

Los avatares presentados en el tratamiento de los trastornos disruptivos en población infantil

Forma de citar este artículo en APA:

Arango Osorno, E., Marín Patiño, L. F., Saldarriaga Aguilar, M. I. y Sierra Galindo, C. A. (2015). Los avatares presentados en el tratamiento de los trastornos disruptivos en población infantil. *Revista Poiésis*, 30, 52-62.

Estefanía Arango Osorno^{*},
Luisa Fernanda Marín Patiño^{**},
María Isabel Saldarriaga Aguilar^{***},
Carlos Andrés Sierra Galindo^{****},
Juan Diego Betancur Arias (Asesor)^{*****}

Resumen

El propósito de este artículo está centrado en dar a conocer los avatares, es decir, las situaciones o vicisitudes contrarias o, que se presentan en la intervención psicológica de los trastornos disruptivos en niños y niñas, tarea que se lleva a cabo a través de una revisión desde la literatura científica que da cuenta de los tratamientos utilizados, de la adquisición de conductas adecuadas y eliminación de conductas inadecuadas como resultados obtenidos en el tratamiento que recibe el infante cuando padece un trastorno disruptivo.

Palabras clave:

Intervención, Trastorno disruptivo, Tratamiento, Conducta desafiante, Conducta.

^{*} Estudiante de Psicología de la Fundación Universitaria Luis Amigó. Medellín, 2015. E-mail: tefaarango16@hotmail.com

^{**} Estudiante de Psicología de la Fundación Universitaria Luis Amigó. Medellín, 2015. E-mail: luisamarin-23@hotmail.com

^{***} Estudiante de Psicología de la Fundación Universitaria Luis Amigó. Medellín, 2015. E-mail: mariasalda7@hotmail.com

^{****} Estudiante de Psicología de la Fundación Universitaria Luis Amigó. Medellín, 2015. E-mail: siergalcar@hotmail.com

^{*****} Docente del programa de Psicología de la Fundación Universitaria Luis Amigó. Medellín, 2015. E-mail: juan.betancurri@amigo.edu.co

Introducción

La revisión desde la literatura científica acerca del tratamiento de los trastornos disruptivos, permite vislumbrar que el procedimiento más común a seguir cuando se busca la disminución de patrones de conducta hostil, desafiante, opositorista, violación de reglas y normas, inatención, impulsividad, etc. (Bralic, Seguel y Montenegro, 1987, Félix, 2003 y Vicente et al., 2010), es el entrenamiento de los padres o cuidadores en el manejo conductual del niño o del adolescente temprano (12 a 15 años) (Sauceda, Olivo, Gutiérrez, y Maldonado, 2006, Costin y Chambers, 2007 y Montiel, 2006), el cual es una de las intervenciones con mayor evidencia, además del tratamiento psicosocial y el uso de medicamentos; por ejemplo, uno de los programas más usados en el tratamiento del Trastorno Negativista Desafiante –TND–, que es uno de los trastornos disruptivos más frecuentes, es el programa de Russell Barkley denominado “Defiant Children”, que *“consta de ocho pasos con los que se pretende mejorar la conducta, las relaciones sociales y la adaptación general en casa del niño y del adolescente temprano”* (Barley et al., 2001, p. 928) contemplando la intervención de los padres, según señalan Rigau, García y Artigas (2006), mediante unas pautas muy estructuradas y sistematizadas.

Desde el enfoque cognitivo, por su parte, se encuentra el modelo Collaborative Problem Solving (CPS) desarrollado por Green, el cual parte de la idea de que el problema conductual debe contemplarse como un trastorno de aprendizaje centrado en una disfunción cognitiva y está, por tanto, estrechamente vinculado al lenguaje interno, al control de las emociones, a la motivación y al aprendizaje del comportamiento (Rigau, García y Artigas, 2006 y Félix, 2005).

Es de señalar que hace algunos años el DSM-IV (2004) no incluía en su clasificación la existencia de los denominados trastornos disruptivos; sin embargo, el DSM-V (2014) incluye varios trastornos nuevos, dentro de los que se destacan los trastornos disruptivos, del control de impulsos y de la conducta, el cual abarca niños y adolescentes hasta los 18 años con irritabilidad persistente y frecuentes episodios de descontrol conductual extremo, para evitar su sobrediagnóstico y sobretatamiento como trastorno bipolar, entre otras.

Peña y Palacios (2011) sostienen que los trastornos de la conducta disruptiva –TCD– en la infancia y la adolescencia constituyen uno de los motivos más frecuentes de consulta y asistencia psicológica, neurológica y psiquiátrica; si bien el TND tiene una relevancia clínica importante, son relativamente pocos los conocimientos que existen sobre el mismo, posiblemente debido a la falsa creencia de considerar a este trastorno como una variante o una manifestación del Trastorno Disocial; apenas desde 2007, según los mencionados autores, se han difundido los parámetros prácticos para el diagnóstico y el tratamiento del TND, frente a lo cual el manejo psicosocial es la intervención terapéutica de primera elección. Para Félix (2007) uno de los aspectos más complejos a la hora de realizar el diagnóstico de los distintos trastornos es que existe una parte de la varianza que es compartida por todos ellos, ya que éste tiende a confundirse con otros trastornos en la infancia.

Con base en las investigaciones que se han venido examinando sobre el tratamiento de conductas disruptivas, se ha podido identificar en las diferentes intervenciones y modelos utilizados una serie de avatares que se fundamentan en situaciones específicas como falta de comunicación entre las instituciones y los profesionales de la salud, algunos procedimientos que sólo tienen resultados adecuados por cortos periodos de tiempo, las posibles respuestas de los demás miembros de la familia en cuanto al tratamiento, la ausencia de evaluación objetiva de conductas apropiadas o adaptativas, influencia ambiental que refuerza constantemente las conductas disruptivas y la falta de acompañamiento de los padres a los niños en el tratamiento.

Sobre dichos avatares trata el presente artículo, buscando con ello crear un precedente a través de un estado del arte, mediante el cual se sistematice y estructuren los contenidos en torno a dicho objeto de estudio, con lo cual se apunta a la necesidad de determinar tratamientos multimodales o multisistémicos de este trastorno, en virtud de la complejidad y multiplicidad de elementos que lo caracterizan.

Los trastorno disruptivos

Los Trastornos de la Conducta Disruptiva (TCD), también llamados trastornos externalizados o del comportamiento perturbador, es un trastorno de la infancia. Los niños con este tipo de trastornos "*parecen estar fuera de control, se pelean con frecuencia, hacen pataletas, son desobedientes y pueden ser destructivos*" (Sarason y Sarason, 2006, p. 481). Los niños que padecen este trastorno son de especial preocupación para los padres, los docentes y los profesionales clínicos por su irruptividad, pues no prestan atención, parecen ser enormemente activos, se comportan de forma agresiva, rompen las reglas y provocan daños significativos a otras personas y a sus bienes. A pesar de ello, es muy difícil diferenciar estas condiciones y, como consecuencia, el diagnóstico puede no ser el adecuado para categorizar un conjunto específico de síntomas.

El trastorno negativista y desafiante, según el DSM-V, se caracteriza por un patrón de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que perdura, por lo menos, seis meses y que se manifiesta, al menos, con cuatro síntomas de cualquiera de las siguientes categorías y que se exhibe durante la interacción de, al menos, con una persona que no sea un hermano o hermana:

1. A menudo pierde la calma.
2. A menudo está susceptible o se molesta con facilidad.
3. A menudo está enfadado y resentido.
4. Discute frecuentemente con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y los adolescentes.
5. a menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas.
6. a menudo molesta a los demás deliberadamente; a menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento.

7. ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses (American Psychiatric Association, 2014, p. 313).

Es de tener en cuenta que hay que considerar la persistencia y la frecuencia de dichos comportamientos para diferenciar los que se consideren dentro de los límites normales de los sintomáticos. En los niños menores de cinco años el comportamiento debe presentarse casi todos los días durante un periodo de por lo menos seis meses, a no ser que se observe que ha sido vengativo o rencoroso durante por lo menos dos veces en los últimos seis meses. En los niños de cinco años o más, el comportamiento debe presentarse por lo menos una vez a la semana durante al menos seis meses, a menos que se observe que ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses.

Los anteriores criterios de frecuencia son considerados en grado mínimo orientador para poder definir los síntomas; sin embargo, es importante señalar que existen otros factores: la frecuencia y la intensidad de los comportamientos se salen de los límites de lo normal para el grado de desarrollo del individuo, su sexo y su cultura.

Por su parte, el TDAH, según el DSM-V, es un patrón constante de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el desarrollo o el funcionamiento y está caracterizado por inatención y/o hiperactividad e impulsividad.

En la inatención, es pertinente señalar que seis (o más) de los siguientes síntomas se deben mantener durante, al menos, seis meses en un grado que no coincide con el nivel de desarrollo y que afecta de manera directa las actividades sociales y académicas/laborales, aunque para adolescentes mayores y adultos, es decir, para individuos con 17 años o más de edad, se requiere un mínimo de cinco síntomas.

- a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
- b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).
- c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
- d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
- e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).

- f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
- g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).
- h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
- i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas) (Torres, 2014, p. 10).

En cuanto a la hiperactividad e impulsividad, deben presentarse seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no se ajusta al nivel de desarrollo y que afecta de manera directa las actividades sociales y académicas/laborales, aunque para adolescentes mayores y adultos, es decir, individuos de 17 y más años de edad, se requiere un mínimo de cinco síntomas.

- a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
- c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado (en adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto).
- d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- e. Con frecuencia está "ocupado," actuando como si "lo impulsara un motor" (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
- f. Con frecuencia habla excesivamente.
- g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).
- h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).
- i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros) (Torres, 2014, p. 11).

Hay que tener en cuenta que algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos ya se presentaban antes de los 12 años; de igual forma, varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos se encuentran en dos o más contextos o ambientes (en casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes; en otras actividades); y, además, existen pruebas de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral o reducen la calidad de los mismos.

Tratamiento de los trastornos disruptivos

De acuerdo con Peña y Palacios (2011), son diversos los parámetros prácticos que existen para tratar los trastornos disruptivos; en el caso del Trastorno Negativista Desafiante (TND), por ejemplo, la Academia Americana de Psiquiatría de Niños y Adolescentes expone once recomendaciones generales:

8. La evaluación del tratamiento más adecuado del TND requiere de una apropiada asociación terapéutica con el niño o adolescente y sus padres.
9. Los aspectos culturales se deben tomar en cuenta tanto en el diagnóstico como en el tratamiento.
10. La evaluación del TND debe incluir la información que se obtiene directamente del niño o adolescente y también la de sus padres en las áreas de sintomatologías básicas, la edad de inicio, la duración de los síntomas y el grado de deterioro funcional.
11. También se debe considerar la comorbilidad psiquiátrica.
12. El médico tratante debe considerar importante cualquier otra información de otras personas, como por ejemplo la de los maestros.
13. Se recomienda el uso de instrumentos de recolección de información o entrevistas para la evaluación y el seguimiento.
14. El médico tratante debe desarrollar un plan de tratamiento individualizado.
15. Las intervenciones que se sugieran a los padres deben estar basadas en las intervenciones con mayor evidencia empírica.
16. Se pueden recomendar medicamentos como tratamiento aunado a las intervenciones psicosociales para el tratamiento sintomático y de las condiciones comórbidas.
17. Cuando el TND es severo y persistente, se pueden solicitar tratamientos extendidos e intensivos.

Se deben evitar las intervenciones en donde se exponga al niño o al adolescente a situaciones de miedo para tratar de convencerlo de abandonar sus conductas.

Ahora bien, una vez se confirme que la conducta que se observa es precisamente TND, el manejo psicosocial, según Peña y Palacios (2011), es la intervención terapéutica más adecuada, aunque se deberá tener en cuenta la presencia del TND en presencia o no de un Trastorno Disocial (TD).

Una intervención con bastante evidencia es el tratamiento de los padres o cuidadores en el manejo conductual del niño o del adolescente temprano (entre 12 y 15 años); estas se basan en la tesis de que la mala conducta es la consecuencia de las prácticas parentales inadecuadas e inconsistentes e contingentes; es por este motivo que el niño aprende que la conducta opositora es eficaz para manipular a los adultos con el fin de que cedan a sus deseos.

Es importante tener en cuenta que los programas de intervención, desde la óptica conductual, deben abarcar todos los contextos: familiar, escolar y el del propio niño o adolescente, y la mayoría de estos programas parten del análisis de la conducta a través del enfoque ABC (Antecedents, Behavior, Consequences, por sus siglas en inglés).

Uno de esos programas, de acuerdo con Peña y Palacios (2011), para el tratamiento del TND es precisamente el programa de Russell Barkley, el cual abarca ocho pasos con los cuales se busca mejorar la conducta, las relaciones sociales y la adaptación general en el hogar del niño y del adolescente temprano: 1) aprender a prestar atención positiva al niño o adolescente; 2) utilizar el poder de la atención para lograr que obedezca; 3) dar órdenes de manera eficaz; 4) enseñarle al niño o al adolescente a no interrumpir actividades; 5) establecer en el hogar un sistema de recompensa con fichas; 6) aprender a castigar el mal comportamiento constructivamente; 7) ampliar el uso de tiempo por fuera; y 8) aprender a controlar al niño o al adolescente en lugares públicos.

Ahora, las intervenciones en adolescentes mayores, es decir, entre los 16 y 17 años, deben comprender o la intervención psicoeducativa familiar o la terapia familiar.

En cuanto al tratamiento farmacológico del TND, éste se dirige, especialmente, a la comorbilidad como el TDAH, el TD o si se tiene la sospecha de un trastorno afectivo y/o ansioso sub-sindrómico, el cual deberá ser llevado a cabo por un médico especialista en el área de salud mental, pues el TD, señalan Peña y Palacios (2011), requiere, por su naturaleza mixta, biológica, psicológica y social, de una intervención terapéutica integral denominada "Multimodal"; su evaluación y tratamiento, si es intenso, y las indicaciones para su tratamiento farmacológico son las siguientes:

1. Manejo de crisis en caso necesario:
 - Hospitalización y terapia de crisis.
 - Antipsicóticos si persiste la agresividad.
2. Evaluar la psicopatología del adolescente y su contexto:
 - Vulnerabilidades psiquiátricas.
 - Ambiente familiar y contexto social.
 - Funcionamiento académico.
 - Alteraciones cognitivas.
 - Historia de tratamientos previos.

3. Escoger las intervenciones apropiadas para cada caso individual de acuerdo a la evaluación previa:
 - Terapia familiar, terapia cognitivo conductual, terapia multisistémica, etcétera.
4. Considerar farmacoterapia cuando:
 - Persiste el trastorno de conducta.
 - Existe morbilidad psiquiátrica asociada.
5. Después de la prescripción, evaluar:
 - Aceptación del tratamiento por el adolescente y su familia.
 - Cuantificar los síntomas blancos y hacer seguimiento.
6. Escoger el medicamento de acuerdo a los puntos 4 y 5.
 - TDAH: estimulantes.
 - Labilidad emocional: Estabilizadores del ánimo.
 - Agresividad: Estabilizadores del ánimo o antipsicóticos.
 - Ansiedad: Antidepresivos.
7. Siempre utilizar intervención psicosocial y de apoyo a la familia (Peña y Palacios, 2011, p. 424).

Avatares presentados en el tratamiento de los trastornos disruptivos en población infantil

Cada trastorno disruptivo tiene sus propios avatares y, dependiendo de su tipología, se aplica un tratamiento diferente; así por ejemplo, los niños con TND, son rencorosos y vengativos y, por lo general, se sienten víctimas, no dudando en acusar a los otros de su mal comportamiento, tienen excesos de cólera, discuten con los adultos, llevan a cabo actos que molestan a los demás, son quisquillosos y se sienten fácilmente molestos e iracundos; por ello para su diagnóstico, el trastorno debe provocar, según el DSM-IV (2014), un malestar clínicamente significativo en las áreas social, académica o laboral, lo cual no aparece, de acuerdo con Félix (2003), específicamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de estado de ánimo, por lo que no se cumple con los criterios del trastorno disocial; ahora, si el individuo tiene 18 años o más tampoco se cumplen los criterios del trastorno antisocial de la personalidad.

Un aspecto a tener en cuenta es que este trastorno, el TND, por lo general, no se presenta en el contexto de la escuela o en el entorno social del niño o adolescente temprano, sino que casi siempre es en el contexto familiar; es por ello que resulta indispensable realizar un diagnóstico diferencial del trastorno de conducta, lo cual haría más referencia al manejo comportamental de los padres o adultos que educan al niño o adolescente temprano; es más, este trastorno muestra una mayor prevalencia en hombres que en mujeres y se debe ser muy cauteloso para su diagnóstico, especialmente en la etapa infantil y en la adolescencia y preadolescencia, pues estas etapas se caracterizan por un alto grado de oposicionismo (aunque muchas veces esta sintomatología es transitoria).

Generalmente, la terapia farmacológica no suele ser eficaz para este tipo de trastorno, aunque sí se utilizan los fármacos para el tratamiento de otros síntomas y trastornos asociados a éste, lo que quiere decir que es un tratamiento que se reduce, exclusivamente, a la intervención psicológica por medio de terapia individual, instrucción a padres y profesores para su manejo y terapia familiar.

Ahora bien, uno de los mayores avatares en el tratamiento, o más bien, en el diagnóstico de los trastornos disruptivos en la población infantil, es que en muchos niños y adolescentes tempranos puede presentarse conductas que fácilmente podrían ser diagnosticadas, especialmente por sus profesores y por los padres, como trastornos de la personalidad; ese “etiquetamiento”, a priori, puede llevar a que se señale erróneamente a un niño o adolescente que padece de TDAH o TND cuando no es así y muchas veces ello es sugerido por los propios docentes, y hasta por los padres de familia, quienes muchas veces aplican test que supuestamente permiten evaluar a un niño o adolescente y decir si éste padece o no una trastorno de conducta. Ello, podría decirse, es sumamente riesgoso, en la medida en que lo primero que hay que hacer, como padres y como docentes, es averiguar el origen del problema (cosa que debe ser realizada por un profesional experto) para así saber si el padecimiento es inexistente. Esto quiere decir que, por lo general, son los padres y los maestros quienes juzgan la frecuencia de emisión de ciertas conductas y son quienes determinan si su frecuencia es anormal; de esta forma, la elección de los niños y niñas que deben ser etiquetados con ciertos trastornos depende, en gran medida, del juicio social de padres y docentes.

Conclusiones

El TND y el TD son algunos de los trastornos disruptivos más frecuentes y graves de los trastornos conductuales que se presentan en la infancia y la adolescencia. Las manifestaciones con las que actualmente se diagnostica el TD, por ejemplo, son muy diversas, pues incluyen conductas bastante agresivas y otras no tan agresivas, es por ello que su tratamiento debe ser multidisciplinario, en el cual se incorporen las intervenciones farmacológicas, psicoeducativas y psicoterapéuticas necesarias; es de tener en cuenta también que algunos individuos desarrollan psicopatía, lo cual se constituye en un especificador que se relaciona con las conductas disruptivas más intensas y graves de los trastornos de la conducta disruptiva (TCD).

La distinta naturaleza de los problemas del comportamiento que presentan muchos niños y adolescentes se caracterizan por una razón, un curso evolutivo y un pronóstico diferente. En muchas ocasiones se trata de trastornos psiquiátricos complejos que, además, aparecen con un alto grado de comorbilidad, lo que dificulta su conceptualización, aunque, el conocimiento y la teoría que existe al respecto proporcionan claves suficientes para su intervención, así como una mayor comprensión de las conductas que se manifiestan.

Finalmente, es de anotar que es muy importante el papel que desempeñan los profesores en cuanto a la observación y detección de los problemas de comportamiento de sus alumnos; sin embargo, una cosa que hay que tener en cuenta es que los profesores con menos experiencia pueden hacer valoraciones más severas de las conductas de sus alumnos que aquellos más experimentados, lo que indica que a medida que el profesor adquiere experiencia son paulatinamente más tolerante con las conductas antisociales; sin embargo, y a pesar de la experiencia que puedan tener muchos profesores en la escuela, es importante señalar que existe una visión generalizada y, por qué no decirlo, errada, de que una de las funciones del docente (y de los padres) es la de diagnóstico, cosa que muchos expertos en la materia critican, según señala Ramos (2013), pues hoy en día cualquier niño o niña que muestre el más mínimo síntoma de algún tipo de trastorno se “etiqueta” y, por tanto, se medicaliza.

Referencias

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder, *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 126–141.
- American Psychiatric Association. (2004). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-IV*. Washington: APA.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Barkley, R., Edwards, G., Laneri, M., Fletcher, K. (2001). The efficacy of problem–solving communication training alone, behavior management training alone, and their combination for parent–adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *Journal Consultant Clinical Psychologic*, 69, 926–941.
- Bralic, S., Seguel, X., y Montenegro, H. (1987). Prevalencia de trastornos psíquicos en la población escolar de Santiago de Chile. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 33, 316-25.
- Costin, J., y Chambers, S. (2007). Parent management training as a treatment for children with oppositional defiant disorder referred to a mental health clinic. *Clinical Child Psychology Psychiatry*, 12, (511–524).
- Félix M., V. (2003). *Evaluación de la impulsividad en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad a través de tareas neuropsicológicas*. España: Universidad de Valencia.
- Félix M., V. (2005). Perspectivas recientes en la evaluación neuropsicológica y comportamental del Trastorno por Déficit de Atención con/sin Hiperactividad. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, (3), 215-232.

- Félix M., V. (2007). *Conceptualización del comportamiento disruptivo en niños y adolescentes*. Recuperado de <http://www.uv.es/femavi/Elda2.pdf>
- Justicia, F., Benítez, J.L., Pichardo, M.C., Fernández, E., García, T. y Fernández, M. (2006). Aproximación a un nuevo modelo explicativo del comportamiento antisocial. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 4(2), 131-150.
- Montiel N., C. (2006). *El arte de criar hijos felices: equilibrio entre disciplina y afecto. Programa de entrenamiento a padres*. Venezuela: Astro Data.
- Peña O., F. y Palacios C., L. (2011). Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: diagnóstico y tratamiento. *Salud Mental*, 34(5), 421-427.
- Ramos, E. (2013). *El fracaso de los padres se llama Trastorno por Déficit de Atención*. Recuperado de <http://ferriz.com.mx/te-recomendamos/el-fracaso-de-los-padres-se-llama-trastorno-por-deficit-de-atencion/>
- Rigau R. E., García N., C., y Artigas P., J. (2006). Tratamiento del trastorno de oposición desafiante. *Revista de Neurodesarrollo*, 42(2), S83-S88.
- Sarason, I. G. y Sarason, B. R. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson Educación.
- Sauceda G., J., Olivo G., N., Gutiérrez, J., y Maldonado D., J. (2006). El castigo físico en la crianza de los hijos: Un estudio comparativo. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 63(6), 382-388.
- Torres G., M. (2014). *La atención a los niños con TDA/H en la etapa de educación primaria*. España: Universidad de Valladolid.
- Vicente, B., Saldivia, S., Rioseco, P., De La Barra, F., Valdivia, M., Melipillan, R., Zúñiga, M., Escobar, B., y Pihan, R. (2010). Epidemiología de trastornos mentales infanto juveniles en la Provincia de Cautín. *Revista médica de Chile*, 138(8), 965-973.