1 y cuando replicaron su estudio 4 años más tarde, en una muestra similar, el número de chicos cuadruplicó al número de chicas. En esta misma línea, diversos estudios poblacionales sugieren que el TND es más frecuente en preadolescentes hombres que en mujeres (Boylan et al., 2007; Munkvold, Lundervold, Lie, & Manger, 2009).

En un intento de poder explicar estas diferencias entre los diferentes estudios se han descrito posibles explicaciones metodológicas (Munkvold, Lundervold, & Manger, 2011). Es común encontrar estudios que agrupan el TND y el TC en una misma categoría de problemas conductuales o exteriorizados. Las diferencias de sexo en el TC sí están bien establecidas y son más consistentes (Loeber et al., 2000). Cuando se incluyen los dos trastornos de manera conjunta se pueden estar incrementando las diferencias de sexo. El sesgo de las muestras también está condicionado porque muchos estudios se basan en muestras clínicas que suelen tener

ratios más elevadas de niños que de niñas (Rutter, Caspi, & Moffit, 2003).

Otra explicación frecuente a las diferencias de sexo en los problemas de conducta se relaciona con la definición de los criterios diagnósticos. Las muestras que se utilizaron inicialmente para el diseño de estos criterios eran de adolescentes varones (Lahey et al. 1994). Diversos autores cuestionan su idoneidad para el diagnóstico de problemas de conducta en niñas (Crick & Zahn-Waxler, 2003; Ohan & Johnston, 2005). Si se observa cómo las niñas y los niños expresan la conducta desafiante, es más probable que las niñas desafíen pasivamente, en contraste con los niños que son más propensos a desafiar activamente, gritando, protestando y peleándose abiertamente. Los criterios diagnósticos recogen las conductas desafiantes que se manifiestan con conductas exteriorizadas, en cambio, estos criterios no registran las conductas que manifiestan agresividad relacional. Los resultados del estudio de diferencias de sexo muestran que los síntomas “molestar a los otros” y “acusar a los otros” son más prevalentes en niños. Estos síntomas son más observables que los que se relacionan con la sintomatología interiorizada de las niñas. Todo ello parece sugerir la posibilidad de que haya una proporción considerable de niñas que tengan niveles más altos de conductas propias del TND, en comparación con otras niñas, y que no lleguen a cumplir los criterios diagnósticos del TND (Cardo et al., 2009; Ohan & Johnston, 2005).

Respecto a la comorbilidad y diferencias de sexo, la muestra del primer estudio es de población clínica y abarca una franja de edad de niños amplia (8-17). Cuando el diagnóstico está presente, y a medida que los niños se hacen mayores y va apareciendo la comorbilidad sucesiva, se pueden ir constatando mayores diferencias de sexo que en los niños más pequeños. Hay acuerdo en la literatura en considerar que las condiciones comórbidas, tales como la ansiedad y la depresión, tienen una marcada preponderancia femenina que emerge con mayor frecuencia en la adolescencia (Moffitt, Caspi, Rutter, & Silva, 2001). Los resultados de nuestro estudio de pacientes externos de 8 a 17 años están en consonancia con estos datos. Se puede hipotetizar que la elevada susceptibilidad, las experiencias recurrentes de emocionalidad negativa y la percepción de rechazo que tienen las personas diagnosticadas de TND favorecen las cogniciones negativas y los pensamientos de autolisis y, por tan-

to, se aumenta la probabilidad de sintomatología interiorizada de las niñas y las adolescentes (Fergusson, Wanner, Vitaro, Horwood, & Swain-Campbell, 2003). En cambio, los niños/chicos ante las mismas circunstancias reaccionan con mayor agresividad y rabia manifiesta, incrementándose así la posibilidad de presentar sintomatología exteriorizada.

La comorbilidad asociada del TND a niños y adolescentes se relaciona con TDAH y trastornos exteriorizados en pacientes externos. Los niños que son desatentos e impulsivos son más propensos a ser agresivos en comparación con las niñas que tienen las mismas dificultades atencionales (Munkvold, et al., 2011). La asociación del TND con el TDAH aumenta el grado de incapacidad y la probabilidad de toma de conciencia del problema por parte de los educadores, lo que se relaciona con que haya más consultas a profesionales para los niños que para las niñas (Hartung et al., 2002). Esto incrementa la representación de niños en muestras clínicas. Los niños en edad escolar y población clínica sufren más expulsiones del colegio y tienen más contactos con la policía que las niñas y les produce un mayor deterioro en el colegio y la comunidad. Como ya se ha comentado, ello se relaciona con la mayor frecuencia en niños que en niñas de síntomas como molestar “deliberadamente a los otros” y “acusar a los otros” que resultan muy molestos en el ámbito escolar y frente a los cuales los maestros reaccionan. Ellos molestan de manera abierta y más observable, frente a las molestias de las niñas más sutiles y relacionales (actúan más en el patio y de manera más disimulada) (Crick & Zahn-Waxler, 2003; Ohan & Johnston, 2005). Munkvold et al. (2011) proponen considerar el TND como un marcador amplio de desregulación conductual y emocional, en consonancia con estudios que demuestran el papel clave del TND en el desarrollo de psicopatología en niños y adolescentes (Burke, Hipwell, & Loeber, 2010; Copeland et al., 2009).

Los resultados de nuestro estudio sobre las prácticas educativas parentales como variable mediadora detectan diferencias en niños y niñas en las trayectorias mediacionales entre la psicopatología de la madre y el desarrollo de TND. Estudios incipientes sugieren que el impacto de determinadas prácticas parentales puede ser diferente según el sexo. A su vez, hay estudios que postulan que la interacción padres-hijos y las respuestas de los progenitores a una misma conducta pueden ser diferentes en función del sexo de los hijos. Los resultados aún no son

consistentes y se requiere de mayor investigación (Bradley & Corwyn, 2007; Burnette, 2013; Tung et al., 2012).

La literatura subraya la importancia de examinar separadamente la contribución de las madres y los padres en el contexto de la psicopatología del niño (Phares et al., 2005). Los resultados de nuestro estudio están claramente en consonancia con estos hallazgos ya que las prácticas parentales mediaron entre la psicopatología de la madre y el TND pero no fue así en el caso de la psicopatología de los padres. En esta línea, contribuimos al conocimiento de las trayectorias diferenciales de los problemas psicológicos de padres y madres y TND, lo que puede ser útil para planificar tratamientos distintos para padres y madres con problemas de salud mental.

Nuestro estudio también muestra una asociación directa entre el comportamiento agresivo parental y TND. Los comportamientos agresivos son aprendidos por modelado, pero también son transmitidos genéticamente, por lo que si el padre presenta conducta agresiva hay una mayor probabilidad de que su hijo muestre comportamientos desafiantes y agresivos.

Estudios previos sugieren que es el estilo parental, condicionado por la depresión de los progenitores, lo que facilita la emergencia de problemas conductuales en los niños (Davies et al., 2012). Las madres deprimidas presentan mayor irritabilidad, alteración del arousal emocional y dificultades en la gestión de las emociones y tienden a interpretar el comportamiento de sus hijos con un sesgo atribucional negativo. Tales aspectos hacen el estilo parental de las madres deprimidas más inadecuado, reducen la calidad de la interacción madre-hijo y añaden más estrés al ambiente familiar (Goodman et al., 2011), lo que, a su vez, incrementa la probabilidad del uso del castigo corporal (Lavehoy et al., 2000). De forma similar, el castigo corporal provoca rabia en el niño y ello puede facilitar los comportamientos típicos del TND y percibir a las madres como hostiles puede hacer que los niños reaccionen con mayor agresividad. De forma consistente con estudios previos, en nuestra muestra de niños españoles, el uso de castigo corporal puede ser percibido por los niños de esta cultura, como intrusivo y coercitivo (García & Gracia, 2014; White & Schnurr, 2012) lo que puede provocar un incremento de los problemas conductuales en vez de ayudar a controlarlos.

Del análisis del conjunto de nuestros resultados se destaca la necesidad de seguir investigando en las diferencias de sexo y la necesidad de diseñar programas de detección precoz, prevención y tratamiento teniendo en cuenta estas diferencias.

Dado el rol mediacional del castigo corporal, uno de los objetivos de los programas de prevención del TND debería ser entrenar a las madres que presentan comportamiento ansioso-deprimido y/o agresivo y antisocial en estrategias parentales que puedan servir como alternativa apropiada al uso de castigo corporal. Los programas de intervención centrados en el entrenamiento de padres en técnicas de modificación de conducta han mostrado su eficacia en el contexto del tratamiento del TND (Webster-Stratton & Reid, 2010).

Otro foco para los programas de prevención del TND debería ser la psicopatología parental, que se ha confirmado como factor de riesgo para el origen y mantenimiento de problemas de conducta en niños preescolares.

7 | CONCLUSIONES E IMPLICACIONES

“La puerta más segura, es la que puedes dejar abierta”.

Proverbio chino.

Conclusiones

- La conclusión del primer artículo empírico de este compendio es que hay diferencias de sexo en la población clínica que afectan a la sintomatología, la gravedad, el deterioro asociado y la comorbilidad del TND.
- Se puede considerar que el sexo es una variable moderadora del TND en población clínica.
- Los resultados del segundo artículo empírico en población general de preescolares apoyan el rol mediacional del castigo corporal entre la psicopatología de las madres y el TND.
- La psicopatología de los padres se asocia de manera directa con el TND sin que medie ni el castigo ni las prácticas educativas inconsistentes.
- Se han encontrado diferencias de sexo en el papel mediador del uso del castigo entre la psicopatología de la madre y el TND, pero no entre la psicopatología del padre y el TND.

Implicaciones

Se debe considerar el sexo como una variable relevante que debiera tenerse en cuenta en el diagnóstico y diseño de los programas preventivos y de tratamiento. Los programas de prevención y tratamiento dirigidos a niños debieran centrarse en los trastornos exteriorizados, mientras que los programas de prevención y tratamiento dirigidos a niñas debieran considerar la comorbilidad del TND con trastornos interiorizados. La investigación sobre la idoneidad de los criterios diagnósticos en los trastornos exteriorizados debe avanzar para aportar nuevos datos a este debate.

La evidencia acumulada de tratamientos cognitivo-conductuales eficaces en los problemas de conducta subraya la necesidad de detectar e intervenir para poder mejorar el pronóstico y prevenir el deterioro y la comorbilidad asociada a este trastorno. Hay acuerdo en la literatura científica que cuánto antes se interviene en los problemas de conducta mejor es el pronóstico y la evolución. Tanto los resultados de la eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales dirigidos a padres como la

importancia del rol mediador del estilo educativo caracterizado por prácticas educativas coercitivas ponen de manifiesto la necesidad de formar a los progenitores en estrategias educativas adecuadas para el tratamiento del TND. Así mismo, es importante tratar la psicopatología parental ya que ésta se relaciona de manera directa con el TND.



8 | REFERENCIAS

*“Seis honrados servidores me enseñaron cuanto sé;
sus nombres son cómo, cuándo, dónde, qué, quién y por qué”.*

Rudyard Kipling

Abad, J., Forns, M., Amador, J. A., & Martorell, B. (2000). Fiabilidad y validez del Youth Self Report en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, *12*, 49-54.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA preschool-age forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.

Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2003). *Manual for the ASEBA Adult Forms and Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.

American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Angold, A., Messer, S. C., Stangl, D., Farmer, E., Costello, E. J., & Burns, B. J. (1998). Perceived parental burden and service use for child and adolescent psychiatric disorders. *American Journal of Public Health*, *88*, 75-80.

Bauermeister, J. J., Puente, A., Martínez, J. V., Cumba, E., Scandar, R. O., & Bauermeister, J. A. (2010). Parent perceived impact of spaniard boys' and girls' inattention, hyperactivity, and oppositional defiant behaviors on family life. *Journal of Attention Disorders*, *14*, 247-255.

Bentler, P.M., & Raykov, T. (2000). On measures of explained variance in nonrecursive structural equation models. *Journal of Applied Psychology*, *85*, 125-131.

Bor, W., & Sanders, M. R. (2004). Correlates of self-reported coercive parenting of preschool-age children at high risk for development of conduct problems. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *38*, 738-745.

Boylan, K., Vaillancourt, T., Boyle, M., & Szatmari, P. (2007). Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *16*, 484-494. doi: 10.1007/s00787-007-0624-1

Bradley, R. H., & Corwyn, R. F. (2007). Infant temperament, parenting, and externalizing behavior in first grade: A test of the differential susceptibility hypothesis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49*, 124-131. doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01829.x

Bufferd, S.J., Dougherty, L. R., Carlson, G. A., & Klein, D. N. (2011). Parent-reported mental health in preschoolers: Finding using a diagnostic interview. *Comprehensive Psychiatry*, *52*, 359-369. doi:10.1016/j.comppsy.2010.08.006

Burke, J. D., Hipwell, A. E., & Loeber, R. (2010). Dimensions of oppositional defiant disorder as predictors of depression and conduct disorder in preadolescent girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *49*(5), 482-492. doi: 10.1016/j.jaac.2010.01.016

Burnette, M. (2013). Gender and the development of oppositional defiant disorder: contributions of physical abuse and early family environment. *Child Maltreatment*, *18*(3), 195-204. doi: 10.1177/1077559513478144

Cardo, E., Meisel, B., García-Banda, B., Palmer, C., Riutort, L., Bernad, M., Servera, M. (2009). Trastorno negativista desafiante: aspectos relacionados con el sexo y el evaluador. *Revista de Neurología*, *48*(2), 17-21.

Chang, H., Olson, S.L., Sameroff, A.J., & Sexton, H.R. (2010). Child effortful control as a mediator of parenting practices on externalizing behavior: Evidence for a sex-differentiated pathway across the transition from preschool to school. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *39*, 71-81. doi: 10.1007/s10802-010-9437-7

Chronis-Tuscano, A., O'Brien, K. A., Johnston, C., Jones, H.A., Clarke, T. L., Raggi, V. L., ... Seymour, K.E. (2011). The Relation Between Maternal ADHD Symptoms and Improvement in Child Behavior Following Brief Behavioral. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *39*(7), 1047–1057. doi:10.1007/s10802-011-9518-2.

Copeland, W.E., Shanahan, L., Costello, E. J., & Angold, A. (2009). Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of General Psychiatry*, *66*(7), 764-772. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.85

Crick, N.R., Ostrow, J.M., & Werner, N.E. (2006). A longitudinal study of relational aggression, physical aggression, and children's social-psychological adjustment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *34*, 131-142. doi: 10.1007/s10802-005-9009-4

Crick, N. R., & Zahn-Waxler, C. (2003). The development of psychopathology in females and males: Current progress and future challenges. *Development and Psychopathology*, *15*(3), 719-742.

Davies, P. T., Sturge-Apple, M. L., Cicchetti, D., Manning, L. G., & Vonhold, S. E. (2012). Pathways and processes of risk in associations among maternal antisocial personality symptoms, interparental aggression, and preschoolers' psychopathology. *Development and Psychopathology*, *24*, 807-832. doi:10.1017/S0954579412000387

de la Osa, N., Ezpeleta, L., Doménech, J. M., Navarro, J. B., & Losilla, J. M. (1997). Convergent and discriminant validity of the Structured Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA-R). *Psychology in Spain*, *1*, 37-44.

de la Osa, N., Granero, R., Penelo, E., Doménech, J.M., & Ezpeleta, L. (2014). Psychometric properties of the Alabama Parenting Questionnaire - Preschool revision

(APQ-Pr) in 3 year-old Spanish preschoolers. *Journal of Child and Family Studies*, 23, 776–784. doi: 10.1007/s10826-013-9730-5

Emberley, E., & Pelegrina, M. (2011). Prevalencia, sintomatología y distribución del trastorno negativista desafiante. *Psicothema*, 23(2), 215-220.

Else-Quest, N. M., Hyde, J. S., Goldsmith, H. H., & Van Hulle, C. (2006). Gender differences in temperament: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132, 33-72.

Ezpeleta, L., de la Osa, N., Doménech, J.M., Navarro, J.B., & Losilla, J.M. (1997). Fiabilidad test-retest de la adaptación española de la Diagnostic Interview for Children and Adolescents - DICA-R. *Psicothema*, 9, 529-539.

Ezpeleta, L., Granero, R., de la Osa N., Doménech, J.M., & Bonillo, A. (2006). Assessment of functional impairment in Spanish children. *Applied Psychology: An International Review*, 55, 130-143. doi: 10.1111/j.1464-0597.2006.00242.x

Ezpeleta, L., Granero, R., de la Osa, N., & Doménech, J. M. (2009). Use of mental health services and unmet needs for socially-at-risk children and adolescents in Spain. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale-An International Journal for Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 18, 147-153.

Ezpeleta, L., de la Osa, N., Granero, R., Doménech, J.M., & Reich, W. (2011). The diagnostic interview for children and adolescent for parents of preschool children. *Psychiatry Research*, 190, 137-144. doi: 10.1016/j.psychres.2011.04.034

Ezpeleta, L., Keeler, G., Erkanli, A., Costello, E. J., & Angold, A. (2001). Epidemiology of psychiatric incapacity in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 901-914.

- Ezpeleta, L., de la Osa, N., & Doménech, J. M. (2014). Prevalence of DSM-IV disorders, comorbidity and impairment in 3-year-old Spanish preschoolers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *49*(1), 145-155. doi: 10.1007/s00127-013-0683-1
- Fergusson, D.M., Boden, J.M., & Horwood, L.J. (2010). Classification of behavior disorders in adolescence: Scaling methods, predictive validity, and gender differences. *Journal of Abnormal Psychology*, *119*, 699-712. doi: 10.1037/a0018610
- Fergusson, D. M., Wanner, B., Vitaro, F., Horwood, L. J., & Swain-Campbell, N. (2003). Deviant peer affiliations and depression: Confounding or causation? *Journal of Abnormal Child Psychology*, *31*(6), 605–618.
- Fossum, S., Morch, W., Handegard, B. H., & Drugki, M. B. (2007). Childhood behaviors and family functioning in clinically referred children: Are girls different from boys? *Scandinavian Journal of Psychology*, *48*, 375-382. doi: 10.1111/j.1467-9450.2007.00617.x
- Frick, P.J. (1991). *The Alabama parenting questionnaire*. Unpublished rating scale, University of Alabama.
- Frick, P.J., Ray, J. V., Thornton, L. C., & Kahn, R. E. (2014). Annual research review: A developmental psychopathology approach to understanding callous-unemotional traits in children and adolescents with serious conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *55*(6), 532-548. doi:10.1111/jcpp.12152
- García, F., & Gracia, E. (2014). The indulgent style and developmental outcomes in South European and Latin American countries. In H. Selin (Ed.), *Parenting across cultures: Childrearing, motherhood and fatherhood in non-Western cultures* (Vol. 7, pp. 419-433). Dordrecht, Netherlands: Springer.
- Gershoff, E.T. (2002). Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: A meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin*,

128(4), 539-579. doi: 10.1037//0033-2909.128.4.539

Goldstein, L. H., Harvey, E. A., Friedman-Weieneth, J. L., Courteny, P., Tellert, A., & Sippel, J. C. (2007). Examining subtypes of behavior problems among 3-year-old children, Part II: Investigating differences in parent psychopathology, couple conflict, and other family stressors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 111-123. doi: 10.1007/s10802-006-9088-x

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 38, 581-586.

Goodman, K. E., Rouse, M. H., Connell, A. M., Broth, M. R., Hall, C. M., & Heyward, D. (2011). Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14, 1-27. doi: 10.1007/s10567-010-0080-1

Greene, R. W., Biederman, J., Zerwas, S., Monuteaux, M. C., Goring, J. C., & Faraone, S.V. (2002). Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with Oppositional Defiant Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1214-1224.

Hartung, C.M., Willcutt, E.G., Lahey, B.B., Pelham, W.E., Loney, J., Stein, M.A., & Steiner, R. (2002). Sex differences in young children who meet criteria for attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 453-464.

Harvey, E. A., & Metcalfe, LA. (2012). The interplay among preschool child and family factors and development of ODD symptoms. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41(4), 458-470. doi: 10.1080/15374416.2012.673161.

Hollingshead, A.B. (1975). *Four factor index of social status*. Unpublished manuscript, Yale University, Department of Sociology.

Hodges, K. (1995). *Preschool and Early Childhood Functional Assessment Scale*. Ypsilanti: Eastern Michigan University.

Hodges, K. (1997). *CAFAS Manual for training coordinators, clinical administrators and data managers*. Ann Arbor, MI: Author.

Hodges, K. (1999). Child and Adolescent Functional Assessment Scale. En M.H. Maurish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* pp. (661-664). Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.

Kann, R.T., & Hanna F. J. (2000). Disruptive behavior disorders in children and adolescents: How do girls differ from boys? *Journal of Counseling and Development*, 78, 267-274.

Karreman, A., Tuijl, C., van Aken, M.A.G., & Dekovick, M. (2006). Parenting and self-regulation in Preshoolers: A meta-analysis. *Infant and Child Development*, 15, 561-579. doi: 10.1002/icd.478

Keenan, K., Coyne, C., & Lahey, B. B. (2008). Should relational aggression be included in DSM-IV. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 86-93.

Keenan, K., Wakschlag, L. S., Danis, B., Hill, C., Humphries, M., Duax, J., & Donald, R. (2007). Further evidence of the reliability and validity of DSM-IV ODD and CD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 457-468.

Kim-Cohen, J., Moffit, T. E., Taylor, A., Pawlby, S. J., & Caspi, A. (2005). Maternal depression and children's antisocial behavior. *Archives of General Psychiatry*, 62, 173-181.

Kline, R.B. (2010). *Principles and practice of structural equation modeling* (3rd ed.). New York: Guilford Press.

Kolko, D.J., & Pardini, D.A. (2010). ODD Dimensions, ADHD, and callous-unemotional traits as predictors of treatment response in children with disruptive behavior disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 119*(4), 713-725.

Kroes, M., Kalf, A. C., Kessels, A. G. H., Steyaert, J., Feron, F. J. M., van Someren, ..., Vles, J. (2001). Child psychiatric diagnoses in a population of Dutch school children aged 6 to 8 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 1401-1409.

Lahey, B. B., Applegate, B., Barkley, R. A., Garfinkel, B., McBurnett, K., Kerdyk, L., et al. (1994). DSM-IV field trials for oppositional defiant disorder and conduct disorder in children and adolescents. *The American Journal of Psychiatry, 151*(8), 1163-1171.

Lahey, B.B., Schwab-Stone, M., Goodman, S.H., Waldman, I.D., Canino, G., Miller, ..., Jensen, P.S. (2000). Age and gender differences in oppositional behaviour and conduct problems: A crowd-sectional household study of middle childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 488-503.

Lahey, B.B., & Waldman, I. D. (2003). A developmental propensity model of the origins of conduct problems during childhood and adolescence. In B.B., Lahey, T. E., Moffitt, A., Caspi, (Eds.) *Causes of conduct disorders and juvenile delinquency* (pp. 76-117). New York, NY: Guilford Press, 2003.

Lansford, J. E., & Deater-Deckard, K. (2012). Child rearing discipline and violence in developing countries. *Child Development, 83*, 62-75. doi:10.1111/j.1467-8624.2011.01676.x

Lansford, J. E., Sharma, C., Malone, P. S., Woodlief, D., Dodge, K. A., Oburu, P., ..., Giunta, L. (2014). Corporal Punishment, Maternal Warmth, and Child Adjustment: A Longitudinal Study in Eight Countries. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 43*(4), 670-685. doi: 10.1080/15374416.2014.893518

Lavehoy, M. C., Graczyk, P.A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 20(5), 561-592.

Lavigne, J., Cicchetti, C., Gibbons, R., Binns, H., Larsen, L, & Devito, C. (2001). Oppositional defiant disorder with onset in preschool years: Longitudinal stability and pathways to other disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1393-1401.

Lavigne, J.V., Gouze, K. R., Hopkins, J., Bryant, F. B., & LeBailly, S. (2012). A Multi-Domain Model of risk factors for ODD symptoms in a community sample of 4-Year-Olds. *Journal of Abnormal Psychology*, 40, 741-757. doi: 10.1007/s10802-011-9603-6

Lavigne, J.V., LeBailly, S. A., Hopkins, J., Gouze, K. R., & Binns, H. J. (2009). The prevalence of ADHD, ODD, depression, and anxiety in a community sample of 4-year-olds. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38, 315-328. doi: 10.1080/15374410902851382

Lengua, L.J., Bush, N.R., Long, A.C., Kovacs, E.A, & Trancik, A.M. (2008). Effortful control as a moderator of the relation between contextual risk factors and growth in adjustment problems. *Development and Psychopathology*, 20, 509–528. doi: 10.1017/s0954579408000254

Loeber, R., Burke, J.D., Lahey, B.B., Winters, A., & Zera M (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 468-1484.

MacKenzie, M. J., Nicklas, E., Brooks-Gunn, J., & Waldfogel, J. (2011). Who spansks infants and toddlers? Evidence from the Fragile Families and Child Well-Being Study. *Children and Youth Services Review*, 33, 1364–1373. doi:10.1016/j.childyouth.2011.04.007

Maughan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R., & Meltzer, H. (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: Developmental epidemiology. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, *45*(3), 609-621. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00250.x

Moffitt, T. E., Caspi, A., Rutter, M., & Silva, P. A. (2001). *Sex differences in antisocial behaviour*. Cambridge: The University Press.

Munkvold, L., Lundervold, A. J., Lie, S. A., & Manger, T. (2009). Should there be separate parent and teacher-based categories of ODD? Evidence from a general population. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *50*(10), 1264-1272. doi: 10.1007/s10802-011-9486-6

Munkvold, L., Lundervold, A. J., Lie, S. A., & Manger, T. (2011). Oppositional defiant disorder-dender differences in co-occurring symptoms of mental health problems in a general population of children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *39*, 577-587. Doi: 10.1007/s10802-011-9486-6

Musito, G., & García, J. F. (2004). Consecuencias de la socialización familiar en la cultura española. *Psicothema*, *16*, 288-293.

Newcombe, R. G. (1998). Two-sided confidence intervals for a single proportion: Comparison of seven methods. *Statistics in Medicine*, *17*, 857-872.

Nock, M. K., Kazdin, A. E., Hiripi, E., & Kessler, R. C. (2007). Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, *48*, 703-713. doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01733.x

Nordahl, H., Wells, A., Olsson, C., & Bjerkeset, O. (2010). Association between abnormal psychosocial situations in childhood, generalized anxiety disorder and oppositional defiant disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *44*, 852-858.

Ohan, J.L., & Johnston, Ch. (2005). Gender appropriateness of symptom criteria for attention-deficit/hyperactivity disorder, oppositional-defiant disorder and Conduct disorder. *Child Psychiatry and Human Development*, 35(4), 359-381. doi: 10.1007/s10578-005-2694-y

Pardini, D. A., Frick, P. J., & Moffit, T. E. (2010). Building an evidence base for DSM-5 conceptualizations of oppositional defiant disorder and conduct disorder: Introduction to the special section. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 683-688. doi: 10.1037/a0021441

Phares, V., Lopez, E., Fields, S., Kamboukos, D., & Duhig, A.M (2005). Are fathers involved in pediatric Psychology research and treatment? *Journal of Pediatric Psychology*, 30(8), 631-643. doi: 10.1093/jpepsy/jsi050

Reich, W., & Ezpeleta, L. (2009). Diagnostic Interview for Children and Adolescents - version for parents of preschoolers (3-7 years). Unpublished rating scale, Division of Child Psychiatry, Schools of Medicine, Washington University, St. Louis, MO, USA.

Reich, W., Shaika, J.J., & Taibleson, Ch. (1991). *Diagnostic Interview for Children and Adolescent (DICA-R)*. Unpublished manuscript, Washington University, Division of Child Psychiatry.

Rutter, M., Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2003). Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: Unifying issues and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(8), 1092-1115.

Silver, R. B., Measelle, J. R., Armstrong J. M., & Essex, M. J. (2010). The impact of parents, child care providers, teachers, and peers on early externalizing trajectories. *Journal of School Psychology*, 48, 555-583. doi: 10.1016/j.jsp.2010.08.003

Tung, Y., Li, J.J., & Lee, S.S. (2012). Child sex moderates the association between negative parenting and childhood conduct problems. *Aggressive Behavior, 38*, 239-251. doi: 10.1002/ab.21423

Üstun, B., & Chatterji, S. (1997). Editorial: Measuring functioning and disability-a common framework. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 7*, 79-83.

Warnick, E. M., Bracken, M. B., & Kasl, S. (2008). Screening efficiency of the Child Behavior Checklist and Strengths and Difficulties Questionnaire: A systematic review. *Child and Adolescent Mental Health, 13*, 140-147. doi: 10.1111/j.1475-3588.2007.00461.x

Waschbusch, D., & King, S. (2006). Should sex-specific norms be used to assess Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder or Oppositional Defiant Disorder? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 179-185. doi: 10.1037/0022-006X.74.1.179

Webster-Stratton, C., & Reid M. J. (2010). The Incredible Years Parents, Teachers, and Children Training Series: A multifaceted treatment approach for young children with conducts disorders. In J.R. Weisz, & A.E. Kazdin, (Eds.) (2010), *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents*. 2nd. Ed. NY: The Guilford Press.

West, A. E., & Newman, D. L. (2003). Worried and blue. Mild parental anxiety and depression in relation to the development of young children's temperament and behavior problems. *Parenting: Science and Practice, 3*, 133-154.

White, J., & Schnurr, M. P. (2012). Developmental psychology. In F. T. L. Leong, W. E. Pickren, M. M. Leach, & A. J. Marsella (Eds.), *Internationalizing the psychology curriculum in the United States* (pp. 51-73). New York: Springer.

