

Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género

Concepción López-Soler, Maravillas Castro Sáez, Mavi Alcántara López, Visitación Fernández Fernández
y José A. López Pina
Universidad de Murcia

En este trabajo se exponen las características de los síndromes empíricos de tipo externalizante, así como su prevalencia en una muestra clínica pediátrica. Se utilizó como instrumento el Inventario Clínico Infantil (ICI), basado en la segunda parte del Child Behavior Checklist (CBCL), que evalúa comportamientos y emociones. Se ha aplicado a 300 niños y niñas de edades comprendidas entre los 6 y 12 años, de la Unidad de Psicología Clínica Infantil del Hospital Universitario de Murcia. Mediante la realización de un análisis factorial se han obtenido tres síndromes empíricos equivalentes a los tres trastornos del comportamiento perturbador: Disocial, Oposicionismo-Desafiante y Déficit de Atención con Hiperactividad. Se han obtenido diferentes prevalencias estimadas a partir de puntuaciones propias de la muestra (18,1%, 18,5% y 14,5%, respectivamente); y de las correspondientes al percentil 98 del CBCL (44%, 28,3% y 40,6%). No hay diferencias entre niños y niñas en Problemas de Conducta (Disocial), mientras que es superior en niños en Oposicionismo-Desafiante. En Déficit de Atención e Hiperactividad los niños presentan una prevalencia más alta que las niñas según corrección CBCL (49,3% y 34,3%), mientras que más niñas presentan este problema mediante el síndrome empírico hallado en la muestra clínica (19,8% frente a 12,2% niños).

Prevalence and characteristics of externalizing symptoms in childhood. Gender differences. This report shows the characteristics of the empirical type externalizing syndromes, and the diagnostic prevalence rates in a clinic pediatric sample. The instrument used was the Clinical Child Inventory (ICI) that is based on the second part of the Child Behavior Checklist, to assess behavior and emotions. It was carried out by 300 subjects (males and females, aged 6 to 12 of the Clinical Child Psychology Unit of University Hospital of Murcia, from the consultation pediatric hospital. By conducting factor analysis, three externalizing syndromes that are equal to three disruptive behavior disorders were found: dissocial, oppositional defiant and Attention-deficit/hyperactivity. It has been obtained different prevalences estimated from punctuation obtained from our sample (18.1; 18.5 and 14.5 respectively); and the score equal to 98 percentile of CBCL (44%; 28,3% y 40,6%). The results indicate that there are not differences between boys and girls in dissocial disorders; while the oppositional defiant disorder is more prevalent in boys than in girls. About Attention-deficit/hyperactivity disorder, it was found that is more prevalent in boys than in girls using CBCL (49,3% and 34,3%), and more prevalent in girls than in boys using empirical syndrome obtained in this clinic sample (19,8% girls, 12,2% boys).

Desde finales de los años setenta se vienen realizando investigaciones en psicopatología infantil y de la adolescencia enmarcadas en el llamado Modelo Multiaxial Basado Empíricamente, propuesto inicialmente por Achenbach y Edelbrock (1979). Este modelo, además de establecer cinco ejes de evaluación en la in-

fancia, diferentes de los empleados por la American Psychiatric Association (APA) (2000) y por la World Health Organization (OMS) (1992), desarrolla unas taxonomías psicopatológicas basadas en el análisis empírico de la presencia y covariación de alteraciones de comportamiento y emociones. La novedad de esta propuesta estriba en que las tasas, cuadros o síndromes, son propuestos a partir de hallazgos empíricos, analizados a través de análisis multivariados.

Con los inventarios Child Behavior Checklist (CBCL) para padres (Achenbach y Edelbrock, 1978; Achenbach, 1991b), Teacher's Report Form (TRF) para profesores (Achenbach y Edelbrock, 1986) y Youth Self-Report (YSR) para adolescentes (Achenbach y Edelbrock, 1987; Achenbach, 1991a) se ha logrado

identificar síndromes característicos en la infancia y adolescencia, y elaborar taxonomías empíricas en psicopatología infantil. En general se obtienen ocho factores llamados síndromes de primer orden o «síndromes de banda estrecha» (comportamiento agresivo, problemas atencionales, delincuencia, problemas sociales, problemas de pensamiento, quejas somáticas, retraimiento, ansiedad-depresión) y tres de segundo orden llamados internalizantes (retraimiento, quejas somáticas y ansiedad-depresión), externalizantes (comportamiento delincuente y comportamiento agresivo) y mixtos (problemas sociales, problemas de pensamiento y problemas de atención) (Achenbach, 1993).

En el síndrome externalizante se incluyen comportamientos manifiestos desajustados, como agresividad, agitación psicomotora, desobediencia y comportamiento delincuente (Achenbach y Edelbrock, 1983, 1984; Hudziak, Copeland, Stanger y Wadworth, 2004; Kovacs y Devlin, 1998). La obtención de los mismos síndromes o similares en distintas investigaciones y en distintas poblaciones ha demostrado la validez de los prototipos obtenidos empíricamente (Achenbach y Edelbrock, 1983, 1986; Achenbach, McConaughy y Howell, 1987; Lemos, Vallejo y Sandoval, 2002; López y López-Soler, 2008), aunque aparezcan peculiaridades en diferentes poblaciones y tramos de edad.

Las taxonomías empíricas muestran algunas diferencias frente a los trastornos equivalentes propuestos por las clasificaciones oficiales y Achenbach ha indicado la posibilidad de poder obtener información de seis trastornos descritos por la APA en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*, y la OMS en la *International Classification of Diseases (ICD)*: afectivos, ansiedad, somatizaciones, déficit de atención e hiperactividad (DAH), oposicionismo-desafiante (OD) y problemas de conducta (PC), a partir de la sintomatología descrita en el CBCL, así se puede obtener información tanto de los síndromes empíricos obtenidos por Achenbach, como de las seis alteraciones antes mencionadas, incluidas en las clasificaciones al uso. En ambos casos, Achenbach aporta puntuaciones de corte en población americana (Achenbach y Rescorla, 2001). Es importante resaltar que el CBCL es un instrumento de cribado muy útil para recoger amplia información del menor a través de los padres, pero no para realizar el diagnóstico psicopatológico, por lo que debe formar parte de un protocolo de evaluación psicológica en infancia y adolescencia que permita un psicodiagnóstico fiable.

En adolescentes españoles se han encontrado síndromes externalizantes en muestras de población normal que no difieren mucho de los obtenidos por Achenbach. Así, en el estudio de Lemos et al. (2002), aparecen problemas de agresividad verbal, conducta delictiva y trastornos de conducta, y en el de López Soler y Freixinos (2001), agresividad-delinuencia, oposicionismo, hiperactividad y conducta antisocial.

Por otro lado, en revisiones sobre el tema (APA, 1994; Graminha, 1994; López y López-Soler, 2008; Verhulst y Achenbach, 1995) se han encontrado diferencias significativas entre ambos sexos, con más problemas de atención y externalizantes en niños. Así, Crijnen, Achenbach y Verhulst (1997) realizaron un estudio transcultural en doce culturas, y mostraron que los niños en general obtienen puntuaciones más altas en alteraciones externalizantes y puntuaciones más bajas en internalizantes, en comparación con las niñas. En nuestro país, Sandoval, Lemos y Vallejo (2006), utilizando el YSR en adolescentes, encontraron que los chicos puntuaban más alto en los síndromes externalizantes, no confirmando este dato, sin embargo, el estudio realizado mediante el CBCL por

Marturano, Toller y Elias (2005) con niños/as de 7 a 12 años derivados a consulta psicológica por bajo rendimiento escolar. Otros estudios en población clínica que han utilizado el CBCL encontraron una prevalencia superior de las chicas en la escala externalizante, tanto en menores adoptados (Hoksbergen et al., 2003), como en niñas de zonas suburbanas (Slapack, Cervone, Luzzi y Samaniego, 2002).

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es una de las condiciones psicopatológicas más comunes en edad escolar (APA, 2000), y forma parte de una amplia categoría de trastornos de inicio en la infancia, junto a los trastornos Disocial (TD) y Negativista Desafiante (TND), denominada Trastornos del Comportamiento Perturbador, por lo que nosotros lo consideramos en este estudio un trastorno externalizante. Los síntomas que lo definen son déficit atencional, impulsividad e inquietud psicomotriz. La evolución de esta categoría diagnóstica ha pasado de considerar la hiperactividad como síntoma central a proponer un posible diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención sin Hiperactividad (APA, 1980; López-Soler y García-Sevilla, 1997; López-Soler y Martínez, 1999). Esta evolución diagnóstica y el hallazgo de un síndrome empírico de déficit atencional (Achenbach, 1993), que se integra en un factor de segundo orden mixto, y no en el externalizante, indica que los problemas atencionales en la infancia requieren más investigación (López-Villalobos, 2008). La prevalencia es alta: entre un 3 y 7% de escolares presentan este trastorno (APA, 2000); en un estudio epidemiológico de cerca de 6.000 menores en Rochester (Barbarelli et al., 2002) se encontró una incidencia acumulativa de TDAH en la escuela primaria y secundaria del 7,5%, la cual fue similar a la prevalencia del 6,7% para el TDAH encontrado por la U.S. National Health Interview Survey para el período 1997-2000 (Woodruff et al., 2004). La mayoría de los autores indican cierta relación entre determinados factores sociales y familiares y la hiperactividad, y se establece una relación significativa entre determinados modelos familiares y este trastorno (Carr, 1999; Miranda, Presentación y Roselló, 2005; Rayas, Herrero y Pino, 2008). En cuanto al sexo, existe evidencia del predominio de chicos con esta alteración, en una proporción niño a niña que oscila entre 2:1 y 6:1 en muestra general y 6:1 y 9:1 en muestra clínica (Barkley, 1996). Los niños presentan mayor número de síntomas de TDAH que las niñas (Amador, Foros, Guardia y Peró, 2006; DuPaul et al., 1997; DuPaul et al., 1998), aunque algún estudio no ha encontrado diferencias significativas en relación a la edad y al sexo (Rohde et al., 2001), y para algunos autores, cuando las niñas muestran TDAH, los tipos y severidad de la sintomatología y los problemas concurrentes parecen ser similares a los niños con TDAH (Gaub y Carlson, 1997; Gershon, 2002).

El TND y TD (APA, 2000) forman parte de la dimensión externalizante, y en las taxonomías empíricas se definen como Oposicionismo Desafiante (OD) y Problemas de Conducta (PC) (Achenbach y Rescorla, 2001). Aunque las investigaciones han cuestionado la exactitud de la prevalencia del OD, la mayoría estima que el 3% de la población infantil presenta este trastorno (Angold y Costello, 1996). Hay claras diferencias en función del sexo en los problemas de conducta, la prevalencia en niños es superior que en niñas (Silverthorn y Frick, 1999). En otros estudios, las diferencias de sexo son pequeñas y a veces inexistentes (Keenan y Shaw, 1997). OD es más común en chicos que en chicas a la edad de 6 años (Loeber, Burke, Lahey, Winters y Zera, 2000; Verhulst y van der Ende, 1991). Mientras que en la infancia hay una propor-

ción de niños a niñas de 4:1, en adolescentes disminuye a 2:1, el período en el cual aumenta la prevalencia de TC (Silverthorn y Frick, 1999). En un estudio realizado en población clínica (Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil, 2000) se encontró que, entre los 6 y 9 años, el TC presentaba una prevalencia del 15,4%, aumentando hasta el 29% entre los 10 y 13 años y hasta un 39% a partir de esa edad. En chicos, la tasa media fue del 24,2%, mientras que en las chicas fue del 21%. Este estudio se basó en criterios diagnósticos de la OMS (1992). Esparó, Canals, Torrente y Fernández-Ballart (2004) en escolares encontraron que las niñas presentaban una prevalencia más alta que los niños en problemas externalizantes de tipo agresivo tanto mediante el CBCL como a través de la Conners' Teachers' Rating Scale (Loney y Milich, 1982). La prevalencia en el CBCL fue del 16% en niños frente al 22% en niñas. En la adolescencia, la prevalencia aumenta considerablemente, con serios déficits en autocontrol (López-Soler, López y Freixinos, 2003).

El objetivo principal de este estudio ha sido obtener las agrupaciones (síndromes empíricos) de comportamientos externalizantes descritos en un listado abreviado del CBCL. Los objetivos específicos son: obtener la configuración de los diferentes síndromes empíricos externalizantes y la prevalencia de los mismos mediante diferentes criterios estadísticos.

Método

Participantes

La muestra está formada por 300 menores, de los cuales 207 son niños y 93 niñas, de edades comprendidas entre los 6 y 12 años (tabla 1). Los/as niños/as son derivados a la Unidad de Psicología Clínica Infantil del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, de Murcia, por presentar problemas psicológicos. Los menores que componen la muestra no presentan deficiencia mental ni alteración de tipo psicótico. No se incluyeron los menores remitidos por oncología infantil, debido al alto índice de reacciones psicopatológicas que presentan (López-Soler, Hernández, Durá y Fernández, 2006). El nivel socioeconómico de las familias es medio.

Instrumentos

La información de los padres de los menores remitidos a consulta se obtuvo a través del Inventario Clínico Infantil (ICI) (López-Soler, 1987). Este inventario consta de 96 ítems de la segunda parte del CBCL, del cual se eliminaron aquellas descripciones de conductas (ítems) que no indican patología, con el fin de reducir la

recogida de información a padres, pero obtener indicadores de alteraciones emocionales y conductuales. Cada ítem fue valorado por los padres de 0 a 3 (nada, algo, bastante, mucho). Se ha estimado la fiabilidad del ICI mediante el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach, obteniendo una puntuación de .95, la cual es muy alta y cercana a .96, obtenida por Achenbach para el CBCL (1991b).

Procedimiento

Los menores fueron remitidos por las diferentes unidades y consultas pediátricas para evaluación, diagnóstico y/o tratamiento psicológico. Todos los casos fueron atendidos por psicólogos de la Unidad de Psicología con el fin de realizar la evaluación psicológica. Se atendió inicialmente a los padres, elaborando la historia clínica de los menores y posteriormente se les pidió que cumplimentaran el ICI.

Análisis de datos

Para estudiar la estructura dimensional del test se llevó a cabo un análisis factorial común, con rotación varimax. Se realizó un scree-plot con vistas a seleccionar el número de factores interpretativo. El resultado indicó que las estructuras de 6 a 9 factores eran adecuadas. Se eligió para todo el estudio la estructura de 6 factores por ser significativa clínica (por las agrupaciones de los ítems que configuran los factores), y psicométricamente (porcentaje de varianza explicada). Los factores o síndromes empíricos quedaron formados por ítems cuya carga factorial fue igual o superior a 0.30.

Se ha estimado la relación entre los factores hallados mediante el coeficiente de correlación de Pearson.

Además hemos estimado la prevalencia en función de los síndromes equivalentes descritos por la APA. Las prevalencias obtenidas se basaron en los siguientes criterios:

- A. Porcentaje de casos con puntuaciones superiores a la media más una desviación típica en los síntomas que configuran los factores obtenidos en la muestra pediátrica.
- B. Porcentaje de menores con puntuaciones superiores al percentil 98 en los síndromes CBCL externalizantes equivalentes a los trastornos del comportamiento perturbador (Achenbach y Rescorla, 2001).
- C. Porcentaje de menores con puntuaciones superiores a la media más una desviación típica (estimada en la muestra clínica) en los síndromes descritos en el apartado B.

En todos los casos se han obtenido las prevalencias en niños y niñas, realizando una t de Student para la variable sexo, con el fin de estimar si las diferencias son estadísticamente significativas.

Resultados

Los síndromes empíricos obtenidos en las cuatro factorizaciones, los porcentajes de varianza explicada por cada uno de los factores, así como su coeficiente de fiabilidad, se muestran en la tabla 2. Los síndromes externalizantes PC, DAH y OD explican un 30,09%, 21,68% y 12,89%, respectivamente, de la varianza total. Es importante destacar que el factor PC de la muestra clínica incluye ítems típicos del factor Problemas de Pensamiento, tales como tener conductas o ideas extrañas y ver y oír cosas que no están.

Sexo		Edad						Total	
		6	7	8	9	10	11		12
Niños	Total	37	33	37	41	28	17	14	207
	%	17,9%	15,9%	17,9%	19,8%	13,5%	8,2%	6,8%	100,0%
Niñas	Total	16	21	16	12	10	11	7	93
	%	17,2%	22,6%	17,2%	12,9%	10,8%	11,8%	7,5%	100,0%
Total	Total	53	54	53	53	38	28	21	300
	%	17,7%	18,0%	17,7%	17,7%	12,7%	9,3%	7,0%	100,0%

Tabla 2
Factorización y porcentaje de varianza explicada

	6 Factores	7 Factores	8 Factores	9 Factores
F. I	P. CONDUCTA Alfa .74 (30.085)	P. CONDUCTA (21.087)	P. CONDUCTA (24.968)	P. CONDUCTA (23.754)
F. II	ANSIEDAD / DEPRESIÓN Alfa .84 (12.084)	ANSIEDAD / DEPRESIÓN (10.677)	ANSIEDAD / DEPRESIÓN (11.587)	ANSIEDAD / DEPRESIÓN (11.558)
F. III	DÉFICIT ATENCIÓN - HIPERACTIVIDAD Alfa .74 (21.683)	DÉFICIT ATENCIÓN - HIPERACTIVIDAD (24.123)	DÉFICIT ATENCIÓN - HIPERACTIVIDAD (20.597)	DÉFICIT ATENCIÓN - HIPERACTIVIDAD (17.169)
F. IV	Q. SOMÁTICAS / ANSIEDAD Alfa .856 (13.001)	Q. SOMÁTICAS / ANSIEDAD (10.329)	Q. SOMÁTICAS / ANSIEDAD (10.285)	Q. SOMÁTICAS / ANSIEDAD (8.096)
F. V	OPOSICIONISMO DESAFIANTE Alfa .81 (12.887)	P. PENSAMIENTO (9.710)	INSEGURIDAD (6.842)	LLAMADAS DE ATENCIÓN (8.48)
F. VI	DEPRESIÓN / AUTOLISIS Alfa .62 (8.260)	OPOSICIONISMO DESAFIANTE (13.315)	OPOSICIONISMO DESAFIANTE (12.607)	DEPRESIÓN / AUTOLISIS (6.543)
F. VII		INSEGURIDAD (10.734)	P. PENSAMIENTO (7.441)	P. OPOSICIONISMO DESAFIANTE (14.193)
F. VIII			DEPRESIÓN (5.673)	MIEDO /TEMORES (5.957)
F. IX				RESIDUAL (4.583)

Tabla 3
Correlaciones de Pearson síndromes empíricos muestra clínica

	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	Factor VI
Factor I	.637(**)	.389(**)	.453(**)	.575(**)	.555(**)
Factor II		.416(**)	.497(**)	.458(**)	.504(**)
Factor III			.281(**)	.398(**)	.209(**)
Factor IV				.593(**)	.603(**)
Factor V					.763(**)

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

Se ha obtenido una correlación significativa entre todos los síndromes empíricos, con alta correlación entre PC y OD (.575), y alta entre PC y DAH (.389) y entre DAH y OD (.391). Es interesante observar que las correlaciones más altas se dan entre OD y Depresión (.763), y PC y Ansiedad-depresión (.637), ambos síndromes internalizantes.

La prevalencia hallada en los factores externalizantes cuando el criterio diagnóstico es la puntuación media más una desviación típica de la muestra se sitúa entre el 14 y 18%. Los niños presentan una prevalencia más elevada en los síndromes PC y OD. Es significativo que en el factor de DAH el porcentaje de niñas sea mayor que el de niños. Los porcentajes y puntos de corte se indican en la tabla 4.

Analizando la prevalencia en función del sexo se hallan diferencias significativas en el factor III (DAH) a favor de las niñas (t (294)= -2.042, p= .042), y marginalmente significativas en el factor V (OD) (t (284)= 1.684, p= .093 a favor de los niños.

Para calcular la prevalencia en los síndromes externalizantes del CBCL equivalentes a los trastornos del comportamiento perturbador (APA, 2000) se han establecido dos criterios estadísticos (tabla 5):

1. La puntuación correspondiente al percentil 98 del CBCL propuesta por Achenbach y Rescorla (2001), mediante la que se obtiene un 44% de menores con PC, un 40,6% con DAH y un 28,3% con OD.
2. La puntuación media más una desviación típica en esos mismos síndromes, obtenida en la muestra clínica. Entonces, la prevalencia se sitúa entre el 17,7% y el 13%.

Tabla 4
Prevalencia y puntuaciones de corte global y por género de los síndromes externalizantes en factorización pediátrica

	Global M+IDS Punt. corte	Niños M+IDS	Niñas M+IDS
P. Conducta	18.1% (9.8)	18.4%	17.6%
Déficit Atención Hiperactividad	14.5% (6.01)	12.2%	19.8%
Oposicionismo desafiante	18.5% (9.53)	19.8%	15.7%

Tabla 5
Prevalencia global y por género en alteraciones externalizantes (CBCL-DSM, Achenbach, 2001)

	Global		Niños		Niñas	
	Pc 98	M + IDT	Pc 98	M + IDT	Pc 98	M + IDT
Déficit de Atención e Hiperactividad	40.6%	17.0%	49.3%	20.8%	34.4%	8.6%
Oposicionismo desafiante	28.3%	17.7%	34.3%	18.8%	30.1%	15.1%
Problemas de conducta	44 %	13.0%	51.7%	14.9%	51.6%	8.6%

Discusión y conclusiones

Son remitidos más niños que niñas a consulta psicológica (más del doble) entre los 6 y 12 años, y obtienen porcentajes más elevados de indicadores psicopatológicos externalizantes que las niñas, excepto en hiperactividad en la factorización pediátrica.

Los tres factores externalizantes hallados son equivalentes a los obtenidos por Achenbach: Déficit de Atención e Hiperactividad, Problemas de conducta y Oposicionismo desafiante. Además, hemos encontrado una alta prevalencia en los problemas externalizantes, ya que las tasas obtenidas son superiores al 40% en DAH y PC, tomando como criterio puntuaciones de corte de población general.

La factorización de la muestra clínica nos indica que las alteraciones externalizantes incluyen un gran número de conductas desadaptadas, y que los menores con alteraciones de conducta (TC y OD) presentan gran comorbilidad con alteraciones de ansiedad y depresión (internalizantes), y que PC incluye ítems referidos a problemas de pensamiento. Es relevante indicar que algunos de estos síntomas configuran un factor específico de problemas de pensamiento en las factorizaciones de 8 y 9 factores, aunque otros permanecen en el factor de PC, lo que de ser confirmado por más estudios implicaría más complejidad psicopatológica en las alteraciones externalizantes.

Las tasas de prevalencia de alteraciones psicológicas en la población infantil se sitúan entre un 15 y un 20% (Lemos, 2003) y llegando al 39% en adolescentes en población clínica (Aláez et al., 2000). En nuestra muestra, la tasa de prevalencia se sitúa entre el

29 y el 54%, tomando como referencia las puntuaciones normalizadas de Achenbach, y entre el 13 y el 18% cuando el criterio es la media más una desviación típica de la muestra clínica. Hemos encontrado una prevalencia superior en niños en DAH y OD en base a sintomatología CBCL-DSM, mientras que no hay diferencias en PC entre niños y niñas con una prevalencia muy alta. Se mantiene la superioridad en OD en niños en la factorización clínica y los PC son más altos. Sin embargo, en DAH las niñas muestran más problemas.

Dado el alto porcentaje de casos detectados en nuestro estudio y en las investigaciones revisadas se precisan protocolos de evaluación y tratamiento psicológicos más adecuados en atención primaria para detectar y atender adecuadamente estos problemas en su desarrollo inicial. Sería conveniente disponer de datos normativos de los inventarios de Achenbach en población española, ya que permitiría una comparación fiable entre diferentes estudios.

Y como recomienda Pliszka y Work Group on Quality Issues (2007), para el TDA-H, sería preciso realizar un cribado en cada menor atendido en consultas clínicas con el fin de detectar la presencia de indicadores clínicos y la comorbilidad. Los instrumentos de Achenbach son muy adecuados para ello.

Nota

- ¹ Esta investigación se ha realizado en base al convenio «Evaluación, Diagnóstico e Intervención Psicológica» establecido entre el Servicio Murciano de Salud y la Universidad de Murcia, del cual es responsable la primera firmante.

Referencias

- Achenbach, T.M. (1991a). *Manual for the Youth Self Report and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. (1991b). *Manual for the Child Behavior Checklist 4/18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. (1993). *Empirically based taxonomy: How to use syndromes and profile types derived from the CBCL/4-18, TRF and YSR*. University of Vermont: Burlington.
- Achenbach, T.M., y Edelbrock, C.S. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 85, 1275-1301.
- Achenbach, T.M., y Edelbrock, C.S. (1983). *Manual of Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M., y Edelbrock, C.S. (1984). Psychopathology of childhood. *Annual Review of Psychology*, 35, 227-256.
- Achenbach, T.M., y Edelbrock, C.S. (1986). *Manual for the Teacher's Report Form and Teacher Version of the Child Behavior Profile*. Burlington, VT: University of Vermont.
- Achenbach, T.M., y Edelbrock, C.S. (1987). *Manual for the Youth Self Report and Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M., McConaughy, S.H., y Howell, C.T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations of situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101, 213-232.
- Achenbach, T.M., y Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA Age Forms y Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.
- Aláez, M., Martínez-Arias, R., y Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12, 525-532.
- Amador, J.A., Forns, M., Guardia, J., y Però, M. (2006). DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder symptoms: Agreement between informants in prevalence and factor structure at different ages. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 28, 23-32.
- American Psychiatric Association (APA) (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3ª edición)*. Washington, DC: APA.

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Angold, A., y Costello, E.J. (1996). Toward establishing an empirical basis for the diagnosis of oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1205-1212.
- Barkley, R.A. (1996). Attention-deficit/hyperactivity disorder. En E.J. Mash y R.A. Barkley (Eds.): *Child Psychopathology* (pp. 63-112). New York: Guilford.
- Barbaresi, W.J., Katusic, S.K., Colligan, R.C., Pankratz, V.S., Weaver, A.L., Weber, K.J., Mrazek, D.A., y Jacobsen, S.J. (2002). How common is Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder? Incidence in a Population-Based Birth Cohort in Rochester, Minn. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156, 217-224.
- Carr, A. (1999). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology: A contextual approach*. Londres: Routledge.
- Crijnen, A.A., Achenbach, T.M., y Verhulst, F.C. (1997). Comparisons of problems reported by parents of children in 12 cultures: Total problems, externalizing and internalizing. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1269-1277.
- DuPaul, G.J., Power, T.J., Anastopoulos, A.D., Reid, R., McGoey, K.E., e Ikeda, M.J. (1997). Teacher rating of attention deficit hyperactivity disorder symptoms Factor structure and normative data. *Psychological Assessment*, 9, 436-443.
- DuPaul, G.J., Anastopoulos, A.D., Power, T.J., Reid, R., Ikeda, M.J., y McGoey, K.E. (1998). Parent rating of attention deficit hyperactivity disorder symptoms: Factor structure and normative data. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 20, 83-102.
- Esparó, G., Canals, J., Torrente, M., y Fernández-Ballart, J.D. (2004). Psychological problems and associated factors at 6 years of age: Differences between sexes. *The Spanish Journal of Psychology*, 7, 53-62.
- Gaub, M., y Carlson, C.L. (1997). Gender differences in ADHD: A meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1036-1045.
- Gershon, J. (2002). A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Journal of Attentional Disorders*, 5, 143-154.
- Graminha, S.S.V. (1994). Problemas emocionais/comportamentais em uma amostra de escolares: incidência em função do sexo e idade. *Psico*, 25, 49-74.
- Hoksbergen, R.A.C., ter Laak, J., van Dijkum, C., Rijk, S., Rijk, K., y Stoutjesdijk, F. (2003). Posttraumatic stress disorder in adopted children from Romania. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73, 255-265.
- Hudziak, J.J., Copeland, W., Stanger, C., y Wadsworth, M. (2004). Screening for DSM-IV externalizing disorders with the Child Behavior Checklist: A receiver-operating characteristic analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 1299-1307.
- Keenan, K., y Shaw, D. (1997). Development and social influences on young girls early problem behavior. *Psychological Bulletin*, 121, 95-113.
- Kovacs, M., y Devlin, B. (1998). Internalizing disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 47-63.
- Lemos, S., Vallejo, G., y Sandoval, M. (2002). Estructura factorial del Youth Self-Report (YSR). *Psicothema*, 14, 816-822.
- Lemos, S. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del Psicólogo*, 24, 19-28.
- Loeber, R., Burke, J.D., Lahey, B., Winters, A., y Zera, M. (2000). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A review of the past 10 years, Part 1. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1468-1484.
- López-Soler, C., Hernández, S., Durá, E., y Fernández, V. (2006). Externalizing problems (ADD-H, OD, CD) in children with cancer. *Comunicación presentada al 8th Congress of Psycho-Oncology*. Octubre.
- López, J.R., y López-Soler, C. (2008). *Conducta antisocial y delictiva en la adolescencia*. Murcia: Editum.
- López-Soler, C. (1987). *Inventario Clínico Infantil*. Manuscrito no publicado.
- López-Soler, C., y García-Sevilla, J. (1997). *Problemas de Atención en el niño*. Madrid: Pirámide.
- López-Soler, C., y Freixinos, M.A. (2001). Psicopatología y consumo de alcohol en adolescentes. *Anales de Psicología*, 17 (2), 177-187.
- López-Soler, C., López, J.R., y Freixinos, M.A. (2003). Retardo de la gratificación y autocontrol en jóvenes antisociales: características asociadas al género. *Psicopatología Legal y Forense*, 3, 5-21.
- López-Soler, C., y Martínez, M. (2003). *Déficit atencional e hiperactividad: psicopatología, evaluación y tratamiento*. Madrid: UNED.
- Lopez-Villalobos, J.A. (2008). Factor de independencia a la distracción en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad: un modelo abreviado. *Psicothema*, 20 (4), 718-723.
- Marturano, E.M., Toller, G.P., y Elias, L.C.D. (2005). Género, adversidade e problemas socioemocionais asociados à queixa escolar. *Estudos de Psicología*, 22, 371-380.
- Miranda, A., Presentación, M.J., y Roselló, B. (2005). Trastornos hiperactivos. En R. González Barrón (Coord.): *Psicopatología del niño y del adolescente* (pp. 125-155). Madrid: Pirámide.
- Pliszka, S., y AACAP Work Group on Quality Issues (2007). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46 (7), 894-921.
- Raya, A.F., Herrero, J., y Pino, M.J. (2008). El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad. *Psicothema*, 20 (4), 691-696.
- Rohde, L., Barbosa, G., Polancyk, G., Eizinrik, M., Rasmussen, E.R., Neuman, R.J., y Todd, R.D. (2001). Factor and latent class Analysis of DSM-IV ADHD symptoms in a school sample of Brazilian adolescent. *Journal of de American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 711-718.
- Sandoval, M., Lemos, S., y Vallejo, G. (2006). Self-reported competences and problems in Spanish adolescents: A normative study of the YSR. *Psicothema*, 18, 804-809.
- Silverthorn, P., y Frick, P.J. (1999). Developmental pathways to antisocial behavior: The delayed-onset pathway in girls. *Development and Psychopathology*, 11, 101-126.
- Slapak, S., Cervone, N., Luzzi, A.M., y Samaniego, C. (2002). Aplicación del enfoque epidemiológico a una población clínica de niños. *PsicoUSF*, 7, 67-76.
- Verhulst, F.C., y van der Ende, J. (1991). Four year follow-up of teacher-reported problem behaviours. *Psychological Medicine*, 21, 965-977.
- Verhulst, F.C., y Achenbach, T.M. (1995). Empirically based assessment and taxonomy of psychopathology; Cross-cultural applications. A review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 4, 61-76.
- Weisz, J.R., Sigman, M., Weiss, B., y Mosk, J. (1993). Parent reports of behavioral and emotional problems among children in Kenya, Thailand and the United States. *Child Development*, 64, 98-109.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- Woodruff, T.J., Axelrad, D.A., Kyle, A.D., Nweke, O., Miller, G.G., y Hurley, B. (2004). Trends in environmentally related childhood illnesses. *Pediatrics*, 113, 1133-1140.