

Trastorno negativista desafiante: aspectos relacionados con el sexo y el evaluador

E. Cardo ^a, V. Meisel ^b, G. García-Banda ^b,
C. Palmer ^a, L. Riutort ^a, M. Bernad ^a, M. Servera ^b

TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE: ASPECTOS RELACIONADOS CON EL SEXO Y EL EVALUADOR

Resumen. Introducción. El trastorno negativista desafiante (TND) es uno de los trastornos externalizantes más prevalentes, con una tasa global del 2-16%. El TND, junto con el déficit de atención/hiperactividad y el trastorno de conducta, es una de las causas principales de derivación a los servicios especializados de neuropsiquiatría y psiquiatría infantil. Aunque el trastorno tiene una relevancia clínica considerable, existe cierta incertidumbre con relación a los aspectos clave de su conceptualización y prevalencia tanto en la niñez como en la adolescencia. Desarrollo. Se revisan los estudios realizados sobre la prevalencia del TND y se analizan los aspectos relacionados con las diferencias según el sexo y en función del evaluador, debido a que en la actualidad los datos disponibles con relación a estos factores son escasos e inconsistentes. Conclusiones. Los índices de prevalencia del TND presentan una gran variabilidad dependiendo de la metodología utilizada y del evaluador (padres frente a maestros). La mayoría de estudios sugieren que el TND es más común en niños que en niñas, aunque algunos autores señalan que esto puede deberse a ciertos sesgos metodológicos. Se propone validar una escala de TND que tenga en cuenta el nivel de desarrollo del sujeto (edad), sexo y ambiente. [REV NEUROL 2009; 48 (Supl 2): S17-21]

Palabras clave. Epidemiología. Evaluador. Niños. Prevalencia. Sexo. Trastorno negativista desafiante.

INTRODUCCIÓN

El trastorno negativista desafiante (TND) es uno de los trastornos externalizantes más comunes en la infancia. El TND, junto con el déficit de atención/hiperactividad (TDAH) y el trastorno de conducta (TC), es una de las causas principales de derivación a los servicios especializados de neuropsiquiatría y psiquiatría infantil [1,2]. Si bien el TND tiene una relevancia clínica importante, son pocos los conocimientos que se tienen acerca de este trastorno [3].

La 4.^a edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV) define el TND como un patrón de conducta negativista y hostil desafiante, excesivo para el contexto sociocultural y el nivel de desarrollo del niño(a), y que le causa un deterioro significativo en su funcionamiento en el ámbito personal, social o académico, durante un período de más de seis meses, y que no se debe a un episodio psicótico o un episodio propio de un trastorno del ánimo [4]. El trastorno se caracteriza por un comportamiento negativista, hostil, con resentimiento e intimidación, y la tendencia a culpar y transgredir normas sociales [5]. El sujeto con TND se identifica de forma precoz por su tendencia a la manipulación y por los problemas de desorganización familiar que suele crear [6]. Las conductas propias del TND son más frecuentes con niños(as) y adultos que el sujeto conoce bien, por lo que la aparición de éstas es más frecuente en el hogar y pueden no darse en el ámbito escolar. Esta posible variedad intersituacional de la conducta puede dificultar el diagnóstico, por eso hay que tener prudencia, pues, aun den-

tro de la normalidad, las conductas insolentes y desafiantes son frecuentes en niños(as) y adolescentes. El trastorno es más habitual en niños(as) que ya en la edad preescolar han mostrado problemas de temperamento y alta actividad motora [4].

Los síntomas del TND suelen aparecer antes de los 8 años, presentan poca variabilidad a lo largo del desarrollo y se mantiene desde la etapa preescolar, a la edad escolar y hasta la adolescencia [7]. Además, estas conductas en niños menores se relacionan con trastornos internalizantes y externalizantes, y predicen otros trastornos a largo plazo, tales como depresión, TDAH y TC [8,9]. Algunas veces es difícil diferenciar la actitud oposicional desafiante y la actitud propia de los TC, especialmente cuando se dan fuera del entorno familiar [10].

Varios autores sugieren que el TND y el TC están muy relacionados, pero la naturaleza de esta relación es controvertida [11]. Algunos autores consideran que el TND es la forma leve del TC [11], o su precursor [12]; sin embargo, estudios recientes abogan por considerar que el TND es una entidad propia que tiene unos factores genéticos y socioculturales diferentes al TC [2]. A pesar de que el TND y el TC comparten factores de riesgo y frecuentemente se asocian de forma comórbida, la mayoría de los TND no acaban desarrollando un TC [13-15].

Los criterios de la 10.^a edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) [16] y del DSM-IV [4] mantienen una jerarquía entre estos trastornos, de manera que un diagnóstico excluye al otro; por este motivo, muchos de los estudios empíricos los han englobado utilizando el grupo TND/TC [17], lo que dificulta aún más la conceptualización y la prevalencia de éstos.

Desde que se introdujo el trastorno en el DSM-III como un trastorno diferenciado de otras patologías [18], las propuestas de conceptualización, diagnóstico y prevalencia han sido diversas. En los estudios realizados sobre la prevalencia del TND se puede observar una tasa global del 2-15%, que demuestra una variabilidad elevada [1,19,20]. Estos intentos por determinar una tasa de prevalencia se ven afectados por varios factores, ta-

Aceptado: 09.01.09.

^a Laboratorio de Neurociencias. Grupo de investigación DEVPSY 'IUNICS'. Hospital Son Llàtzer. ^b DEVPSY 'IUNICS'. Departamento de Psicología. Universitat de les Illes Balears. Palma de Mallorca, Baleares, España.

Correspondencia: Dra. Esther Cardo. Laboratorio de Neurociencias. IUNICS. Hospital Son Llàtzer. Ctra. Manacor, km 4. E-07171 Palma de Mallorca. Fax: +34 871 202 290. E-mail: ecardo@iunics.com

© 2009, REVISTA DE NEUROLOGÍA

les como: las variaciones en la clasificación clínica de los criterios diagnósticos (si se utiliza el DSM-III-R, el DSM-IV o la CIE-10), los métodos de evaluación, la fuente de información y número de informantes (padres, maestros, cuidadores, niño), el tipo de muestra (clínica, poblacional) y las características socioculturales. Incluso pequeños cambios en el criterio diagnóstico pueden producir grandes diferencias en la prevalencia. Por ejemplo, una comparación entre el diagnóstico del DSM-III y el DSM-III-R en la misma muestra demostró que el TND era un 25% menos prevalente cuando se utilizaba el DSM-III-R, en lugar del DSM-III [21,22].

EVALUADORES

Un factor importante que influye en los índices de prevalencia son los evaluadores o informantes (maestro, padres, cuidadores, niño). Los distintos evaluadores aportan información única acerca de los problemas del niño, pero existen múltiples estudios que demuestran la baja correlación entre ellos [23,24]. En general, esta falta de acuerdo entre las distintas fuentes podría sugerir diferencias en el comportamiento del niño en los distintos contextos, o que cada informante se concentra en diferentes aspectos de la psicopatología del niño, y por tanto cada fuente constituye un juicio distinto y diferencial que podría considerarse complementario [25].

Los padres y profesores son informantes claves para realizar el diagnóstico de trastornos psiquiátricos en la infancia y en la adolescencia [26]. Algunos autores sugieren que los padres son una fuente más fiable, especialmente en la preadolescencia [27,28]. Sin embargo, otros autores sugieren que las valoraciones de los profesores aportan información muy útil para el diagnóstico de TND y que pueden ser más acertadas que las valoraciones de los padres, ya que los maestros cuentan con el grupo de referencia para comparar las conductas [29].

Loeber [30] realizó un estudio que pretendía determinar las diferencias y las similitudes entre los distintos evaluadores (padres, niños y profesores), utilizando una muestra clínica de niños de 7-13 años. Los resultados señalaron que los padres diagnostican más el TND que los maestros, y que los niños notifican el trastorno significativamente menos en comparación con los padres y los profesores. De la misma manera, Angold et al [31] encontraron que los niños notificaban menos síntomas de TND que los padres. Sin embargo, estos autores señalaron que el informe del niño puede marcar la diferencia entre recibir o no el diagnóstico de TND, por lo que abogan por su inclusión (aproximadamente desde los 9 años de edad). Recientemente, Granero et al [28] han valorado la prevalencia del TND en una muestra poblacional de 9-12 años ($n = 268$); los autores observaron que los padres notificaban más síntomas de TND que los niños, pero que ambos informantes eran necesarios para obtener un perfil psicopatológico completo, ya que los registros de un solo informante infravaloraban los índices de prevalencia (entre un 1,7 y un 7,6% para TND).

La mayoría de los estudios de prevalencia del TND muestran una tasa superior cuando los evaluadores son los padres en comparación con los maestros y el niño [28,30-33]. Por ello, los índices de prevalencia más elevados de TND del 10,5-15,6% se han encontrado en estudios epidemiológicos con evaluaciones precedentes del ámbito familiar [32,34].

La cultura también constituye una fuente de variación para los índices de prevalencia. Los profesores y los padres en distintas

culturas pueden diferir en su manera de percibir las conductas a la hora de rellenar los cuestionarios para valorar si existe o no el trastorno [35]. Por ejemplo, en un estudio en que comparaban la valoración del comportamiento de unos estudiantes grabados en vídeo, los profesores chinos calificaron a los niños como más hiperactivos que los profesores japoneses [36]. También es posible que algunas culturas utilicen palabras más extremas que otras para valorar la misma conducta anormal [33]. Además, cabe añadir que profesores de distintos países y con distintos recursos para relacionarse con los estudiantes tienen diferentes puntos de vista en relación con el diagnóstico, la comprensión de los síntomas y el uso de medicación [37]. Los diagnósticos de TDAH y TND se basan principalmente en los registros de padres y profesores, que, debido a factores ambientales y culturales, conllevan una alta variabilidad en la evaluación de los síntomas [33].

De esta manera, podemos observar que algunos de los índices más elevados de TND se encuentran en estudios poblacionales realizados en Turquía, con una prevalencia del 11,5% [32], y en Brasil, donde un estudio comunicó un rango de prevalencia entre padres y profesores del 11,1-16,9% [33]. Asimismo, en España, Granero et al [28] estimaron una prevalencia de TND del 9,7-16,5% en preadolescentes y adolescentes. Cardo et al [38] encontraron un índice de prevalencia del 10,3% en una muestra escolar de 6-11 años ($n = 1.509$). En el Reino Unido se puede observar uno de los índices de prevalencia más bajos (1,4-3,2% de niñas y niños), si consultamos el estudio nacional realizado por Maughan et al [20]. En Estados Unidos se puede observar cierta variabilidad en los índices de prevalencia del TND, que puede deberse a las edades de los participantes. Mientras que en el estudio realizado por Cohen et al [34], en el estado de Nueva York, se estimó una de las tasas de prevalencia de TND más elevadas, del 10,4-15,6% (edades comprendidas de los participantes entre 10 y 20 años); y en el estudio nacional de prevalencia a lo largo de la vida realizado por Nock et al [2] se estimó un índice del 10,2% (mayores de 18 años); por otro lado, en el estudio de Costello et al [39], realizado en Carolina del Norte, se halló una de las tasas de prevalencia más bajas, utilizando una muestra de preadolescentes (2,7%).

PREVALENCIA SEGÚN EL SEXO

Varias líneas de investigación ponen de manifiesto que para comprender el mecanismo y la evolución de los TC, tales como el TND, es necesario entender las diferencias de sexo en su desarrollo y en sus manifestaciones dependiendo del ambiente [40,41]. El TND es más frecuente entre el sexo masculino hasta la pubertad, momento en el cual parece igualarse la proporción en ambos sexos [42]. Otros autores no coinciden con estos resultados, ya que no encuentran diferencias según el sexo en la prevalencia del TND tanto en muestras poblacionales como clínicas [43,44].

El evaluador (padre o maestro) no sólo influye en que los índices de prevalencia sean más altos o más bajos, sino que se observa una cierta variabilidad entre las diferencias de sexo comunicadas por un informante o por otro. En varios estudios se observa que los padres no encuentran diferencias de sexo en la prevalencia del TND [28,43,45], mientras que los profesores notifican más casos de niños con TND que de niñas [20,30,33, 38]. Así, en el ámbito del hogar, los padres coinciden en valorar de manera similar la prevalencia del trastorno en niños y en ni-

ñas, manifestando una tasa global superior a la encontrada por los profesores.

En el estudio de Maughan et al [20], que incluía una muestra muy numerosa ($n = 10.000$), se puede observar una mayor prevalencia del trastorno en niños (3,2%) que en niñas (1,8%) en un rango de edad de 6-16 años. No obstante, las diferencias con respecto al sexo variaban según el informante. No se hallaron diferencias de sexo en los informes de los padres, mientras que los profesores diagnosticaban significativamente a más niños con TND que a niñas. Estos resultados han sido refrendados por otros autores [33,38,46].

Existen varios estudios en los que se observa cierta tendencia de mayor prevalencia de niños con TND, pero que no alcanzan diferencias significativas. Por todo ello, dichos hallazgos sustentan la idea de que no hay diferencias considerables según el sexo en el TND. Un estudio nacional sobre la prevalencia a lo largo de la vida del TND encontró que el trastorno se presentaba más en hombres (11,2%) que en mujeres (9,2%), pero no de forma significativa [2]. Asimismo, en el estudio de Costello et al [39] se puede observar una tendencia de mayor prevalencia en niños (3,1%) que en niñas (2,3%) en el ámbito familiar, en una población rural con un rango de edad de 9-13 años, en el que los evaluadores eran los padres y el propio niño. La misma tendencia, encontrando una proporción de niños a niñas de 1 a 2, pero sin alcanzar diferencias significativas, se observó en un estudio con niños en edad escolar ($n = 1.425$) en Turquía, donde los informantes eran principalmente los padres [32]. Otros estudios en los que no se han encontrado diferencias de sexo en el TND incluyen el de Lahey et al [43] acerca de las diferencias de edad y sexo en TND y TC. Este estudio tenía una muestra de 1.285 jóvenes entre los 9 y los 17 años de edad, y no se hallaron diferencias según el sexo, posiblemente debido a que se basaron en el diagnóstico de los padres, como en estudios anteriores. En el estudio de Lumley et al [44], que contaba con una muestra clínica de 149 niños (rango: 2-9 años), tampoco se hallaron diferencias entre niños y niñas en la prevalencia de TND según los padres y profesores. Los autores señalan que esto puede deberse a que se incluyó una muestra clínica y con niños muy pequeños [44].

No obstante, estudios epidemiológicos previos sugieren que el TDAH y el TND son trastornos más comunes en niños que en niñas [20]. Sin embargo, se han señalado ciertos sesgos metodológicos que pueden estar influyendo en esos resultados [47, 48]. Un posible sesgo deriva de si la muestra es clínica o poblacional, siendo la prevalencia de niños en la muestra clínica claramente superior a la de las niñas [49] comparado con muestras poblacionales [47,48]. Una segunda explicación es un posible sesgo en las escalas de evaluación, ya que no están normalizadas según el sexo ni la edad de desarrollo. Esto pue-

de resultar en que algunos informantes describan las conductas del niño, comparándolas con el grupo de pares, sin tener en cuenta el sexo, mientras que otros informantes lo comparen con pares de su mismo sexo [50,51]. En este sentido, los niños en edad escolar son generalmente más hiperactivos, disruptivos y desafiantes que las niñas, lo que favorece una mayor detección en el sexo masculino que en el femenino [49]. Por último, una tercera explicación para las diferencias encontradas en relación con el sexo en el TDAH y el TND es la existencia de sesgos en el criterio diagnóstico [49]. Varios autores señalan que la mayor parte de la investigación en TDAH y TND se ha realizado con muestras que en su mayoría, o exclusivamente, están formadas por niños [47]. Los criterios diagnósticos del DSM-IV para el TDAH, el TND y el TC se desarrollaron y validaron utilizando muestras compuestas mayormente por niños [52,53]. Varios investigadores y clínicos han señalado que los criterios diagnósticos del DSM para TDAH, TND y TC no representan adecuadamente la manera en que las niñas manifiestan la patología central de estos trastornos [54]. En este sentido, si observamos cómo las niñas y los niños expresan la conducta desafiante (aspecto central en el TND), es más probable que las niñas desafíen pasivamente (ignorando o negándose a hacer lo que se les pide), en contraste con los niños, que son más propensos a desafiar activamente y a que su conducta sea más desorganizada dentro del ámbito escolar (discutiendo y gritando) [55]. Sólo las conductas desafiantes que se manifiestan con conductas externalizantes se especifican como síntomas del DSM-IV, lo que contribuiría claramente a un predominio del diagnóstico del TND en varones en el ámbito escolar [55]. Todo ello parece sugerir la posibilidad de que haya una porción considerable de niñas que tengan niveles más altos de conductas propias de TDAH o TND, en comparación con otras niñas, y que todavía no cumplan los criterios diagnósticos del DSM-IV [49].

CONCLUSIONES

Se considera al TND como un trastorno diferenciado de otras patologías, aunque algunos autores señalen ciertos tipos de relación entre este trastorno y el TC.

Se estima la tasa global del TND entre un 2 y un 16%; esta variabilidad puede explicarse en parte por el tipo de evaluador y por las diferencias según el sexo. La prevalencia es mayor si la evaluación la realizan los padres que si la llevan a cabo los maestros. A pesar de que el TND se diagnostica con más frecuencia en niños que en niñas, esta mayor prevalencia puede deberse a ciertos sesgos metodológicos. Sería recomendable validar una escala de TND que tenga en cuenta tanto el nivel de desarrollo del sujeto (edad), como el sexo y el ambiente.

BIBLIOGRAFÍA

- Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, Zera M. Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 1468-84.
- 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.
- Rigau-Ratera E, García-Nonell C, Artigas-Pallarés J. Tratamiento del trastorno oposición desafiante. *Rev Neurol* 2006; 42 (Supl 1): S83-8.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4 ed. Washington DC: APA; 2001.
- De la Osa-Langreo A, Mulas F, Téllez de Meneses M, Gandía R, Matos L. Psicofarmacología de los trastornos comórbidos asociados al trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol* 2007; 44 (Supl 2): S31-5.
- Mulas F, Etchepareborda MC, Abad-Mas L, Díaz-Lucero A, Hernández S, De la Osa A, et al. Trastornos neuropsicológicos de los adolescentes afectos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Neurol* 2007; 44 (Supl 2): S31-5.
- 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.
- Gadow KD, Noan EE. Differences between preschool children with

- ODD, ADHD, and ODD + ADHD symptoms. *J Child Psychol Psychiatry* 2002; 43: 191-201.
9. Mason WA, Kosterman R, Hawkins JD, Heerenkohl TL, Lengua LJ, McCauley E. Predicting depression, social phobia, and violence in early adulthood from childhood behavior problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43: 307-16.
 10. Pascual-Castroviejo I. Enfermedad comórbida del síndrome de déficit de atención con hiperactividad. *Rev Neurol* 2002; 35: 11-7.
 11. Rowe R, Maughan B, Pickles A, Costello EJ, Angold A. The relationship between DSM-IV oppositional defiant disorder and conduct disorder: findings from the Great Smoky Mountains Study. *J Child Psychol Psychiatry* 2002; 43: 365-73.
 12. Lahey BB, Loeber R, Quay HC, Frick PJ, Grimm J. Oppositional defiant and conduct disorders: issues to be resolved from the DSM-IV. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 539-46.
 13. Cohen P, Flory M. Issues in the disruptive behavior disorders: attention deficit disorder without hyperactivity and the differential validity of oppositional defiant and conduct disorders. In Widieger T, ed. *DSM-IV Sourcebook*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1998. p. 455-63.
 14. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Structure of DSM-III-R criteria for disruptive childhood behaviors: confirmatory factor models. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33: 114-57.
 15. Frick PJ, Lahey BB, Loeber R. Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a metanalytic review of factor analyses and cross-validation in a clinical sample. *Clin Psychol Rev* 1993; 13: 319-40.
 16. World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*. Geneva: WHO; 1993.
 17. Angold A, Costello EJ, Erkanli A. Comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry* 1999; 40: 57-87.
 18. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4 ed. Washington DC: APA; 1980.
 19. Lahey BB, Miller TL, Gordon RA, Riley A. Developmental epidemiology of the disruptive behavior disorders. In Quay H, Hogan A, eds. *Handbook of the disruptive behavior disorders*. New York: Plenum; 1999. p. 23-48.
 20. 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.
 21. Boyle MH, Offord DR, Racine Y, Szatmari P, Fleming J, Sanford M. Identifying thresholds for classifying psychiatric disorders: issues and prospects. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 1440-8.
 22. Lahey BB, Loeber R, Stouthamer-Loeber M, Christ MA, Green S, Russo MF, et al. Comparison of DSM-III and DSM-II-R diagnoses for prepubertal children: changes in prevalence and validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29: 620-6.
 23. Karver MS. Determinants of multiple informant agreement on child and adolescent behaviour. *J Abnorm Child Psychol* 2006; 34: 251-62.
 24. Sourander A, Haavisto A, Ronning JA, Multimäki P, Parkkola K, Santalahti P, et al. Recognition of psychiatric disorders, and self perceived problems: a follow up study from age 8 to age 18. *J Child Psychol Psychiatry* 2005; 26: 1124-34.
 25. Kramer TL, Phillips SD, Hargis MB, Miller TL, Burns BJ, Robbins JM. Disagreement between parent and adolescent reports of functional impairment. *J Child Psychol Psychiatry* 2004; 45: 248-59.
 26. Loeber R, Tremblay RE, Gagnon C, Charlebois P. Continuity and desistance in disruptive boys' early fighting in school. *Dev Psychopathol* 1989; 1: 39-50.
 27. Pelham WE, Fabiano GA, Massetti GM. Evidence-based assessment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2005; 34: 449-76.
 28. Granero R, Ezpeleta L, Domenech JM, De la Osa N. What single reports from children and parents aggregate to attention deficit disorder and oppositional defiant disorder diagnoses in epidemiological studies. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008; 17: 352-64.
 29. 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.
 30. Loeber R. Differences and similarities between children, mothers, and teachers as informants on disruptive child behavior. *J Abnorm Child Psychol* 1991; 19: 75-95.
 31. Angold A, Costello EJ. The relative diagnostic utility of child and parent reports of oppositional defiant behaviours. *Int J Methods Psychiatr Res* 1996; 6: 253-9.
 32. 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.
 33. Serra-Pinheiro MA, Mattos P, Regalla MA. Inattention, hyperactivity, and oppositional-defiant symptoms in Brazilian adolescents. *J Atten Disord* 2008; 20: 1-6.
 34. Cohen P, Cohen J, Brook J. An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence I: age and gender specific prevalence. *J Child Psychol Psychiatry* 1993; 34: 851-67.
 35. Pierce CD, Reid R. Attention deficit hyperactivity disorder: assessment and treatment of children from culturally different groups. *Semin Speech Lang* 2004; 25: 233-40.
 36. Mann EM, Ikeda Y, Mueller CW, Takahashi A, Tao KT, Humris E, et al. Cross-cultural differences in rating hyperactive-disruptive behaviors in children. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 1539-42.
 37. Malacrida C. Medicalization, ambivalence, and social control: mothers' descriptions of educators and ADD/ADHD. *Health* 2004; 8: 61-80.
 38. Cardo E, Riutort L, Benassar C, Meisel V, García-Banda G, Servera M. Prevalencia del trastorno negativista desafiante según el sexo en una muestra escolar de 6-12 años. XXIII Reunión Anual de la Sociedad Española de Neurología Pediátrica. Zaragoza, 2008.
 39. Costello EJ, Angold A, Burns BJ, Stangl DK, Tweed DL, Erkanli A, et al. The Great Smoky Mountain Study of youth. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 1129-35.
 40. Keenan K, Shaw DS. Developmental and social influences on young girls' early problem behaviour. *Psychol Bull* 1997; 121: 95-113.
 41. Zoccolillo M. Gender and development of conduct disorder. *Dev Psychopathol* 1993; 5: 65-97.
 42. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4 ed. Washington DC: APA; 1994.
 43. Lahey BB, Schwab-Stone M, Goodman SH, Waldman ID, Canino G, Rathouz PJ, et al. Age and gender differences in oppositional behaviour and conduct problems: a cross-sectional household study of middle childhood and adolescence. *J Abnorm Child Psychol* 2000; 109: 488-503.
 44. Lumley VA, McNeil CB, Herschell AD, Bahl AB. An examination of gender differences among young children with disruptive behaviour disorders. *Child Study J* 2002; 32: 89-100.
 45. Michanie C, Kunst G, Margulies GS. Symptom prevalence of ADHD and ODD in a pediatric population in Argentina. *J Atten Disord* 2007; 11: 363-7.
 46. Cury CR, Golfeto JH. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): a study of school children in Ribeirão Preto. *Rev Bras Psiquiatr* 2003; 3: 139-45.
 47. Hartung CM, Widiger TA. Gender differences in the diagnosis of mental disorders: conclusions and controversies of the DSM-IV. *Psychol Bull* 1998; 123: 260-78.
 48. Rutter M, Caspi A, Moffitt TE. Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: unifying issues and research strategies. *J Child Psychol Psychiatry* 2003; 44: 1092-115.
 49. Waschbusch DA, King S. Should sex-specific norms be used to assess attention-deficit/hyperactivity disorder or oppositional defiant disorder? *J Consult Clin Psychol* 2006; 74: 179-85.
 50. Elgas FJ, Curtis LJ, McGrath PJ, Waschbusch DA, Stewart SH. Antecedent-consequence conditions in maternal mood and child behavioural problems: a four-year cross-lagged study. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2003; 32: 362-74.
 51. Gaub M, Carlson CL. Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 1036-45.
 52. Lahey BB, Applegate B, Barkley RA, Garfinkel B, McBurnett K, Kerdyk L, et al. DSM-IV field trials for oppositional defiant disorder and conduct disorder in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 163-71.
 53. McBurnett K, Pfiffner LJ, Willcutt E, Tamm L, Lerner M, Loeber Y. Experimental cross-validation of DSM-IV types of attention deficit disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38: 17-24.
 54. Zoccolillo M, Rogers K. Characteristics and outcome of hospitalized adolescent girls with conduct disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991; 30: 973-81.
 55. Ohan JL, Johnston C. Gender appropriateness of symptom criteria for attention deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder. *Child Psychiatry Hum Dev* 2005; 35: 359-80.

OPPOSITIONAL DEFIANT DISORDER: ASPECTS RELATED TO SEX DIFFERENCES AND INFORMANT

Summary. Introduction. *Oppositional defiant disorder (ODD) is one of the most common externalizing disorders in childhood. ODD prevalence global rates vary from 2% to 16%. Along with conduct disorder and attention deficit disorder, ODD is one of the leading reasons for referral to neuropediatric and psychiatric services. Even though ODD has recognized clinical importance, key aspects of its conceptualization and prevalence in childhood and adolescence remain uncertain. Development. We examine previous research findings of ODD prevalence and analyze sex differences and differences according to informants. Conclusions. ODD prevalence rates present high variability. A number of studies suggest that ODD is more common in boys than in girls. Nevertheless, some authors point that this sex differences may be due to methodological bias. We recommend the validation of an ODD scale that has into consideration the following aspects: level of the subject's development (age), gender and environment. [REV NEUROL 2009; 48 (Supl 2): S17-21]*

Key words. *Children. Epidemiology. Informant. Oppositional defiant disorder. Prevalence. Sex.*