

Artículo original

Frecuencia de trastorno disocial en adolescentes que en su infancia asistieron a guarderías

Frequency of Antisocial Disorder in Adolescents who attended a Day Care in His Childhood
Frequência de transtorno dissocial em adolescentes que como crianças foram recibidos em creches

María del Pilar Reynoso-Arenas,* Inés Candelaria Soberanes-López,** Jesús León-Félix,*** Oscar Castañeda-Sánchez****

Resumen

Objetivo: determinar la frecuencia de trastorno disocial en adolescentes hijos de madres trabajadoras del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que asistieron a guardería, comparados con los que no asistieron.

Métodos: se realizó un estudio transversal descriptivo en el Centro Médico Nacional del Noroeste, Ciudad Obregón, Sonora, México; en el que se incluyó aleatoriamente a adolescentes entre 10 y 19 años de edad, hijos de madres trabajadoras, excluyendo aquellos con trastornos psiquiátricos o capacidades diferentes; se conformaron dos grupos: uno, de aquellos que asistieron a guardería; y otro, con los que no asistieron. Se aplicó un cuestionario validado, cuyas variables fueron: edad, sexo, asistencia a guardería, presencia de trastorno disocial (TD), así como ocupación, turno de trabajo y duración de la jornada de ambos padres. El análisis se realizó con: pruebas de tendencia central y dispersión; χ^2 y Wilcoxon. **Resultados:** se formaron dos grupos de 90 adolescentes cada uno; el promedio de edad fue de 13.8 $\pm$ 2.6 años. La frecuencia de TD para los asistentes a guardería fue de 7.8% contra 1.1% de quienes no asistieron. Las ocupaciones del padre y madre fueron significativas ($p < 0.05$). **Conclusiones:** el TD fue más frecuente en adolescentes que asistieron a guardería y la ocupación de ambos padres es importante para su desarrollo.

Summary

Objective: to determine the frequency of antisocial disorder in adolescents of working mothers of the Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) who attended a day care, compared to those who did not attend. **Methods:** a descriptive cross-sectional study was carried out in the Centro Médico Nacional of the Northwest, in Ciudad Obregon, Sonora, Mexico; which randomly included adolescents between 10 and 19 years of age, children of working mothers, excluding those with psychiatric disorders or disabilities; two groups were formed: one, those who attended a day care; and another, with those who did not attend. It was applied a validated questionnaire, whose variables were: age, gender, assistance to day care, presence of antisocial disorder (AD), as well as occupation, working shift and length of working time from both parents. The analysis was performed with: central tendency testing and dispersion; χ^2 and Wilcoxon. **Results:** two groups were formed of 90 adolescents each; the average age was 13.8 $\pm$ 2.6 years. The frequency of AD for daycare attendees was 7.8% against 1.1% for those who did not attend. The profession of both, father and mother were significant ($p < 0.05$). **Conclusions:** AD was more frequent in adolescents who attended a day care and the profession of both parents is important for their development.

Palabras clave: adolescentes, trastorno disocial, guardería
Key words: adolescents, antisocial disorder, day care
Palavras-chave: adolescentes, transtorno de conduta, creche

Recibido: 27/1/15
Aceptado: 30/4/15

*Especialista en Medicina Familiar, directora del Centro Institucional de Educación y Formación Docente, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Sonora.
**Residente semipresencial de Medicina Familiar, unidad de medicina familiar (UMF) no. 1, IMSS, Sonora.
***Lic. en Psicología, hospital general regional no. 1, IMSS, Sonora.
****Especialista en Medicina Familiar, jefe de División de Calidad unidad médica de alta especialidad (UMAE), IMSS, Sonora.

Correspondencia:
Inés C. Soberanes-López
ines.soberanes@imss.gob.mx

Este artículo debe citarse: Reynoso-Arenas MP, Soberanes-López IC, León-Félix J, Castañeda-Sánchez O. Frecuencia de trastorno disocial en adolescentes que en su infancia asistieron a guarderías. Aten Fam. 2015;22(3):87-91.

Resumo

Objetivo: determinar a frequência de transtorno de conduta em crianças de mães adolescentes trabalhadoras do Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) que estiveram na creche, em comparação com aqueles que não compareceram. **Métodos:** estudo descritivo transversal foi realizado no National Medical Center Northwest, Ciudad Obregon, Sonora, México; em que aleatoriamente incluiu adolescentes entre 10 e 19 anos de idade, filhos de mães que trabalham, excluindo aqueles com transtornos psiquiátricos ou deficiência; dois grupos foram formados: um daqueles que participaram do jardim de infância; e outro, com aqueles que não compareceram. Aplicou-se um questionário validado, cujas variáveis foram: idade, sexo, presença na creche, presença de transtorno de conduta (TC), e ocupação, trabalho por turnos e duração da jornada de trabalho quando ambos os pais trabalhavam. A análise foi realizada com: evidência de tendência central e dispersão; χ^2 e *Wilcoxon*. **Resultados:** dois grupos de 90 adolescentes cada foram formados; a média de idade foi de 13.8 ± 2.6 anos. A frequência de TC para os participantes do jardim de infância foi de 7.8% contra 1.1% dos que não compareceram. As ocupações do pai e da mãe foram significativos ($p < 0.05$). **Conclusões:** TC foi mais comum em adolescentes que assistiram ao jardim de infância e a ocupação de ambos os pais é importante para o seu desenvolvimento.

Introducción

Resulta necesario entender el proceso que contribuye al desarrollo de los trastornos de la conducta, primero por su posible gravedad y, en segundo término, porque su prevalencia se ha incrementado significativamente en un corto periodo de tiempo. Las razones de este incremento no son claras, pero se han atribuido a múltiples factores psicológicos y sociales.¹

El trastorno disocial (TD) es una alteración psiquiátrica definida como un patrón repetitivo y persistente de la conducta, que

conduce a la violación deliberada de los derechos de los demás o de las normas sociales y las leyes establecidas acordes a la edad del sujeto.²

Los rangos en la prevalencia de los TD varían de acuerdo con la edad, sexo y estrato socioeconómico entre 1 y 10% en poblaciones abiertas de niños y adolescentes, y hasta 28% en muestras clínicas, dependiendo de las definiciones operacionales (DSM-III-R contra DSM-IV); con una relación hombre-mujer de 4:1.³ La prevalencia del riesgo de TD aumenta de 25%, a la edad de 13 años, a 47% a los 19 años y declina a 23% a los 25 años.⁴ Además, aproximadamente entre 15 y 25% de los jóvenes con TD también presentan depresión mayor; y de 15 a 35% de aquellos con depresión tienen TD.⁵

Una historia de problemas de la conducta en la niñez es un predictor de delincuencia juvenil; cada año, 2% de los niños y adolescentes tiene contacto con sistemas de justicia juvenil, de estos una minoría continúa delinquiendo repetidamente y representa un porcentaje desproporcionado de los que aparecen en los tribunales. El TD y la delincuencia tienen múltiples factores de riesgo que pueden ser clasificados como genéticos, biológicos y/o ambientales, están además los factores familiares que pueden ser consecuencia de problemas sociales como la pobreza, deserción escolar, desempleo e inadecuadas relaciones interpersonales.⁶

Existen diversos factores que pueden influir en el desarrollo del TD; se han encontrado los siguientes: biológicos: genéticos (historia paterna de comportamiento antisocial); neurotransmisores (la presencia de altos niveles de serotonina en el hombre se asocia con violencia en el adolescente); sistema nervioso autónomo (hay evidencia de asociación entre bradicardia y TD); y prenatales y perinatales (tabaquismo durante el embarazo). Entre los factores funcionales se encuentran: falta de control del temperamento; problemas con la lectura; conducta impulsiva; crisis de identificación personal; cambios físicos en la mujeres y fisiológicos en ambos sexos (incremento de estrógenos

y testosterona) con un aumento en la agresividad y problemas de conducta. Finalmente, entre los problemas psicosociales están: paternidad irresponsable; disfunción familiar; pertenencia a grupos delictivos; abuso sexual o psicológico durante la infancia; falta de interrelación social; y exposición a actividades altamente estresantes.⁷

El TD suele estar relacionado con un ambiente psicosocial desfavorable; las formas de comportamiento en las que se basa el diagnóstico pueden ser: grados excesivos de "peleas" o intimidaciones, crueldad hacia otras personas o animales, destrucción grave de pertenencias ajenas, incendio, robo, mentiras reiteradas, faltas a la escuela y fugas del hogar, rabietas frecuentes y graves, provocaciones, desafíos y desobediencia grave y persistente.⁸ Se considera a los síntomas de emergencia del TD en niños como el mejor predictor de riesgo para presentar este problema en el futuro junto a una amplia gama de resultados de salud y factores sociales negativos que incluyen infamia y violencia, pobre desarrollo escolar, deserción, adicciones, depresión, suicidio y desempleo.⁹

La definición de TD establece que los síntomas deben ser persistentes y repetitivos a lo largo de un periodo extenso, en otras palabras, la conducta anómala debe tener una mayor frecuencia que la observada en los otros adolescentes de la misma edad (tiempo mínimo de un año); además, requiere que tres síntomas se manifiesten muchas veces durante este año y que, por lo menos, uno esté presente de manera casi continua durante los últimos seis meses. Los síntomas deben aparecer antes de los 18 años y después de los 10, su presencia suele interferir de manera significativa en las actividades familiares, sociales y escolares.^{10,11}

Una cuestión crucial en el diagnóstico del TD es que si el problema del comportamiento es causado por un mecanismo interno deberá establecerse el diagnóstico, pero, si es consecuencia de una reacción al medio ambiente deberá omitirse de acuerdo con el DSM-IV.¹²

La atención dada al estudio de antecedentes de TD en mujeres ha sido limitada

en comparación con los hombres, aunque se trata de uno de los diagnósticos psiquiátricos más comunes entre las adolescentes; en estos casos su comportamiento incluye abuso y dependencia de drogas, desórdenes de la personalidad, muerte temprana y violenta, cargos criminales, dificultad para concluir determinado ciclo escolar y mal estado de salud. No obstante, hay estudios que documentan la presencia de un umbral bajo en el sexo femenino, dado el menor grado de agresividad y violencia física de este género, por lo que se ha sugerido agregar a las encuestas para el diagnóstico reactivos que aborden el rompimiento de reglas y agresión social, puesto que este tipo de violaciones a las normas sociales suelen ser cometidos por las mujeres.^{13,14}

Dada la amplia gama de factores que pueden favorecer el desarrollo del TD, es necesario conocer la prevalencia de este desorden psiquiátrico. En México existen pocos estudios sobre este padecimiento, sin embargo, creemos que los cambios sociodemográficos a los que se exponen nuestra sociedad en estos días, pueden incrementar la frecuencia del TD, sobre todo en aquellos casos en que ambos padres trabajan o en familias seminucleares, en las cuales el cuidado de los niños queda a cargo de otras personas o dependencias como las guarderías. El propósito de este estudio es determinar la frecuencia de TD en adolescentes hijos de madres trabajadoras del IMSS que asistieron a guardería, comparados con otros que no lo hicieron.

Métodos

Se realizó un estudio transversal analítico en las unidades médicas, hospitalarias y administrativas del IMSS ubicadas en Ciudad Obregón, Sonora. Se incluyeron de manera aleatoria hijos de madres trabajadoras con edades de 10 a

19 años, de sexo indistinto, tanto aquellos que asistieron a guardería como los que no lo hicieron, y en los que se contó con autorización de sus tutores para participar en el estudio; se excluyeron los que presentaron trastornos psiquiátricos diferentes o capacidades diferentes, que les impidieran contestar el cuestionario. El tamaño de la muestra se determinó a través de la fórmula de dos proporciones tomando un valor de significancia de 5% y un poder estadístico de 80%.

el tiempo de la jornada de trabajo, así como la edad, sexo del entrevistado y si asistió o no a guardería. Por tanto, se tomaron como variables: la edad, el sexo, la asistencia a guardería, la presencia de TD, la ocupación de ambos padres, su turno de trabajo y la duración de su jornada.

Los datos se procesaron con la ayuda del paquete estadístico de SPSS versión 10.0, aplicando frecuencias y porcentajes en variables nominales; medidas de tendencia

central y dispersión en las cuantitativas. La comparación entre grupos se realizó con χ^2 para las nominales y para las cuantitativas *Wilcoxon*.

Resultados

Se entrevistaron 180 adolescentes para conformar dos grupos de 90 cada uno; el primero, formado por aquellos que asistieron a guardería, incluyó a 36 hombres (40%) y

54 mujeres (60%) con promedio de edad de 13.7 ± 2.6 años y el segundo, con 54 varones (60%) y 36 mujeres (40%), con edad media de 13.8 ± 2.7 años (resultados no significativos, tabla 1).

La frecuencia de TD en los adolescentes que asistieron a guardería fue de 7.8%, significativo al comparar por sexo ($p \leq 0.05$); en tanto que, en aquellos que no lo hicieron fue de 1.1% resultado no significativo, entre sexo y entre grupos ($p > 0.05$). Mientras que el riesgo para presentar TD en el primer grupo se presentó en tres casos (3.3%) y en el segundo en uno (1.1%) como se puede ver en la tabla 2.

En las diferentes ocupaciones de las madres predominaron las secretarías en el grupo de los que asistió a guardería con 16 (17.8%) y en el de aquellos que no lo hicieron, las enfermeras

Tabla 1. Distribución de la edad de la población estudiada

	Asistieron a guardería		No asistieron a guardería		P
	Edad promedio	Desviación estándar	Edad promedio	Desviación estándar	
Hombres	13.7	2.6	13.7	2.6	ns
Mujeres	13.6	2.7	14.1	2.7	ns

ns=no significativo cuando $p > 0.05$

Fuente: entrevistas directas, unidades médicas, hospitalarias y administrativas, IMSS, Sonora

Se conformaron dos grupos, uno con adolescentes que asistieron a guardería y otro con los que no lo hicieron, a ambos se aplicó el mismo cuestionario ya validado,^{15,16} el cual tiene una confiabilidad de 0.86, de acuerdo con el alfa de *Cronbach*; se agregaron a estas preguntas estructuradas respecto a la ocupación de los padres, el turno de trabajo y

Tabla 2. Frecuencia de trastorno disocial (TD) por sexo

	Trastorno disocial	Hombres		Mujeres		P
		n	%	n	%	
Asistieron a guardería	No hay	29	32.2	51	56.7	0.05*
	Riesgo para presentar TD	3	3.3	0	0	
	TD	4	4.4	3	3.3	
No asistieron a guardería	No hay	53	58.9	35	38.9	ns
	Riesgo para presentar TD	0	0	1	1.1	
	TD	1	1.1	0	0	

*Valor significativo cuando $p \leq 0.05$

ns=no significativo, cuando $p > 0.05$

Fuente: entrevistas directas, unidades médicas, hospitalarias y administrativas, IMSS, Sonora

con 24 (26.7%); en el caso de los padres se reportaron 16 empleados en el primer grupo (17.8%) y 17 en el segundo (18.9%). Resultados significativos ($p < 0.05$).

El turno matutino predominó en las madres de adolescentes que asistieron a guardería con 47 (52.2%) y con 51 (56.7%) en aquellas cuyos hijos no asistieron a guardería; mientras que para los padres de los primeros fue el matutino con 32 casos (35.6%), por 35 de los segundos (38.9%). Resultados no significativos ($p > 0.05$, figura 1).

El promedio de horas de trabajo para el grupo de madres de adolescentes que asistieron a la guardería fue de 7.99 ± 0.66 contra 8.2 ± 2.1 del grupo de aquellos que no asistieron; mientras que en el caso de los padres, para los que acudieron fue de 8.9 ± 1.8 horas contra 8.6 ± 1.8 de los padres con hijos que no asistieron. En ambos casos los resultados fueron no significativos ($p > 0.05$).

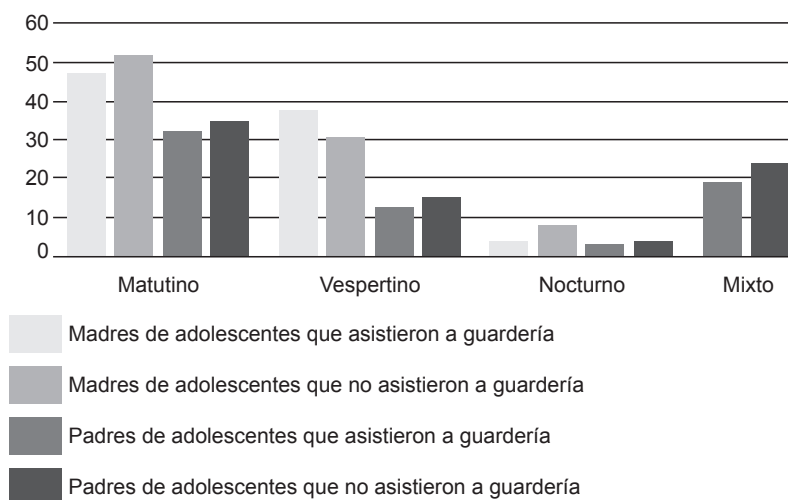
Respecto al instrumento, para el grupo de adolescentes que asistieron a guardería la confiabilidad fue de 0.94 según el alfa de Cronbach y para los que no lo hicieron fue de 0.81. Respecto a las puntuaciones para el primer grupo fue de 0 a 26 y para el segundo de 0 a 16.

Discusión

Los costos de las enfermedades de salud mental son enormes, sobre todo debido a las manifestaciones en el caso del TD: delincuencia, actividades criminales, uso y abuso de sustancias ilegales, entre otras.¹⁷ En este estudio, de acuerdo con los resultados obtenidos, la frecuencia del TD se presentó dentro de los porcentajes reportados por Peña Olvera,³ y en el caso de los adolescentes que no asistieron a guardería, la cifra fue similar

a la reportada por Sengupta y cols.,¹⁸ no así en aquellos que asistieron a guardería, en la que fue mayor.

Figura 1. Distribución de los padres de la población en estudio por turnos



Fuente: entrevistas directas, unidades médicas, hospitalarias y administrativas, IMSS, Sonora

Llama la atención el hecho de que la frecuencia fuera mayor en los adolescentes que asistieron a guardería que en los que no lo hicieron; esto puede atribuirse, como Young y cols., sustentan en su estudio, consecuencia de los malos tratos recibidos durante la infancia o amenazas de abandono presentes en 7.3% de su población.¹⁹ Biederman y cols. reportan divorcio o separación en 10% de los casos con TD,²⁰ así como la investigación de Thomas, de medicina basada en evidencia, en la cual se aborda el divorcio en los padres.²¹ En esta investigación en tres de los casos (37.5%) se reportó ausencia del padre.

El TD predomina en el sexo masculino.^{3,22} Risé reporta su presencia en 70.3% de los hombres estudiados;²³ Wolfenden y col., afirman que puede deberse a la presencia de un genotipo ambiente desfavorable;^{6,19} por su parte, Burt y cols. estudiaron la posibilidad de que la menarca fuese un factor protector en las adolescentes.²⁴

El promedio de edad en que se presenta el TD de acuerdo con los resultados de Whittinger y cols., es de 14.5 ± 1.7 años,²⁵ en tanto, en esta investigación fue de 13.2 ± 1.9 años, esto puede ser resultado de las diferencias socioculturales de ambas poblaciones.

Respecto a la ocupación de los padres, en los cuales las diferencias fueron significativas, no se encontraron estudios para su comparación ni tampoco los hubo para el turno de trabajo de estos y la duración de la jornada, datos que de acuerdo con los resultados son importantes; este hallazgo abre camino para otras investigaciones en nuestra población u otras similares.

Finalmente, el instrumento de medición utilizado para determinar la presencia de TD en esta investigación, en el grupo de adolescentes que asistieron a guardería, tuvo una mayor confiabilidad que en los resultados de Pineda y cols.,¹⁶ no como en aquellos que no asistieron, en el cual fue similar, por lo que se confirmaría la validez interna del mismo.

Conclusión

El TD es más frecuente en adolescentes que asisten a guardería, sin ser esto significativo; además predomina en el sexo masculino. Por otra parte, tanto la ocupación de la madre, como la del padre son importantes para el desarrollo del trastorno. No obstante ser baja la frecuencia del TD, se deben realizar programas de detección en la fase final de la infancia y comienzo de la adolescencia, para de esta manera realizar un diagnóstico precoz y poder dar un tratamiento oportuno en aquellos que lo requieran a fin de evitar las complicaciones de este trastorno en los jóvenes.

Referencias

1. Morrell J, Murray L. Parenting and the development of conduct disorder and hiperactive symptoms in childhood: a prospective longitudinal study from 2 months to 8 years. *J Child Psychol and Psychiatry*. 2003;44(4):489-508.
2. Loeber R, Burke JD, Mutchka J, Lahey BB. Gun carrying and conduct disorder: a highly combustible combination? Implications for juvenil justice and mental and public health. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158:138-45.
3. Peña-Olvera F. Tratamiento multisistémico en adolescentes con trastorno disocial. *Salud Pública Mex*. 2003;45(S-1):S124-31.
4. Biederman J, Mick E, Faraone SV, Burback M. Patterns of remission and symptom decline in conduct disorder: A four-year prospective study of an ADHD sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(3):290-8.
5. Marmorstein NR, Iacono WG. Major depression and conduct disorder in a twin sample: gender, functioning, and risk for future psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42(2):225-33.
6. Woolfenden SR, Williams K, Peat JK. Family and parenting interventions for conduct disorder and delinquency: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Arch Dis Child*. 2002;86:251-6.
7. 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(11):1275-93.
8. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10). Trastornos disociales. Washington, Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud; 2003.
9. Bennett KJ, Offord DR. Screening for conduct problems: Does the predictive accuracy of conduct disorder symptoms improve with age? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(12):1418-25.
10. Pineda D, Puerta I. Prevalencia del trastorno disocial de la conducta en adolescentes usando un cuestionario de diagnóstico epidemiológico. *Rev Neurol*. 2001;32(7):612-8.
11. Sanford M, Boykle M, Szatmari P, Offord D, Jamieson E, Spinner M. Age-of-onset classification of conduct disorder: Reliability and validity in a prospective cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;992-9.
12. Cramer P, Kelly FD. Defense mechanisms in adolescent conduct disorder and adjustment reaction. *J Nerv Ment Dis*. 2004;192(2):139-45.
13. Coté S, Zoccolillo M, Tremblay RE, Nagin D, Vitaro F. Predicting girls' conduct disorder in adolescence from childhood trajectories of disruptive behaviors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(6):678-84.
14. Doyle AE, Biederman J, Monuteaux M, Cohan SL, Schofield HT, Faraone S. Diagnostic threshold for conduct disorder in girls and boys. *J Nerv Ment Dis*. 2003;191(6):379-86.
15. Puerta IC. Instrumentos para evaluar las alteraciones de la conducta. *Rev Neurol*. 2004;38(3):271-7.
16. Pineda DA, Puerta IC, Arango CP, Calad OM, Villa MT. Cuestionario breve para el diagnóstico del trastorno disocial de la conducta en adolescentes de 12 a 16 años. *Rev Neurol*. 2000;30(12):1145-50.
17. Foster EM, Jones DE. The high costs of aggression: public expenditures resulting from conduct disorder. *Am J Public Health*. 2005;95(10):1767-72.
18. Sengupta SM, Grizenko N, Schmitz N, Schwartz J, Amor LB, Bellingham J, et al. COMT Val met gene variant, birth weight, and conduct disorder in children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;45(11):1363-9.
19. Young SE, Smolen A, Hewitt JK, Haberstick BC, Stallings MC, Corley RP, et al. Interacción entre el genotipo MAO-A y los malos tratos en cuanto a desarrollar un trastorno disocial: una confirmación fallida en los pacientes adolescentes. *Am J Psychiatry*. 2006;9(8):485-91.
20. Biederman J, Faraone SV, Milberger S, García JJ, Chen L, Mick E, et al. Is childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder? Findings from a four year follow up study of children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(9):1193-204.
21. Thomas CR. Evidence based practice for conduct disorder symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45(1):109-14.
22. Gelhorn H, Stallings M, Young S, Corley R, Rhee SH, Hopfer C, et al. Common and specific genetic influences on aggressive and nonaggressive conduct disorder domains. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45(5):570-7.
23. Risë BG, Bridget FG, June R, Sharon MS, Tulshi DS. Antisocial personality disorder with childhood vs adolescence onset conduct disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2006;194:667-75.
24. Burt SA, McGue M, DeMarte JA, Krueger RF, Iacono WG. Timing of menarche and the origins of conduct disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63:890-6.
25. Whittinger NS, Langlely K, Fowler TA, Thomas HV, Thapar A. Clinical precursors of adolescent conduct disorder in children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(2):179-87.