

# **Validación del cuestionario ESPERI (12-18 años) para la detección de trastornos de comportamiento en los centros educativos.**

*Rosario Martínez Arias. Universidad Complutense de Madrid.*

## ***Introducción***

Los trastornos del comportamiento son el motivo más frecuente de consulta en los Servicios Infanto-Juvenil de Salud Mental. Su prevalencia es muy elevada como se ha puesto de relieve en recientes estudios epidemiológicos (Gosden et al., 2003; Pineda et al., 2003). Estos trastornos son factores de riesgo de futuras conductas problema en la juventud y vida adulta de los sujetos si no reciben tratamientos adecuados en momentos evolutivos clave (Cicchetti y Cohen, 1995). Entre los problemas frecuentemente asociados se encuentran el consumo de sustancias (Abrantes et al., 2003; Berkley et al., 2003; Flory et al., 2003; O'Neill et al., 2003; ), rendimiento académico (Du Paul et al., 2004), abandono temprano de la escuela (Trementine et al., 2001), así como el desarrollo de conductas antisociales y problemas con la ley (Edens et al., 2001; Frick, 1998, 2002; Hart y Hare, 1997; Hume et al., 1996; Myers et al., 1995; Salekin et al., 2001). Todo ello lleva a la necesidad de su detección temprana. Aunque existen algunos cuestionarios de "screening" en versiones para sujetos, padres y/o educadores, estos presentan algunos problemas tales como la excesiva generalidad de los trastornos evaluados, lo que produce un tiempo de aplicación excesivamente largo, ser adaptaciones demasiado directas de versiones de adultos, no estar adaptados a la población española, escasa atención prestada a las propiedades psicométricas, ausencia de algunas dimensiones importantes para el diagnóstico, etc. Todo ello ha llevado a la necesidad de la elaboración de cuestionarios específicos para la detección del trastorno, en versiones de auto-informe para dos grupos de edades (8-11 años y 12-18) y hetero-informe (versiones para padres y educadores. El presente trabajo representa El estudio de validación del primero de los cuestionarios elaborados como versión auto-informe para adolescentes.

En España en el momento actual es muy bajo el porcentaje de niños y adolescentes con problemas del comportamiento que son evaluados en consultas de psicología o psiquiatría, por lo que es necesario la detección de casos problema en otros contextos. La escuela es el lugar idóneo para dicha detección en la población general. Por este motivo el cuestionario ESPERI se ha desarrollado para la detección en la escuela de los tres subtipos más destacados del trastorno del comportamiento: trastorno negativista-desafiante, trastorno disocial y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. El contexto de la escuela es el lugar ideal para la prevención primaria de estos trastornos (Short y Talley, 1997; Woodrich y Schmitt, 2003) y está en la línea con las recientes reconceptualizaciones de la Psicología Escolar (American Psychological Association, 1998; Hoagwood y Jonson, 2003), así como con las recomendaciones de la psiquiatría pediátrica (American Psychiatric Association, 1994).

## ***Método***

El diseño inicial del cuestionario comenzó con la matriz de especificaciones de los trastornos objetivo y sus conductas más relevantes, elaborada por expertos en psiquiatría infanto-juvenil. A partir de la matriz se redactó un conjunto de 90 elementos para las diferentes especificaciones.

Para la validación del cuestionario se procedió en primer lugar a un estudio piloto con adolescentes de 12-17 años matriculados en la Educación Secundaria Obligatoria (ESO), en centros públicos y privados. A partir de los resultados de este estudio se llevó a cabo un análisis de los 90 elementos iniciales, encontrando que el número de factores se adecuaba a la matriz de especificaciones desarrollada por los expertos: Impulsividad, inatención, conducta disocial, conducta pre-disocial y Psicopatía. Los análisis de elementos y de la fiabilidad de las escalas permitieron una reducción del número de elementos a 48 elementos para la medida de los factores objetivos y diez más que evalúan aspectos de conducta positivos, que no se utilizan en la puntuación.

### ***Sujetos***

El número total de respondientes al cuestionario fue de  $n = 1206$  sujetos, de varias Comunidades Autónomas del Norte y Centro de España. Las edades de los sujetos oscilaron entre los 11 y 17 años, que representan la población objetivo del cuestionario. La edad media fue de 13,05, con una desviación típica de 1,42. Todos ellos se encontraban cursando Educación Secundaria Obligatoria. De ellos, 596 fueron mujeres (49,7%), 602 varones (50,3%) y ocho sujetos que no identificaron el sexo en el cuestionario. El número total de centros participantes fue de 8, de los que 6 fueron públicos y 2 privados.

Para el análisis de la sensibilidad y especificidad del cuestionario se utilizó un grupo de sujetos residentes en instituciones para jóvenes de la Fundación O'Belem, de los que se disponía además de diagnóstico, así como de datos del "Cuestionario del Educador".

### ***Procedimiento***

El cuestionario ESPERI, junto con el CBCL de Achenbach se aplicó de forma colectiva en las diferentes aulas. Los profesores de grupos seleccionados cumplimentaron un breve "checklist" sobre aspectos de conducta de los sujetos.

Excepto en este último grupo, se mantuvo el anonimato, permitiendo que los adolescentes estableciesen un código personal, lo que permitió relacionar los resultados del ESPERI con el CBCL.

## ***Resultados***

### ***1. Propiedades psicométricas del cuestionario***

En la determinación de las propiedades se siguió la normativa de los *Standards for Educational and Psychological Tests* (AERA, APA, NCME, 1999).

Para el análisis de la fiabilidad y de los elementos se tomó como referencia la Teoría Clásica de los Tests (Martínez Arias, 1995), evaluando la fiabilidad como consistencia interna por medio del coeficiente alpha y utilizando en el análisis de elementos media y varianza de los mismos y los índices de discriminación. Como evidencias de validez se utilizaron dos aproximaciones, la evidencia de estructura interna, por medio de procedimientos de análisis factorial exploratorio y relaciones con dos factores del CBCL, muy utilizados internacionalmente para el diagnóstico de los problemas objetivo.

#### *Estructura interna y dimensiones del cuestionario.*

Las correlaciones entre las diversas respuestas a los ítems fueron sometidas a un análisis factorial para establecer las dimensiones. Previamente se estableció que el procedimiento era adecuado, ya que el índice de Kaiser-Meyer-Olkin, alcanzó un valor muy alto, próximo a 1 (.931), encontrándose además que la matriz de correlaciones fue estadísticamente significativa. El procedimiento seguido para la obtención de los factores fue el método de los *Componentes Principales*, seguido de una rotación oblicua (PROMAX), dada la esperable correlación entre los factores, encontrada en la literatura. Un análisis de segundo orden de la matriz de correlaciones pone de relieve la presencia de dos amplios factores.

Estos dos factores a su vez, mostraron una importante correlación (.50), lo que permite sumar sus puntuaciones y obtener una única puntuación total para el diagnóstico, cuando sea necesario.

El conjunto de los cinco factores explicó el 43% de la varianza total, valor que es aceptable cuando se trata de análisis factorial de ítems. En la determinación de los elementos de cada factor se consideró la regla habitual de saturaciones mínimas 0.35-0.40 como los niveles mínimos para considerar que un elemento es un indicador del factor (Stevens, 2002). En algunos casos y en aras de mantener la validez de contenido, se ha mantenido algún ítem como una saturación algo inferior.

La solución de cinco factores reflejaba bien las especificaciones previas determinadas por los expertos en la fase inicial, por lo que los resultados puede considerarse que muestran evidencias de validez de contenido. Los cinco factores fueron similares a los del estudio piloto y recibieron las siguientes denominaciones:

- Trastorno disocial (14 elementos)
- Trastorno Pre-Disocial (6 elementos)
- Psicopatía (9 elementos)
- Impulsividad (12 elementos)
- Hiperactividad-Inatención (5 elementos)

Las correlaciones entre los factores fueron relativamente elevadas, con un rango de .431 a .627, lo que aconsejó una solución de segundo orden en la que se extrajeron los dos grandes bloques del trastorno: Trastorno disocial y Déficit de Atención e Hiperactividad. Estos dos factores facilitan la interpretación de las puntuaciones. La correlación entre ambos fue de .50. El primero de los factores

agrupó los factores de primer orden disocial, predisocial y psicopatía, agrupándose en el segundo los dos factores de Impulsividad-Inatención. La elevada correlación entre los factores permite además obtener una puntuación total.

Relaciones con otras variables

Para examinar las relaciones con otras variables, fue aplicado el cuestionario CBCL (Children Behavior Checklist) a una muestra de n = 420 sujetos, en combinación con el cuestionario Esperí. Para la validez convergente se espera que los factores de Disocial, Predisocial y Psicopatía muestren correlaciones elevadas con las escalas de Conducta Delincuente y en menor medida con Agresividad. Los dos factores relacionados con Impulsividad-Hiperactividad, deben mostrar correlaciones altas con la escala de Problemas de Atención.

En cuanto a la validez discriminante, es esperable que los factores muestren correlaciones más bajas con las restantes escalas del CBCL.

En general, los valores de las correlaciones coinciden con los hipotetizados:

- Los factores disocial, predisocial y psicopatía muestran altas correlaciones con conducta delincuente y agresividad
- Los factores de Impulsividad e Hiperactividad muestran altas correlaciones con problemas de atención
- También son destacables las elevadas correlaciones de impulsividad e hiperactividad con conducta delincuente y agresividad.
- Las restantes correlaciones son menores, tal como se esperaba

Con los factores de segundo orden también se encontraron elevadas correlaciones en el sentido esperado.

Como otra evidencia de validez, para algunos grupos seleccionados, se obtuvieron las correlaciones con la valoración de los profesores. Estas fueron en general bajas, pero significativas estadísticamente, en el sentido esperado y mayores que las obtenidas con los correspondientes factores del CBCL.

La fiabilidad de los factores y de las puntuaciones totales.

En la tabla 1 se presentan valores para los cinco factores de primer orden, los dos de segundo orden y la puntuación total.

Tabla 1. Resumen de coeficientes de fiabilidad y análisis de elementos.

Escala	Número de ítems	Coef. Fiabilidad	IC 95%	Mediana Índices Discrim.	Correl. media ítems	Error típico de medida
Disocial	13	0,87	.85-.88	0,53	0,34	2,40
Impulsividad	12	0,82	.80-.83	0,47	0,27	3,15
Predisocial	9	0,85	.84-.87	0,62	0,39	2,20
Psicopatía	9	0,71	.69-.74	0,39	0,22	2,85

Hiperactiv.	5	0,78	.75-.80	0,54	0,41	2,04
Factor 1	31	0,91	.91-.92	0,51	0,27	4,49
Factor 2	17	0,87	.86-.88	0,53	0,28	3,85
<b>P Total</b>	48	0,93	.93-.94	0,58	0,24	6,17

Como puede observarse en la tabla los coeficientes de fiabilidad son muy elevados, tanto para los factores simples como para los compuestos. Únicamente resulta algo más bajo el coeficiente del factor de Psicopatía, no obstante se encuentra dentro de los límites aceptados por convención.

La elevada consistencia mostrada tanto en los factores de segundo orden, como en la puntuación total, permite utilizar estas puntuaciones compuestas en el diagnóstico.

Los valores de los índices de discriminación de los ítems son en general muy elevados, superando en todos los casos el límite convencional de 0.30. En la tabla se presenta un resumen, que es la mediana de los índices de discriminación del conjunto de los ítems que componen cada factor. Puede observarse que es de nuevo el factor de Psicopatía el que muestra propiedades menos óptimas también en este sentido.

## 2. Relaciones con variables sociodemográficas.

En los trabajos publicados sobre el Trastorno se encuentran con frecuencia diferencias relacionadas con el género de los sujetos y la edad, especialmente en el caso del género con el componente disocial del trastorno. También son esperables diferencias relacionadas con la edad, ya que en general obtienen muestran más características los sujetos mayores.

Los contrastes *t de Student* pusieron de relieve diferencias estadísticamente significativas en el factor 1 de segundo orden y en los tres factores que lo componen: Disocial, predisocial y psicopatía (siempre superiores los varones). Dado el peso que este factor tiene en la puntuación total, también se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total. No se encontraron diferencias en los factores relacionados con Hiperactividad-Impulsividad, ni en el factor 2 que agrupa estos factores.

Está ampliamente mostrado en la Psicopatología del Desarrollo que la manifestación de las conductas objeto de este estudio varían con la edad de los sujetos. Para examinar las posibles diferencias se dividió la edad en tres grupos:

- Edad 1: 11-12
- Edad 2: 13-14
- Edad 3: 15-17

Por medio de un análisis de varianza se examinaron las diferencias entre los tres grupos de edad. Posteriormente, en las puntuaciones en las que se mostraron diferencias estadísticamente significativas se analizaron las diferencias entre los tres grupos con los contrastes de Bonferroni (en el caso de igualdad de varianzas) y de Games-Howell (en el caso de varianzas desiguales entre los grupos). Los contrastes previos se realizaron con el F de Snedecor

convencional en el caso de igualdad de varianzas entre los grupos y el de Brown-Forsythe, en el caso de varianzas desiguales.

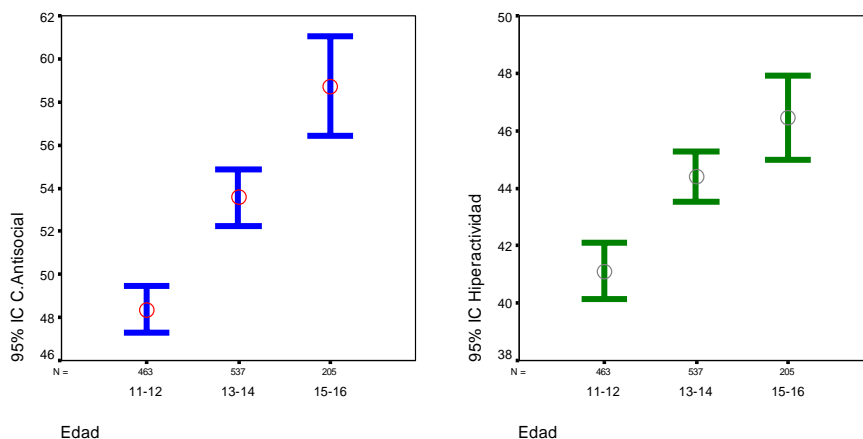
Los estadísticos globales (F en unos casos y Brown-Forsythe, en otros) mostraron diferencias estadísticamente significativas relacionadas con la edad en las ocho puntuaciones, con nivel de significación .001.

En los contrastes a posteriori (Bonferroni o Games-Howell, según los casos) se encontraron las siguientes diferencias (.01) , que se resumen a continuación:

- Disocial: Se encontraron diferencias entre todos los grupos, aumentando las medias con la edad
- Impulsividad: Se encontraron diferencias significativas entre los sujetos de 15-16 y los de 11 y 12, puntuando más alto los mayores
- Predisocial: Los dos grupos de mayor edad superan a los menores, no encontrándose diferencias entre los dos primeros
- Psicopatía: Se encontraron diferencias entre todos los grupos, aumentando las medias con la edad
- Hiperactividad: Los dos grupos de mayor edad superan a los menores, no encontrándose diferencias entre los dos primeros
- Factor 1 (Disocial): Se encontraron diferencias entre todos los grupos, aumentando las medias con la edad
- Factor 2 (Hiperactividad-Impulsividad): Los dos grupos de mayor edad superan a los menores, no encontrándose diferencias entre los dos primeros
- Puntuación total: Se encontraron diferencias entre todos los grupos, aumentando las medias con la edad

Los resultados ponen de relieve que la edad es una variable importante que se deberá tener en cuenta a la hora de valorar las puntuaciones.

A modo de resumen se presentan los resultados de los factores de segundo orden en la figura 1(a y b) por medio de diagramas error.



(a)

(b)

Figura 1. Diagramas de Error en los factores de 2º orden

También se llevó a cabo un análisis de varianza factorial, considerando como factores la edad y el género de los sujetos, con objeto de examinar las posibles interacciones. Dado el tamaño de la muestra se consideraron únicamente las significaciones estadísticas con p-valor menor que .01. No obstante, ninguno de los efectos de interacción resultó estadísticamente significativo, lo que pone de

relieve que las diferencias entre las edades son comunes o se mantienen independientemente del género de los sujetos.

Aunque no se formularon hipótesis relacionadas con diferencias según el tipo de centro, se analizaron las diferencias en las ocho puntuaciones con contrastes *t de Student*.

Se encontraron algunas diferencias estadísticamente significativas, aunque varía el signo de las mismas. Los sujetos de los centros públicos muestran puntuaciones superiores en Conducta Disocial y en el factor 1, en el que esta conducta es muy importante. Por el contrario, los sujetos de los centros privados muestran puntuaciones superiores en Impulsividad y en el factor 2. No existen diferencias en las restantes puntuaciones ni en la puntuación total, en la que se compensan los factores 1 y 2.

### 3. Tipologías de los adolescentes por medio de los factores del Cuestionario *Esperi*.

En un intento de poder establecer niveles de gravedad del trastorno y pautas de atención a los sujetos, se llevó a cabo una clasificación por medio del *Análisis de Conglomerados de K-medias*. De las diversas soluciones analizadas, la más adecuada para la finalidad pretendida fue la que produjo cuatro grupos de sujetos. Las tipologías fueron formadas con las cinco puntuaciones en los factores de primer orden.

Todas las variables diferencian significativamente (.001) entre los grupos e intervienen en la formación de los tipos.

El número de casos en cada uno de los tipos formados, con la muestra total de  $n = 1206$  sujetos, es el siguiente:

- Tipo 1: 538
- Tipo 2: 49
- Tipo 3: 440
- Tipo 4: 179

En la figura 2 se representan por medio de un diagrama de líneas los perfiles correspondientes a los 4 tipos.

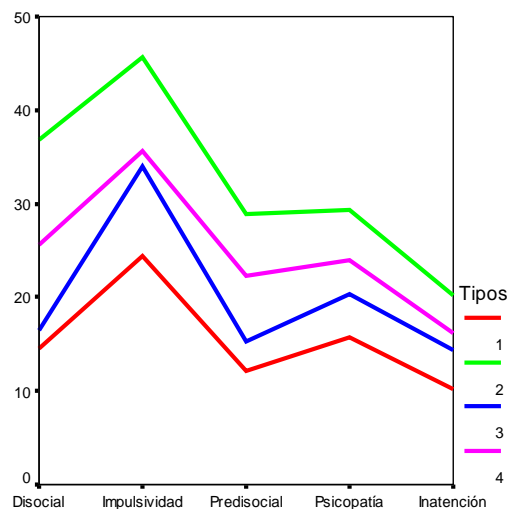


Figura 2. Perfiles de los cuatro tipos en los factores del C. *Esperi*

Un examen de los perfiles, pone de relieve que los tipos permiten clasificar a los sujetos por *niveles de severidad o* gravedad en el trastorno objeto del estudio. Puede observarse que el tipo 2 representa a los casos graves, el tipo 1, el más numeroso, a los "sujetos normales". El tipo 4, formado por 179 sujetos, está formado por los sujetos que se pueden considerar moderados o "en riesgo", y finalmente, el tipo 3, representa a sujetos leves, cuyo principal problema se encuentra relacionado con la *impulsividad*, pero que no destaca en el componente disocial del trastorno. Son los sujetos de los tipos 2 y 4 los que requieren atención, especialmente los primeros.

También se obtuvieron tipologías en los tres grupos de edad considerados, repitiéndose los cuatro niveles en cada uno de los grupos de edad, variando simplemente las puntuaciones medias de los conglomerados, dado que como ya se había señalado, las puntuaciones medias varían con la edad.

#### 4. Normas de corrección, puntuación e interpretación.

De los 58 elementos del cuestionario, solamente 48 intervienen en la obtención de las puntuaciones, ya que los 10 restantes son preguntas con contenidos positivos introducidas en el protocolo para evitar posibles tendencias de respuesta. A partir de los 48 ítems pueden obtenerse puntuaciones en cada uno de los cinco factores de primer orden, en los dos de segundo orden y en la puntuación total. Se recomienda obtener puntuaciones en los factores de segundo orden y una puntuación total, aunque en algunos casos el usuario del cuestionario puede estar interesado también en obtener puntuaciones en alguno de los factores primarios.

Puesto que se trata de un cuestionario de "screening" se recomienda obtener tres puntuaciones: Factor 1, Factor 2 y Puntuación total. Si se desea una información más detallada de los sujetos, pueden calcularse las puntuaciones en los cinco factores de primer orden.

Para la interpretación de las puntuaciones pueden consultarse las tablas de rangos percentiles elaboradas para los factores primarios, los de segundo orden y la puntuación total. Con estas últimas puntuaciones también se presentan rangos de puntuaciones que permiten clasificar a los sujetos en niveles de severidad: *normales, leves, moderados y severos*. Estas normas fueron establecidas por medio de las tipologías explicadas en el apartado anterior, según reglas justificadas en el Manual del Test. Tanto los rangos percentiles, como las reglas de clasificación por niveles de severidad fueron obtenidos para los tres grupos de edad.

## **Conclusiones**

Los resultados presentados en este estudio avalan la calidad psicométrica de la versión del cuestionario para las edades de 12 a 17 años. Los factores encontrados reflejan las principales dimensiones de la literatura sobre los trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia. Únicamente falla en la detección del trastorno negativista-desafiante, posiblemente porque en este nivel de edad no se trata de un comportamiento típico, apareciendo

enmascarado dentro de otros factores. Esperamos encontrar este trastorno en la versión para niños de 8-11 años, actualmente en elaboración.

Los resultados avalan la posibilidad de diferenciar los otros dos grandes trastornos, Inatención-Impulsividad y Disocial, así como la importante relación existente entre ellos, también encontrada en otros estudios (Van Lier et al, 2003).

El cuestionario permite además la clasificación de los sujetos en diferentes grupos de severidad, así como de trastorno predominante, aspectos esenciales para la derivación de los adolescentes y el establecimiento de adecuadas pautas de intervención.

## Referencias

- Abrantes, A-M., Brown, S.A. & Tomlinson, K.L. (2003). Psychiatric comorbidity among inpatient substance abusing adolescents. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse, 13*, 83-101.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychological Association, Division 16 (1998). Specialty of school psychology recognized. *School Psychologist, 52*, 108– 109.
- Berkley, R.A., Fischer, M., Smallsh, L. & Fletcher, K. (2004). Young adult follow-up of hyperactive children: antisocial activities and drug use. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 45*, 195-211
- Cicchetti, D. & Cohen, D.J. (1995). Perspectives on developmental psychopathology. En D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology* (Vol. 1, pp. 3-16). New York: Wiley.
- Du Paul, G.J., Volpe, R.J., Jitendra, A.K., Lutz, J.G., Lorah, K.S. & Gruber, R. (2004). Elementary school students with AD/HD: predictors of academic achievement. *Journal of School Psychology, 42*, 285-301.
- Edens, J., Skeem, J.L., Cruise, K.R. & Cauffman, E. (2001). Assessment of juvenile psychopathy and its association with violence: A critical review. *Behavioral Sciences and the law, 19*, 53-80.
- Flory, K., Milian, R., Lynam, D.R., Lenkefeld, C. & Clayton, R. (2003). Relation between childhood disruptive behaviour disorders and substance use and dependence symptoms in young adulthood. *Psychology of Addictive Behaviors, 17*, 151-156.
- Frick, P.J. (1998). *Conduct disorders and severe antisocial behaviour*. New York: Plenum Press
- Frick, P.J. (2002). Juvenile psychopathy from a developmental perspective: Implications for construct development and use in forensic assessments. *Law and Human Behavior, 26*, 247-253
- Gosden, N.P., Kramp, P., Gabrielsen, G. & Sestoft, D. (2003). Prevalence of mental disorders among 15-17 year-old male adolescents and prisoners in Denmark. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 107*, 102-110.
- Hart, S.D. & Hare, R.D. (1997). Psychopathy: Assessment and association with criminal conduct. En D.M. Stoff, J. Brieling & J. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behaviour* (pp.22-35). New York: Wiley.
- Hoagwood, K. & Johnson, J. (2003). School psychology: a public health framework I. From evidence-based practices to evidence-based policies. *Journal of School Psychology, 41*, 3-21.

- Hume, M.P., Kennedy, W.A., Patrick, C.J. & Partyka, D.J. (1996). Examination of the MMPI-A for the assessment of psychopathy in incarcerated adolescent male offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 40, 224-233
- Loney, B.R., Frick, P.J., Clements, C.B., Ellis, M.L. & Kerlin, K. (2003). Callous-unemotional traits, impulsivity, and emotional processing in adolescents with antisocial behaviour problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 66-80.
- Martínez Arias, R. (1995). *Psicometría: Teoría de los tests psicológicos y educativos*. Madrid: Síntesis
- Myers, W.C., Burket, R.C., Harris, H.E. (1995). Adolescent psychopathy in relation to delinquent behaviours, conduct disorder, and personality disorders. *Journal of the Forensic Sciences*, 40, 435-439.
- O'Neill, M.L., Lidz, V. & Heilbrun, K. (2003). Adolescents with psychopathic characteristics in a substance abusing cohort: Treatment process and outcomes. *Law and Human Behavior*, 27, 299-313.
- Pineda, D.A., Lopera, F., Paacio, J.D., Ramirez, D. & Henao, G.C. (2003). Prevalence estimations of attention deficit/hyperactivity disorder: differential diagnoses and comorbidities in a Colombian sample. *International Journal of Neurosciences*, 113, 49-71.
- Salekin, R.T., Rogers, R. & Machin, D. (2001). Psychopathy in youth: Pursuing diagnostic clarity. *Journal of Youth and Adolescence*, 30, 173-195.
- Short, R. J., & Talley, R. C. (1997). Rethinking psychology and the schools: implications of recent national policy. *American Psychologist*, 52, 234– 240.
- Stevens, J. (2002). *Applied Multivariate Statistics*. 4<sup>th</sup>. Ed. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Trementine, S., Martins, S., Michelowski, M., Ketzer, C.R., Eizink, M., Biederman, J. & Rhode, L.A. (2001). School drop-out and conduct disorder in Brazilian elementary school students. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 941-947.
- Van Lier, P.A.C., Verhulst, F.C., Van der Ende, J. & Crijnen, A.A.M. (2003). Classes of disruptive behaviour in a sample of young elementary school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatric and Allied Disciplines*, 44, 377-387.
- Woodrich, D.L. & Schmitt, A.J. (2003). Pediatric topics in the school psychology literature: publications since 1981. *Journal of School Psychology*, 41 (2003) 131–141