

José A. López-Villalobos¹
Jesús M. Andrés-De Llano²
Victoria López-Sánchez³
Luis Rodríguez-Molinero⁴
Mercedes Garrido-Redondo⁴
María T. Martínez-Rivera⁴
Ana M. Sacristán-Martín⁵

Prevalencia del Trastorno Negativista Desafiante en una muestra de niños españoles entre seis y dieciséis años: informe del profesor

¹Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. SACYL

²Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. SACYL

³Psicóloga

⁴Servicio de Pediatría. Atención Primaria. Valladolid. SACYL

⁵Servicio de Pediatría. Atención Primaria. Palencia. SACYL

Introducción. Nuestro objetivo principal es estudiar la prevalencia del Trastorno Negativista Desafiante (TND) en escolares de 6 a 16 años de una Comunidad Autónoma de España (Castilla y León) según informes del profesorado y analizar la repercusión del trastorno en resultados académicos y conducta escolar.

Metodología. Estudio poblacional con diseño muestral polietápico estratificado, proporcional y por conglomerados. Muestra analizada: 1.049. Casos definidos según criterios DSM-IV-TR.

Resultados. La prevalencia de TND es 4,2%. La prevalencia es significativamente superior en sexo masculino (5,7%), respecto al femenino (2,6%) y en zona rural (6,8%) respecto a urbana (3%). No existen diferencias significativas en función del curso o colegio público/privado. La prevalencia de TND sin considerar deterioro funcional aumentaría al 5,1%. Los casos de TND según informes de profesores presentan significativamente peores resultados académicos (resultados globales, lectura, matemáticas y expresión escrita) y peor conducta en clase (relación con compañeros, respeto a normas, destrezas organizativas, realización de tareas académicas e interrupciones de clase).

Conclusiones. En función de la prevalencia, inicio precoz, persistencia de síntomas y disfunción social y escolar del TND, es necesario un diagnóstico temprano e intervención preventiva.

Palabras clave: Prevalencia, Trastorno negativista desafiante (TND), Infancia, Adolescencia, Profesor

Actas Esp Psiquiatr 2015;43(4):213-20

Prevalence of Oppositional Defiant Disorder in a sample of Spanish children between six and sixteen years: teacher's report

Introduction. Our main objective is to study the prevalence of Oppositional Defiant Disorder (ODD) in school children aged 6-16 years of an autonomous region of Spain (Castile and Leon), according to reports from the teachers and to analyze the impact of the disorder on academic performance and school behavior.

Methods. Population study with stratified multistage, proportional and cluster design sample. Sample analyzed: 1,049. Cases were defined according to DSM-IV-TR criteria.

Results. An overall prevalence rate of 4.2% was found, this being significantly higher in males (5.7%) compared to females (2.6%) and in rural (6.8%) than in urban areas (3%). No significant differences by grade or type of school were found. ODD prevalence without considering functional impairment would increase to 5.1%. ODD cases have significantly worse academic outcomes (overall academic performance, reading, math and writing) and entail worse classroom behavior (relationship with peers, respect for rules, organizational skills, academic tasks and disruption of the class).

Conclusions. Based on the prevalence, early onset, persistence of symptoms and social and academic dysfunction of ODD, early diagnosis and preventive intervention are necessary.

Keywords: Prevalence, Oppositional defiant disorder (ODD), Childhood, Adolescence, Teacher

Correspondencia:
José Antonio López Villalobos
Servicio de Psiquiatría - Complejo Asistencial Universitario de Palencia
Hospital San Telmo
Avenida San Telmo s/n
34004 Palencia (Spain)
Correo electrónico: villalobos@cop.es // jlopezv@saludcastillayleon.es

INTRODUCCIÓN

El objetivo principal de nuestro estudio es el análisis de la prevalencia del Trastorno Negativista Desafiante (TND) en niños españoles entre seis y dieciséis años de una Comunidad Autónoma (CCAA) de España (Castilla y León), considerando la información de profesores.

El TND, según criterios DSM-IV-TR¹, se caracteriza por la presencia recurrente de cuatro o más de las siguientes conductas: irritabilidad, discusiones, desafío a la autoridad, molestias deliberadas a los demás, acusa a los demás de sus errores, susceptibilidad, exceso de cólera y ser rencoroso o vengativo. Para el diagnóstico del trastorno este patrón de comportamiento debe durar al menos seis meses, aparecer con más frecuencia de la observada en sujetos de edad y nivel de desarrollo similar, así como producir deterioro significativo de la actividad social o académica¹.

Recientes investigaciones citaron que los síntomas de TND se agrupan en dos factores. El factor "irritabilidad/afecto negativo" que predice futuros trastornos internalizantes y el factor "testarudez/oposicionismo" que predice ulteriores trastornos de conducta². Paralelamente, en función de sus síntomas, algunos autores consideraron que el TND debería situarse en el ámbito de los trastornos de regulación emocional³.

La reciente revisión del TND en el DSM-5⁴, mantiene los mismos síntomas de la DSM-IV-TR y el mismo punto de corte categorial para considerar el trastorno. El DSM-5 menciona al TND en los trastornos destructivos del control de impulsos y de la conducta, incluyendo las dimensiones enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante y carácter vengativo. Un caso de TND del DSM-IV-TR, sería habitualmente considerado con idéntica denominación en el DSM-5, especifi-

cando la gravedad del trastorno en función de la extensión de los síntomas a uno o más contextos ambientales.

Los niños con TND, cuyos primeros síntomas suelen aparecer de forma temprana y ser persistentes, suelen acudir con frecuencia a las consultas sanitarias en todos los márgenes de edad entre la infancia y la adolescencia⁵⁻⁸.

El TND no suele aparecer de forma aislada y presenta comorbilidad con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno disocial, trastorno por ansiedad, trastorno depresivo y trastorno del aprendizaje⁹⁻¹¹. Diferentes investigaciones observan no solamente comorbilidad, sino que el TND predice estos trastornos comórbidos y mal ajuste psicosocial^{10,12-14}.

Estudios longitudinales observan que los niños con problemas de conducta tienen mas probabilidades cuando llegan a adultos de cometer actos delictivos, abusar de drogas, sufrir ansiedad o depresión, intentar suicidarse, tener múltiples parejas sexuales, ser violentos, tener hijos prematuramente y dificultades para encontrar a alguien que les recomiende para un trabajo.^{15,16}

Las repercusiones del trastorno en el funcionamiento social o interpersonal y su persistencia en el tiempo, hacen que el TND deba ser considerado como un problema de entidad no limitado a la infancia.

La tasa de prevalencia mas citada en niños de edad escolar oscila entre el 2% y el 16%¹. En la misma línea un estudio reciente que realiza una amplia revisión de la prevalencia de TND, según informaciones de los padres, presenta cifras entre el 1,8% y 14,1%¹⁷ y una revisión de la prevalencia de TND en diversos lugares del mundo encontró una prevalencia media combinada del 3,3%¹⁸.

Tabla 1 Estudios epidemiológicos del trastorno negativista desafiante: Evaluación de profesores					
Autor	Edad	Prevalencia % sin deterioro	Prevalencia con Deterioro %	Sexo masculino	Sexo femenino
Carlson, 1997 ¹⁹	6-9	9		13	5
Breton, 1999 ²⁰	6-14		2,0		
Gadow, 2002 ²¹	5-12	4,1		6,3	1,8
Ersan, 2004 ²²	6-15	4,6		5,1	4,2
Munkvold, 2009 ²³	7-9	1,3		2,2	0,5
Cardo, 2009 ²⁴	6-11	5,4		7,3	3,1
Emberley, 2011 ²⁵	12-16	3,77		6,2	1,4
Meisel, 2013 ²⁶	6-8	5,1		6,8	3,1

Las cifras de prevalencia de TND en contexto escolar, pueden considerarse desde la perspectiva de informes de profesores ajustados a criterios DSM-IV-TR y dejamos constancia de nuestra revisión en la tabla 1. Los datos oscilan entre 1.3% y 9%, reflejando tasas de prevalencia promedio menores que las observadas con idéntico criterio en informes de padres¹⁷. Cuando el informante utilizado en la investigación son los padres, la tasa de prevalencia suele ser mayor que cuando son los profesores^{27,28}.

Padres y profesores son los principales informantes cuando realizamos el diagnóstico de psicopatología infantil y/o cuando estudiamos la prevalencia desde la perspectiva epidemiológica. Algunos autores sugieren que la presencia o ausencia de TND puede ser mejor identificado por informes de los profesores²⁹ y en este estudio de prevalencia hemos utilizado su perspectiva por considerarla relevante y clarificadora. Es relevante ya que el contexto escolar tiene gran importancia en el desarrollo de los niños y es clarificadora debido a que los profesores al evaluar poseen un grupo de comparación para las conductas que no suelen tener los padres y tienen experiencia diversificada en la observación de los niños³⁰. En todo caso, es relevante proporcionar una imagen clara del impacto de las conductas disruptivas en el contexto escolar³¹.

Tras esta reflexión y revisión de estudios de prevalencia, reflejamos que el objetivo principal de nuestra investigación es determinar la prevalencia de TND en niños entre 6-16 años en una CCAA de España según informes de los profesores.

Los objetivos secundarios son los siguientes:

- Determinar las diferencias entre personas con TND y aquellas que no tienen este problema en función de variables sociodemográficas.
- Determinar las diferencias entre personas con TND y aquellas que no tienen este problema en resultados académicos.
- Determinar las diferencias entre personas con TND y aquellas que no tienen este problema en conducta global en clase.

MÉTODO

Participantes

La Población estudiada incluyó a los alumnos de educación primaria y secundaria entre 6 a 16 años de una CCAA de España. El diseño muestral realizado fue polietápico, estratificado y proporcional por conglomerados. La distribución geográfica integró centros educativos Españoles de las provincias de Valladolid (n=3), Zamora (n=2), León (n=2), Burgos (n=2), Salamanca (n=2), Ávila (n=2), Palencia (n=2) y Segovia (n=1).

El cálculo del tamaño muestral se realizó según la formulación $n = N * Z_{\alpha}^2 * p * q / d^2 (N-1) + Z_{\alpha}^2 * p * q$. La población total fue 212.567. Se consideró un error muestral de 0,05 para una prevalencia esperada del 6% y precisión $\pm 1,5$. Nivel confianza 95%. Con estos datos, el tamaño mínimo de la muestra considerado fue de 959 alumnos (fracción de muestreo $\% = 0,451$), ampliado a 1.100 en previsión de pérdidas.

La muestra total reclutada fue de 1.049 participantes. En educación primaria 628 (53,8% sexo masculino) y en secundaria 421 (48,45% sexo masculino). En colegio público 544 (50,73% sexo masculino) y en privado 505 (52,67% sexo masculino). Procedentes de zona rural 339 (51,62% sexo masculino) y de zona urbana 710 (51,69% sexo masculino).

La media de edad muestral es 10,9 (DE=3,06), observándose un 51,6% del sexo masculino (M de edad=10,77; DE=3,01) y 48,4% del femenino (M de edad=11,04; DE=3,10).

Instrumentos

Los profesores completaron un cuestionario sobre TND que incluye los ítems del DSM-IV-TR, según modelo incluido en la categoría B del *Child Symptom Inventory* (CSI) de Kenneth D. Gadow y Joyce Sprafkin³². En nuestro estudio se utilizó una valoración categorial donde un síntoma fue considerado clínicamente relevante si ocurre "a menudo" o "muy a menudo" (puntuación=1) y no fue considerado relevante si el síntoma ocurre "algunas veces" o "nunca" (puntuación=0). Cuando el número de síntomas es igual o superior al requerido por la DSM-IV-TR en TND (≥ 4), se valoró el diagnóstico como presente y en caso contrario se consideró ausente. Esta clasificación se denominó TND categorial (TND-C).

Con finalidad de observar disfuncionalidad de TND (criterio DSM-IV-TR), los profesores implementaron la escala de evaluación Vanderbilt NICHQ³³.

Procedimiento

Se seleccionaron de forma aleatoria 21 centros escolares, y posteriormente mediante otra selección aleatoria 33 unidades de primaria y 20 de secundaria, respetando la proporcionalidad sobre el tipo de centro y zona sociodemográfica.

El estudio incluyó recogida de datos sociodemográficos, respuesta de los profesores al cuestionario sobre TND e implementación de un apartado de la escala de evaluación Vanderbilt NICHQ³³ que alude a resultados académicos globales y conducta global.

Los resultados académicos globales incluyeron cuatro categorías valoradas según una escala tipo Likert que oscila

entre uno y cinco (resultados académicos globales, lectura, matemáticas y expresión escrita).

La conducta global incluyó cinco categorías valoradas según una escala tipo Likert que oscila entre uno y cinco (relación con compañeros, respeto a las normas, destrezas de organización, realización de tareas académicas e interrupción de la clase).

La escala tipo Likert de resultados académicos globales y conducta global presenta las categorías: muy inferior a los compañeros de clase (puntuación 1), inferior a los compañeros de clase (puntuación 2), similar a la media de los compañeros de clase (puntuación 3), superior a la media de los compañeros de clase (puntuación 4) y muy superior a la media de los compañeros de clase (puntuación 5).

Se consideró disfunción de la actividad social o académica las puntuaciones ≤ 2 en resultados académicos globales o conducta global.

Criterio de inclusión / exclusión de casos:

- Se consideró caso de TND cuando, en el cuestionario respondido por profesores, el número de síntomas categoriales que persistieron al menos durante seis meses fue igual o superior al requerido por la DSM-IV-TR en TND (≥ 4), y se observó disfunción de la actividad social o académica, valorada mediante al menos una puntuación ≤ 2 en conducta global y/o resultados

académicos globales. Esta situación fue denominada TND categorial disfuncional (TND-CD).

- No se consideró caso de TND-CD cuando se incumplieron las condiciones referenciadas previamente.

Temas éticos y legales

Este proyecto ha recibido el aval de la comisión de investigación y comité ético de ensayos clínicos. Los padres de los niños incluidos en el estudio aceptaron y firmaron un documento de consentimiento informado.

RESULTADOS

Resultados básicos principales: Estudio de prevalencia

La prevalencia de TND-CD según informes de profesores en una CCAA de España es 4,2% y si consideramos TND-C se incrementa a 5,1%. Esta diferencia es significativa [χ^2 (1, n=1049)=863; p=0,000].

Los casos de TND-CD, presentan una media de edad de 11,23 años (DE=3,04) e incluyen un 70,4% del sexo masculino (M de edad=11,23; DE=2,87) y 29,6% del femenino (M de edad=11,23; DE=3,53). Los casos de TND-C, presentan

Factor	TND-CD ^a		Prevalencia ^b IC 95%	°OR (IC 95%)
	Prevalencia			
	n /N	(%)		
Total	44/1049	(4,2)	2,9-5,4	
Sexo				
masculino	31/542	(5,7)	4,1-7,3	2,3 (1,2-4,4)
Femenino	13/507	(2,6)	1,4-3,8	0,4 (0,2-0,8)
Nivel educativo				
Primaria	25/628	(4,0)	2,7-5,3	0,9 (0,5-1,6)
Secundaria	19/421	(4,5)	2,8-6,2	1,1 (0,6-2,1)
Zona				
Urbana	21/710	(3,0)	1,7-4,3	0,4 (0,2-0,7)
Rural	23/339	(6,8)	2,4-9,5	2,4 (1,3-4,4)
Tipo Colegio				
Privado	19/505	(3,8)	2, -5,5	0,8 (0,4-1,5)
Público	25/544	(4,6)	2,8-6,4	1,2 (0,7-2,2)

^aTND-CD: Trastorno Negativista Desafiante categorial y disfuncional; ^bIC 95%: intervalo de confianza del 95%; ^cOR: Odds ratio.

Factor	ª TND-C		Prevalencia ª IC 95%	ª OR (IC 95%)
	Prevalencia			
	n /N	(%)		
Total	53/1049	(5,1)	3,8-6,4	
Sexo				
masculino	35/542	(6,5)	4,8-8,2	1,8 (1,1-3,3)
Femenino	18/507	(3,6)	2,2-5,0	0,5 (0,3-0,9)
Nivel educativo				
Primaria	30/628	(4,8)	3,4-6,2	0,8 (0,5-1,5)
Secundaria	23/421	(5,5)	3,7-7,3	1,1 (0,6-2,0)
Zona				
Urbana	24/710	(3,4)	2,3-5,0	0,4 (0,2-0,6)
Rural	29/339	(8,6)	6,0-12,0	2,6 (1,5-4,7)
Tipo Colegio				
Privado	19/505	(3,8)	2,4-5,8	0,6 (0,3-1,0)
Publico	34/544	(6,3)	4,5-8,6	1,7 (0,9-3,0)

ª TND-C: Trastorno Negativista Desafiante categorial; ª IC 95%: intervalo de confianza del 95%; ª OR: Odds ratio.

una media de edad de 11,26 años (DE=2,96) e incluyen un 66% del sexo masculino (M de edad=11; DE=2,80) y 34% del femenino (M de edad=11,78; DE=3,28).

Distribución TND / sexo

Las tablas 2 y 3 exponen la prevalencia de TND, en función de alteración funcional y sexo. La prevalencia de TND-CD en los varones (5,7%) es superior a la de las mujeres (2,6%), observándose diferencias significativas en función del sexo [χ^2 (1, n=1049)=6,49; p=0,001]. La prevalencia de TND-C en los varones es superior (6,5%) a la de las mujeres (3,6%), observándose diferencias significativas en función del sexo [χ^2 (1, n=1049)=4,61; p=0,032].

Las diferencias en la prevalencia a favor del sexo masculino son mayores cuando existe más disfunción de la actividad social o académica. La proporción sexo masculino a femenino oscila entre 1,81:1 en TND-C y 2,19:1 en TND-CD.

Distribución TND / nivel educativo

La prevalencia de TND-CD en educación primaria es del 4% y en educación secundaria es 4,5%, no observándose diferencias significativas. La tasa de prevalencia de TND-C en educación primaria es 4,8% y en educación secundaria 5,5%,

no observándose diferencias significativas. Se observaron más casos del sexo masculino en una proporción de 3,16:1 en educación primaria y de 1,71:1 en secundaria.

Distribución TND / zona sociodemográfica

La prevalencia de TND-CD en zona urbana es del 3% y en zona rural es del 6,8%, observándose diferencias significativas [χ^2 (1, n=1049)=8,36; p=0,004]. La prevalencia de TND-C en zona urbana es del 3,4% y en zona rural 8,6%, observándose diferencias significativas [χ^2 (1, n=1049)=12,80; p=0,000].

Distribución TND / tipo de colegio

La prevalencia de TND-CD en colegio privado es del 3,8% y en colegio público es 4,6%, no observándose diferencias significativas. La prevalencia de TND-C en colegio privado es 3,8% y en colegio público 6,3%, no observándose diferencias significativas.

El análisis de los casos de TND-CD, reflejó diferencias significativas en función del sexo según el tipo de colegio [χ^2 (1, n=44)=5,811; p=0,016]. En los colegios privados se observaron más casos del sexo masculino (proporción de 8,5:1) que en los colegios públicos (proporción 1,27:1).

Distribución TND / Resultados académicos y Conducta global

La utilización de la escala de evaluación Vanderbilt, reflejó diferencias significativas en rangos promedios (prueba *U* de Mann-Whitney) en las que los casos de TND-CD, respecto a los que no tienen esa condición, tuvieron peores resultados académicos globales ($U=12116$; $p=0,000$) e inferiores resultados en lectura ($U=14636$; $p=0,000$), matemáticas ($U=13157$; $p=0,000$) y expresión escrita ($U=11349$; $p=0,000$).

El mismo cuestionario reflejó que los casos de TND-CD tuvieron peor conducta global en la clase ($U=5078$; $p=0,000$); así como peor relación con los compañeros ($U=6754$; $p=0,000$), menor respeto a las normas y reglas ($U=5072$; $p=0,000$), mayores interrupciones de la clase ($U=8044$; $p=0,000$), menores destrezas de organización ($U=9695$; $p=0,000$) y conducta más problemática para hacer los deberes ($U=10987$; $p=0,000$).

Se observaron diferencias significativas con la misma tendencia en TND-C.

CONCLUSIONES

La tasa de prevalencia de TND más citada entre los niños en edad escolar oscila entre 2%-16%¹. Esta variabilidad puede ser explicada por diferentes dimensiones: determinación de la muestra, estrategia clínica y/o psicométrica, informantes, punto de corte utilizado en las escalas, edad de los niños e inclusión de deterioro en la definición del trastorno²⁶. De forma genérica se observan cifras de prevalencia más bajas en muestras de población general que en muestras clínicas, en estudios que utilizan entrevistas diagnósticas estructuradas comparados con los que solo utilizan exploración psicométrica y en estudios que consideran la existencia disfunción social/escolar respecto a los que no la consideran. A su vez, el tema de los evaluadores ejerce una influencia en el sentido de que cuando los informantes son los maestros se encuentran cifras más bajas de TND que cuando son los padres²⁶.

Nuestro estudio sobre prevalencia de TND contempla una muestra de edad amplia, se realiza con población general, los informantes son los profesores y considera la disfunción en la definición del trastorno. Este conjunto de circunstancias deberían conducir a cifras más bajas de prevalencia que pasamos a comentar.

La prevalencia de TND-CD observada en nuestra investigación según informes de profesores en una CCAA de España es del 4,2%. Si únicamente considerásemos el criterio categorial de la DSM-IV-TR (TND-C) la cifra se incrementaría al 5,1%. Nuestros resultados reflejan que considerar la dis-

funcionalidad como criterio epidemiológico para el TND en contexto escolar reduce la prevalencia.

La prevalencia del grupo de estudios que hemos considerado en la introducción por ajustarse a criterios DSM-IV-TR según informes de profesores y tener un margen de edad que incluye el de nuestra investigación presenta cifras entre 1,3%-9% y el único estudio de TND que considera disfuncionalidad, indica una prevalencia del 2%²⁰. Nuestros datos, considerando disfuncionalidad, se encuentran por encima de esta última cifra de prevalencia. Son pocos los estudios de prevalencia sobre TND que consideran aisladamente el informe de profesores³¹ y prácticamente inexistentes los que además consideran disfuncionalidad.

La prevalencia de TND-CD de nuestro estudio en el sexo masculino (5,7%) es significativamente superior a la del sexo femenino (2,6%). Todas las referencias citadas en la tabla 1 consideran mayor prevalencia del sexo masculino y sucede lo mismo en el contexto clínico^{6,25,28}. En general, la literatura científica observa que cuando los informantes son los profesores los trastornos de conducta presentan más claras diferencias a favor del sexo masculino^{26-28,31}.

En cuanto al factor edad, la tasa de prevalencia de TND-CD según informes de profesores reflejada en nuestro estudio para educación primaria (4%) es inferior a la observada en educación secundaria (4,5%), no observándose diferencias significativas. Nuestros datos no parecen coincidir con los estudios científicos que observan que el TND presenta menos frecuencia en la adolescencia^{18,34}. La persistencia del deterioro en la edad adulta joven permite la consideración de TND como un trastorno no limitado a la infancia¹⁶.

El TND analizado en nuestro artículo no decrece con la edad, lo que nos hace reflexionar sobre la necesidad de intervenciones preventivas tempranas que disminuyan su repercusión en cuanto a morbilidad y disfuncionalidad.

Si consideramos los ciclos de educación no observamos diferencias significativas en función del sexo en casos de TND-CD, aunque existe mayor frecuencia del sexo masculino en ambos ciclos educativos y en mayor medida en educación primaria. Esta circunstancia es compatible con estudios que citan menores diferencias por sexo en la adolescencia³⁵.

Nuestros datos reflejan que la prevalencia de TND-CD es significativamente mayor en la zona rural que en la urbana y no reflejan diferencias significativas en cuanto al tipo de centro público o privado.

Los casos de TND-CD según informes de profesores tienen significativamente peores resultados académicos globales e inferiores resultados en lectura, matemáticas y expresión escrita que los que no presentan el trastorno. Estos resultados son similares a los observados en un estudio

de prevalencia, con el mismo diseño, donde los informantes eran los padres¹⁷. Nuestros resultados son compatibles con su frecuente comorbilidad con trastornos del aprendizaje^{1,9,10} y con el requerimiento DSM-IV-TR¹ de presentar deterioro significativo de la actividad social o académica. No obstante, la realidad es que podemos diagnosticar TND sin la presencia de deterioro de la actividad académica y parece que esta repercusión escolar se produce con mayor frecuencia que la encontrada en las personas sin el trastorno. Con el diseño de nuestro estudio, no podemos controlar si los problemas de rendimiento académico son causa o consecuencia del TND, aunque parece conveniente mostrar una actitud preventiva ante esta problemática académica.

En este ámbito y en un contexto clínico, existen publicaciones científicas que reflejan asociación entre el trastorno y problemas escolares^{6,36}.

Los casos de TND-CD según informes del profesorado tienen significativamente peor conducta global en la clase; así como peor relación con los compañeros, menor respeto a las normas y reglas, mayores interrupciones de la clase, menores destrezas de organización y conducta más problemática para hacer los deberes. Estos resultados son similares a los observados en un estudio de prevalencia, con el mismo diseño, donde los informantes eran los padres¹⁷.

En este contexto, nos parece relevante una actitud preventiva ante las relaciones con su grupo de iguales que presentan los niños con TND-CD y ante las conductas inadaptadas en el entorno académico.

Terminados los argumentos de nuestra discusión debemos reflexionar brevemente sobre la prevalencia de TND en función de si los informantes son los padres o profesores. En general las cifras de prevalencia son mayores cuando los informantes son los padres²⁶, que tienden a evaluar más síntomas de TND y a percibir con mayor intensidad su severidad²⁷. También resulta constante la existencia de una concordancia muy baja entre las valoraciones de padres y profesores²⁷. Las explicaciones sobre estas diferencias y variabilidad pueden situarse en la especificidad contextual de la conducta que condiciona la relación entre el niño y el adulto³⁷, los errores de medida en los instrumentos y en las diferentes perspectivas inherentes a las características y tendencias de los evaluadores³⁸. Desde la perspectiva clínica es común encontrar discrepancias en las valoraciones de padres y profesores dependiendo de las características y demandas que se producen en cada contexto. El contexto escolar suele ser más estructurado y predecible, tendiendo a disminuir la presencia de alteraciones de conducta en un entorno donde esa situación se penaliza de forma consistente y se estimulan conductas alternativas. A su vez, los profesores poseen un grupo de comparación para las conductas que no suelen tener los padres y tienen experiencia diversificada en la obser-

vación de los niños³⁰, lo que puede favorecer que observen menos frecuencia de conductas problemáticas.

En resumen, nuestro estudio indica que el TND en una CCAA Española según informes de profesores presenta una prevalencia del 4,2% y refleja afectación significativa en el rendimiento académico y conducta escolar. En función de nuestros resultados, así como del conocimiento de que el TND a los tres años es la segunda cifra más alta de prevalencia en población general española³⁹ y de que los estudios longitudinales muestran afectación persistente en el tiempo en dimensiones de salud física o mental, académicas y sociales^{12,16,40}, debemos estar atentos a su diagnóstico temprano e intervención preventiva. Proporcionar tratamiento en una etapa temprana de desarrollo destinado a reducir los síntomas del TND debe ser prioritario para los planificadores de la salud pública y los educadores.

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación se ha realizado dentro del proyecto estudio de prevalencia del trastorno negativista desafiante (GRS 595/B/11) subvencionado por la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León; el proyecto (2011/02) subvencionado por la Fundación Ernesto Sánchez Villares.

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2002.
2. Boylan K. The Many Faces of Oppositional Defiant Disorder. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014;23(1):8-9.
3. Cavanagh M, Quinn D, Duncan D, Graham T, Balbuena L. Oppositional Defiant Disorder Is Better Conceptualized as a Disorder of Emotional Regulation. *J Atten Disord*. 2014; 30 [Epub ahead of print].
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM 5. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
5. Ercan ES, Kandulu R, Uslu E, Ardic UA, Yazici KU, Basay BK, et al. Prevalence and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children: a 4-year longitudinal study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2013;7(30):1-10.
6. López-Villalobos JA, Andrés-De Llano J, Sánchez-Azón MI, Sanguino-Andrés R, Alberola-López S. Disruptive behavior disorders: Multidimensional analysis. *International Journal of Clinical Health Psychology*. 2012;12:405-17.
7. López-Villalobos JA, Serrano I, Delgado J. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: a predictive model of comorbidity with behaviour disorder. *Psychology in Spain*. 2005; 9: 63-74.
8. Lavigne JV, Cicchetti C, Gibbons RD, Binns HJ, Larsen L, DeVito C. Oppositional defiant disorder with onset in preschool years: longitudinal stability and pathways to other disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40:1393-400.
9. Boylan K, Vaillancourt T, Boyle M, Szatmari P. Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2007;16:484-94.
10. Pardini DA, Fite PJ. Symptoms of Conduct Disorder, Oppositional Defiant Disorder, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, and

- Callous-Unemotional Traits as Unique Predictors of Psychosocial Maladjustment in Boys: Advancing an Evidence Base for DSM-V. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49(11):1134-44.
11. Whelan YM, Stringaris A, Maughan B, Barker ED. Developmental Continuity of Oppositional Defiant Disorder Subdimensions at Ages 8, 10, and 13 Years and Their Distinct Psychiatric Outcomes at Age 16 Years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52(9):961-9.
 12. Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ. Risk Factors for Conduct Disorder and Oppositional/Defiant Disorder: Evidence from a New Zealand Birth Cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49:1125-33.
 13. Loeber R, Burke JD, Pardini DA. Perspectives on oppositional defiant disorder, conduct disorder, and psychopathic features. *J Child Psychol Psychiatry*. 2009;50:133-42.
 14. Nock MK, Kazdin AE, Hiripi E, Kessler RC. Lifetime prevalence, correlates and persistence of oppositional defiant disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication. *J Child Psychol Psychiatry*. 2007;48:703-13.
 15. Rey JM, Domínguez MD. Trastorno negativista desafiante y trastorno de conducta. En: Soutullo C, Mardomingo MJ, eds. *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 79-93.
 16. Burke JD, Rowe R, Boylan K. Functional outcomes of child and adolescent oppositional defiant disorder symptoms in young adult men. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014;55(3):264-72.
 17. López-Villalobos JA, Andrés-De Llano JM, Rodríguez-Molinero L, Garrido-Redondo M, Sacristán-Martín AM, Martínez-Rivera MT, et al. Prevalencia del trastorno negativista desafiante en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2014;7(2):80-7.
 18. Canino G, Polanczyk G, Bauermeister J, Rohde L, y Frick P. Does the prevalence of CD and ODD vary across cultures? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010;45:695-704.
 19. Carlson CL, Tamm L, Gaub M. Gender differences in children with ADHD, ODD, and co-occurring ADHD/ ODD identified in a school population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36:1706-14.
 20. Breton JJ, Bergeron L, Valla JP, Berthiaume C, Gaudet N, Lambert J, et al. Quebec child mental health survey: prevalence of DSM-III-R mental health disorders. *J Child Psychol Psychiatry*. 1999;40:375-84.
 21. Gadow KD, Sprafkin J. *Child Symptom Inventory 4, Screening and norms manual*. Stony Brook, NY: Checkmate Plus; 2002.
 22. Ersan EE, Dogan O, Dogan S, Sümer H. The distributions of symptoms of attention deficit disorder and oppositional defiant disorder in school age in Turkey. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2004;13:354-61.
 23. Munkvold L, Lundervold A, Lie SA, Manger T. Should there be separate parent and teacher-based categories of ODD? Evidence from a general population. *J Child Psychol Psychiatry*. 2009;50:1264-77.
 24. Cardo E, Meisel V, García-Banda G, Palmer C, Ruitort L, Bernad M, et al. Trastorno negativista desafiante: aspectos relacionados con el sexo y el evaluador. *Rev Neurol*. 2009;48:S17-S21.
 25. Emberley E, Pelegrina M. Prevalencia, sintomatología y distribución del trastorno negativista desafiante. *Psicothema*. 2011;23:215-20.
 26. Meisel V, Servera M, Cardo E, García-Banda G. Prevalence of oppositional defiant disorder in a sample of Spanish schoolchildren. *Span J Psychol*. 2013;16:1-9.
 27. Angulo R, Jané MC, Bonillo A, Viñas F, Corcoll A, González, et al. Evaluación de la sintomatología negativista desafiante en niños de seis a ocho años: concordancia entre padres y maestros. *Psicothema*. 2010;22(3):455-9.
 28. Munkvold L, Lundervold A, Manger T. Oppositional Defiant Disorder -Gender Differences in Co-occurring Symptoms of Mental Health Problems in a General Population of Children. *J Abnorm Child Psychol*. 2011;39:577-87.
 29. Owens J, Hoza B. Diagnostic utility of DSM-IV-TR symptoms in the prediction of DSM-IV-TR ADHD subtypes and ODD. *J Atten Disord*. 2003;7:11- 27.
 30. Saudino KJ, Ronald A, Plomin R. The etiology of behavior problems in 7-year-old twins: substantial genetic influence and negligible shared environmental influence for parent ratings and ratings by the same and different teachers. *J Abnorm Child Psychol*. 2005;33:113-30.
 31. Maughan B, Rowe R, Messer J, Goodman R, Meltzer H. Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *J Child Psychol Psychiatry*. 2004;45:609-21.
 32. Gadow KD, Sprafkin J. *Child Symptom Inventory 4, Norms manual*. Stony Brook, NY: Checkmate Plus; 1997.
 33. Wolraich ML, Lambert EW, Doffing MA, Bickman L, Simmons T, Worley K. Psychometric properties of the Vanderbilt ADHD diagnostic parent rating scale in a referred population. *J Pediatr Psychol*. 2003;28:559-68.
 34. Burke JD, Loeber R, Birmaher B. Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a review of the past 10 years, part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41:1275-93.
 35. Neuman RJ, Sitdhiraksa N, Reich W, Ji TH, Joyner CA, Sun LW, et al. Estimation of prevalence of DSM-IV and latent class-defined ADHD subtypes in a population-based sample of child and adolescent twins. *Twin Res Hum Genet*. 2005;8:392-401.
 36. Murray J, Farrington DP. Risk Factors for Conduct Disorder and Delinquency: Key Findings From Longitudinal Studies. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2010;55:633-42.
 37. De Los Reyes A, Henry DB, Tolan PH, Wakschlag LS. Linking informant discrepancies to observed variations in young children's disruptive behavior. *J Abnorm Child Psychol*. 2009;37:637-52.
 38. Drabick DA, Bubier J, Chen D, Price J, Lanza I. Source-specific oppositional defiant disorder among inner-city children: Prospective prediction and moderation. *J Clin Child Adolesc Psicol*. 2011;40:23-35.
 39. Ezpeleta L, de la Osa N, Doménech JM. Prevalence of DSM-IV disorders, comorbidity and impairment in 3-year-old Spanish preschoolers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49(1):145-55.
 40. Copeland WE, Shanahan L, Costello EJ, Angold A. Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66:764-72.