

CONCEPTUALIZACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DISRUPTIVO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Vicente Félix Mateo*

*Dr. en Psicología.

Psicólogo Unidad de Atención e Intervención del PREVI. Dirección Territorial de Educación de Valencia.
Colaborador como Neuropsicólogo del Hospital Clínico Universitario de Valencia.

1. INTRODUCCIÓN

El “mal comportamiento” puede conceptualizarse desde distintos aspectos. Como veremos más adelante, hay niños que parece que “se portan mal” todo el día. Otros, en cambio, manifiestan determinadas conductas hostiles solamente en determinados ambientes o bajo determinadas condiciones. Hay otros alumnos que aparentemente no tienen problemas comportamentales, pero que en determinados momentos del día, se muestran desafiantes ante la autoridad. Y por último, la mayoría de niños muestran todos los comportamientos anteriormente comentados, y sin embargo no presentan ninguna dificultad específica a la hora de relacionarse socialmente; es decir, forman parte del conjunto que denominamos “grupo normativo”. Establecer la distinción (o diagnóstico diferencial) entre cada uno de los grupos (normalmente la dificultad suele estribar para determinar si existen o no necesidades educativas en el manejo comportamental, o por el contrario, constituye una faceta más de su comportamiento habitual, con una frecuencia absolutamente normal) es un trabajo importante que debe abordarse desde el contexto educativo de una forma interdisciplinar, recogiendo información precisa y pertinente de padres, tutor, profesores, alumnos, etc.

Como ya comentamos anteriormente, existen múltiples facetas dentro de lo que se viene a denominar “mal comportamiento”, por ello, quizá este término resulte demasiado genérico, no aportando demasiada información respecto a los síntomas que presenta el niño, su frecuencia, o su etiología. Por ello, vamos a ver las distintas formas en las que el “mal comportamiento” puede redefinirse, teniendo en cuenta aspectos como la sintomatología, si constituye o no un trastorno clínico, su frecuencia... para

Conceptualización del comportamiento disruptivo en niños y adolescentes

posteriormente dar respuesta a dichas necesidades desde un contexto complejo como es el colegio, y más concretamente el aula donde el niño pasa la mayor parte de su tiempo.

A la hora de realizar una clasificación de los problemas comportamentales, podemos atenernos a distintos criterios:

- a) Algunos autores realizan la distinción en base a sus dimensiones cuantitativas –como exceso o como déficit-, esto es, como una desviación cuantitativa de la norma imperante en un determinado contexto social. En otras palabras, no es posible definir el concepto de problema de comportamiento sin tener presente qué constituye un comportamiento normativo. Por otro lado, ningún sistema de clasificación ha descrito como un continuo las variaciones comportamentales en los niños desde el comportamiento normativo hasta llegar al trastorno de comportamiento (Kamphaus, DiStefano y Lease, 2003);
- b) Otros autores clasifican los problemas comportamentales en base a la dirección y consecuencias generadas por la conducta en el ambiente inmediato: (a) conductas externalizantes “hacia afuera” como por ejemplo las conductas agresivas e hiperactividad, y, (b) conductas internalizantes “hacia adentro” como el retraimiento social, la depresión o la ansiedad.
- c) Sistemas clínicos de clasificación. Uno de los más divulgados es el propuesto por la Asociación Americana de Psiquiatría en el DSM-IV-TR (APA, 2002). En concreto, este sistema de clasificación incluye, dentro de los trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia, un subgrupo de trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, denominado de esta manera porque provoca más molestias a los demás que a los propios sujetos (trastornos externalizantes). Este subgrupo comprende el trastorno disocial, el trastorno negativista desafiante (ver tabla 1) y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (en adelante TDAH), que abordaremos en el siguiente apartado. Estos trastornos se encuentran tan estrechamente relacionados que, durante mucho tiempo, se consideraba que formaban parte de una única entidad clínica.

Conceptualización del comportamiento disruptivo en niños y adolescentes

Por último, comentar que cuando las personas tienen dificultades al regular sus pensamientos y sentimientos, como en el caso de la esquizofrenia o de la depresión, parece natural atribuir sus problemas a la enfermedad. Sin embargo, cuando el comportamiento de una persona se regula pobremente, atribuimos tales comportamientos a una inadecuada motivación o malicia. Aunque encontramos plausible que los pensamientos y sentimientos puedan escapar del control voluntario, tenemos dificultades para admitir que ocurre lo mismo con el comportamiento" (Newman y Wallace, 1993, pág. 699). Así pues, este trabajo va encaminado a proporcionar a los lectores un marco teórico general que le permita posteriormente identificar tales comportamientos, sin tener que recurrir a explicaciones poco científicas como la "malicia" o poco adecuadas en muchos casos como "inadecuada motivación".

2. TRASTORNO OPOSICIONISTA-DESAFIANTE

Consiste en un patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante y hostil principalmente con las figuras de autoridad. Dicho comportamiento sucede de forma deliberada (para molestar a los adultos) o ante demandas específicas para cumplir normas. Son niños rencorosos y vengativos, que habitualmente se sienten víctimas y que no dudan en acusar a los demás de su mal comportamiento. La literatura científica informa de que muchos niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad presentan de forma comórbida el trastorno oposicionista-desafiante.

El trastorno oposicionista-desafiante, se caracteriza por accesos de cólera, discusiones con adultos, desafiar activamente o negarse a cumplir las demandas o normas de los adultos, llevar a cabo actos que molestarán a otras personas acusar a otros de sus propios errores o problemas de comportamiento; ser quisquilloso o sentirse fácilmente molesto por otros; mostrarse iracundo y resentido o ser rencoroso o vengativo (APA, 2002). Para su diagnóstico, el DSM-IV-TR (APA, 2002), especifica que el trastorno debe provocar un deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral; que no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo y que no se cumplen los criterios de trastorno disocial, y, si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco los de trastorno antisocial de la personalidad.

Tabla 1. Criterios diagnósticos para el Trastorno Oposicionista-Desafiante (DSM-IV-TR, 2002)

Conductas del trastorno

- (1) a menudo se encoleriza e incurre en pataletas
 - (2) a menudo discute con adultos
 - (3) a menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas
 - (4) a menudo molesta deliberadamente a otras personas
 - (5) a menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento
 - (6) a menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros
 - (7) a menudo es colérico y resentido
 - (8) a menudo es rencoroso o vengativo
-

Los comportamientos negativistas y desafiantes se expresan por terquedad persistente, resistencia a las órdenes y renuencia a comprometerse, ceder o negociar con adultos o compañeros. Las provocaciones también pueden incluir la comprobación deliberada o persistente de los límites establecidos, usualmente ignorando órdenes, discutiendo o no aceptando el ser acusado por los propios actos. La hostilidad puede dirigirse a los adultos o a los compañeros y se manifiesta molestando deliberada mente a los otros o agrediéndolos verbalmente (normalmente, sin las agresiones físicas más serias que se observan en el trastorno disocial).

Un aspecto importante de este trastorno es que no suele presentarse en el contexto escolar o social del niño, sino casi siempre en el contexto familiar. Por ello, resulta importante realizar un diagnóstico diferencial del trastorno de conducta, que como comentaremos más adelante, haría más referencia al manejo comportamental de los padres o adultos que educan al niño.

El trastorno muestra una mayor prevalencia en hombres que en mujeres, y hay que ser especialmente cauto para su diagnóstico en la etapa de educación infantil y en la adolescencia (y preadolescencia), ya que estas etapas evolutivas están caracterizadas por un alto grado de oposicionismo (siendo muchas veces una sintomatología transitoria).

Respecto a su intervención, no suele ser eficaz la terapia farmacológica para el trastorno, aunque sí se suele utilizar en el tratamiento de otros síntomas o trastornos asociados a éste. Así pues se trata de un trastorno cuyo tratamiento suele reducirse exclusivamente a la intervención psicológica, a través de terapia individual, entrenamiento a padres y profesores en su manejo, y terapia familiar.

3. TRASTORNO DISOCIAL

De todos los diagnósticos psiquiátricos con inicio en la infancia o adolescencia, este trastorno es el que está más directamente relacionado con las normas socialmente establecidas para el desarrollo de una convivencia adecuada.

El trastorno disocial hace referencia a un comportamiento persistente (los actos disociales aislados no son suficientes para el diagnóstico), caracterizado por la violación sistemática de los derechos básicos de los demás o de las normas sociales que son esperables según la edad del niño (APA, 2002). Tiene una alta incidencia en la población (entre el 2-9% de las mujeres y el 6-16% en hombres), lo que no hace extraño que aparezcan con cierta frecuencia en nuestras aulas.

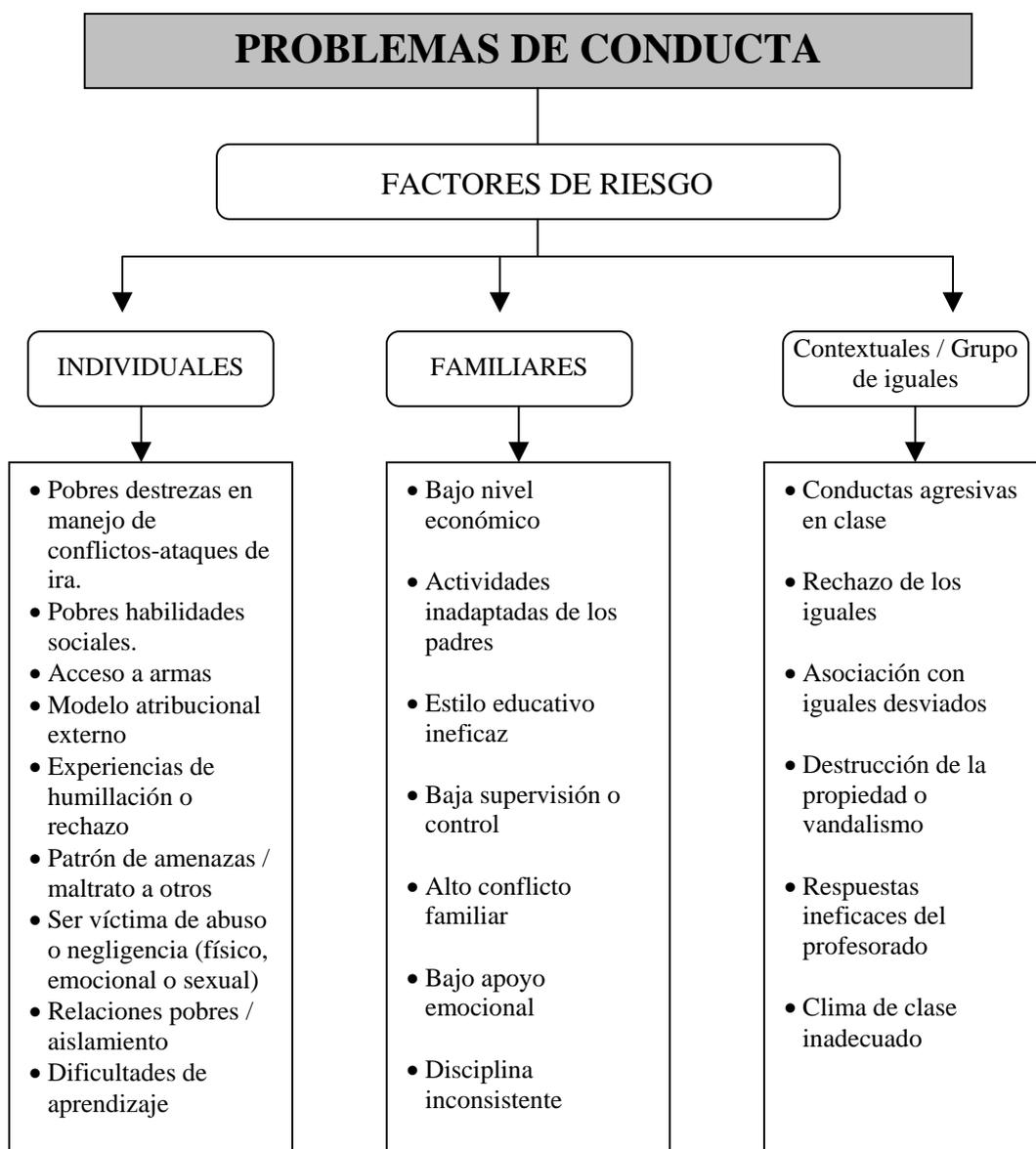
Tabla 2. Conductas para el diagnóstico del Trastorno Disocial (DSM-IV-TR, 2002)

| Agresión a personas y animales | Destrucción de la propiedad | Fraudulencia o robo | Violaciones graves de las normas |
|---|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros.• A menudo inicia peleas.• Ha manifestado crueldad física contra personas o animales.• Ha robado, enfrentándose a la víctima. | <ul style="list-style-type: none">• Ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves.• Ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas. | <ul style="list-style-type: none">• Ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otras personas.• A menudo miente para obtener favores o bienes o para evitar obligaciones.• Ha robado objetos de valor sin enfrentamiento con la víctima. | <ul style="list-style-type: none">• A menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad.• Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de los padres o en un hogar sustitutivo, o sólo una vez sin regresar durante largo período de tiempo.• Suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad. |

Cuando hablamos de trastorno disocial nos referimos a una forma extrema de comportamiento, caracterizado por el DSM-IV (APA, 2002) como la agresión con crueldad a personas o animales (amenaza o intimida a otras personas; inicia peleas; etc.), la destrucción de la propiedad (a través de incendios o de otras formas violentas), así como fraudulencia o robo y/o violaciones graves de las normas (escapadas de casa,

absentismo escolar, etc.). Es importante señalar que podemos encontrar distintos grados de severidad, siendo el leve cuando causa daños mínimos, el moderado cuando la frecuencia y severidad de los síntomas no llegan a alcanzar el grado máximo y un grado grave, cuando el niño presenta varios síntomas de los comentados anteriormente, o cuando causan daños significativos a otras personas.

Figura 1. Factores de riesgo en la adolescencia (Tomado de Justica et al., 2006)



Conceptualización del comportamiento disruptivo en niños y adolescentes

El trastorno disocial produce un deterioro sistemático en las relaciones familiares, siendo necesario un alto grado de control por parte de los padres respecto al comportamiento del chico, especialmente en la educación secundaria, donde la problemática suele ser de mayor severidad, ya que se combina con las peculiaridades de la adolescencia, dependiendo también en alto grado de cómo hayan manejado el trastorno a lo largo de la vida del niño, de si han sido muy permisivos o por el contrario demasiado estrictos. La formación de los padres, el nivel socio-económico o el apoyo recibido de los centros educativos suelen ser también variables moduladoras importantes en la severidad y curso del trastorno (Ruiz y Pagán, 2000).

El trastorno disocial puede aparecer limitado al contexto familiar, aparecer en diferentes contextos (ej. escolar y familiar), en niños no socializados o con una socialización adecuada, así como de forma concomitante a otros trastornos psiquiátricos. No es un trastorno invalidante, no obstante, genera suficientes problemas de adaptación al medio, interrelación personal, etc., por lo que su intervención resulta importante para proporcionar un pronóstico más positivo a la persona que lo padece.

Autores como Farrington (2005) indican que la impulsividad, el robo y vandalismo, resistencia a la autoridad, agresiones físicas y psicológicas, maltrato entre iguales, huidas de casa ... como los principales indicadores de la conducta antisocial. Cabe señalar que tales comportamientos en la infancia y adolescencia son predictivos de la conducta antisocial en la etapa adulta (Caspi, 2000; Loeber, Green y Lahey, 2003).

4. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

Es uno de los trastornos más diagnosticados por psicólogos, pediatras y neuropediatras. Tiene una incidencia 3-6% en la población (ver Félix, 2003), lo que supone que aproximadamente cada cuatro aulas vamos a encontrar a un niño hiperactivo. Las características nucleares del trastorno son la inatención, el exceso de actividad y la impulsividad (APA, 2002). Se trata de un trastorno esencialmente crónico, teniendo una afectación mayor en hombres que en mujeres (10:1). Dicho trastorno tiene un origen neuro-biológico, por lo que suele ser necesario aplicar terapia farmacológica junto con la psicopedagógica. Existen 3 subtipos: el predominantemente inatento/desorganizado (TDAH-I), donde predomina una disfunción en el control de la atención sostenida, dificultad para la organización y planificación del trabajo, etc. El

Conceptualización del comportamiento disruptivo en niños y adolescentes

segundo subtipo es el hiperactivo-impulsivo (TDAH-HI), donde lo más relevante es la impulsividad y las dificultades en el control inhibitorio. Por último, el más común de todos ellos es el subtipo combinado (TDAH-C), donde aparecen las dificultades de inatención, exceso de actividad e impulsividad.

Tabla 3. Subtipos neuropsicológicos de TDAH en el DSM-IV-TR (2002)

| Inatención | Hiperactividad | Impulsividad |
|---|---|--|
| No presta suficiente atención a los detalles | Mueve en exceso manos y pies (hiperkinesia) | Responde de forma precipitada a las preguntas |
| Tiene dificultades en la atención sostenida | Abandona su asiento en la clase. | |
| Parece no escuchar cuando se le habla directamente | Corre o da saltos en situaciones inapropiadas | Tiene dificultades para guardar el turno en una fila |
| Dificultad para finalizar las tareas (no oposicionismo) | Tiene dificultad para realizar actividades tranquilas | Interrumpe o se inmiscuye en actividades de otros |
| Dificultad para organizar sus actividades o tareas | Habla en exceso | |
| Rechaza cualquier esfuerzo mental sostenido | Actúa como si estuviese impulsado "por un motor". | |
| Pierde cosas necesarias | | |
| Se distrae por estímulos irrelevantes | | |
| Es olvidadizo | | |

Para la valoración de este trastorno, es necesario el pase de pruebas específicas para valorar el funcionamiento ejecutivo, estimaciones comportamentales realizadas en contextos naturales, así como una anamnesis completa (ver Félix, 2003, 2005 y 2006). Es importante realizar un diagnóstico diferencial con el resto de trastornos del comportamiento, así como valorar la posibilidad de que se presenten varios de forma simultánea (comorbilidad).

El curso evolutivo en la primera infancia, se caracteriza principalmente por el exceso de actividad, el cambio constante en la realización de tareas, mayor dependencia del adulto para que guíe y controle su comportamiento, dificultad para establecer metas a corto plazo, dificultades significativas en mantener la atención en juegos o actividades escolares, etc. Por lo que respecta a la educación primaria, continúa el movimiento, haciéndose más patentes las dificultades atencionales, especialmente cuando se

Conceptualización del comportamiento disruptivo en niños y adolescentes

comienza con la lecto-escritura. El manejo del comportamiento suele ser difícil, tanto en el contexto escolar como en el familiar. Suelen ser niños muy impulsivos, lo que les lleva a tener no pocos problemas interpersonales, derivados principalmente de la incapacidad para inhibir o demorar respuestas. Suelen tener un nivel de inteligencia medio-alto, por lo que las dificultades de aprendizaje no suelen aparecer hasta el segundo o tercer ciclo de la educación primaria, a la par que les sirve muchas veces para compensar las dificultades de acceso al currículo. Por lo que respecta a la educación secundaria, los alumnos con TDAH suelen arrastrar historias repletas de fracasos, baja tolerancia a la frustración, bajo autoconcepto y niveles de competencia curricular por debajo de su edad cronológica, pese a su inteligencia. Ya en la etapa adulta, tienen más dificultades para organizar la vida cotidiana; el manejo comportamental de sus hijos es más deficitario; frecuentemente la otra pareja tiene que asumir sus responsabilidades, tienen más accidentes y multas de tráfico, mayor tendencia al consumo de drogas (muchos de ellos como una forma de automedicación), dificultades para establecer compromisos a largo plazo, necesidad de una persona externa que supervise, organice y ejerza cierto control sobre ellos, etc.

La mayoría de trastornos que hemos comentado, tienen una alta prevalencia en la población infantil, por lo que es necesario que padres, profesores y psicopedagogos sean conocedores de las características básicas, para poder identificarlos de forma apropiada desde el contexto escolar, y de esta forma poder ajustar el proceso de enseñanza-aprendizaje a las peculiaridades de este alumnado. Por otra parte, la comorbilidad entre ellos suele ser muy elevada, por lo que resulta necesario aplicar pruebas y estimaciones comportamentales para su evaluación (ver Félix, 2005, 2006), existiendo pruebas clínicas con suficiente validez (ver Miranda, Félix y Ávila, 2005).

Un aspecto esencial en el proceso de evaluación será que, en función del trastorno o trastornos identificados, la intervención farmacológica adquirirá un planteamiento terapéutico diferente.

A continuación ofrecemos una tabla resumen con la sintomatología nuclear asociada a cada trastorno del comportamiento comentado anteriormente. Como puede observarse, la sintomatología puede ser en algunos casos parecida, añadido que muchos alumnos pueden presentar varios síntomas de cada uno de los trastornos, aspecto que dificulta su evaluación.

Tabla 4. Comparación de los trastornos disociales, negativistas/desafiantes y de hiperactividad en cuanto a su sintomatología nuclear.

| <i>Trastorno Disocial</i> | <i>Trastorno Negativista Desafiante.</i> | <i>Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad</i> |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Agresión a personas y animales (fanfarronea, amenaza o intimida, crueldad física, inicia peleas físicas). • Destrucción deliberada de la propiedad (p.e. incendios). • Fraudulencia o robo. • Violaciones graves de las normas (escapadas de casa sin permiso, hacer novillos,...). | <ul style="list-style-type: none"> • Se encoleriza e incurre en rabietas. • Discute con adultos. • Desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas. • Molesta deliberadamente a otras personas. • Acusa a otros de sus errores o mal comportamiento. • Es rencoroso, colérico o vengativo. | <ul style="list-style-type: none"> • Presenta dificultades significativas en la atención sostenida. • Exceso de actividad. Se mueven constantemente en el asiento, o mueven en exceso extremidades. • Se muestran muy impulsivos, les cuesta reflexionar antes de actuar • Dificultad para inhibir respuestas. |

5. TRASTORNO DE CONDUCTA

Sin llegar a la gravedad de los trastornos descritos anteriormente, recogidos en el DSM-IV, muchos niños presentan problemas de comportamiento y disciplina en nuestras aulas, que se asemejan en el carácter transgresor o perturbador de sus manifestaciones conductuales. En estos casos destacan, aún sin ser exclusivos, los determinantes ambientales. Especialmente importantes resultan los factores familiares (p.e. padres sobreprotectores, permisivos, abandono, violencia, malos tratos, abuso de drogas, carencias afectivas, problemas psicopatológicos en los padres, código lingüístico restringido o bajo nivel cultural), los factores escolares (p.e. ambiente competitivo, rigidez, no atención a las necesidades educativas especiales,...) y factores sociales (p.e. clases sociales desfavorecidas, privación ambiental, pandillismo, drogas,..). También existe un gran riesgo de indaptación socio-escolar y de problemas de conducta en los niños de diferentes grupos raciales.

El trastorno de conducta suele manifestarse en niños y niñas cuyo manejo comportamental no ha sido adecuado. Suele aparecer en niños cuyos padres han sido demasiado permisivos, especialmente en la primera infancia, donde el niño comienza el proceso de socialización. También puede aparecer un trastorno de conducta en el contexto escolar, especialmente cuando el profesor/a no marca límites claros respecto a lo que se puede o no se puede hacer, o cuando se refuerzan sistemáticamente conductas como llamadas de atención de los alumnos/as, cuando se es excesivamente permisivo, o cuando no se actúa de forma sistemática ante los comportamientos disruptivos, etc.

Conceptualización del comportamiento disruptivo en niños y adolescentes

En definitiva, el trastorno de conducta suele ocurrir frecuentemente porque los adultos que rodean al niño tienen dificultades para enseñarle valores y normas, y marcar límites en su comportamiento, bien por inexperiencia, por ansiedad, por falta de conocimientos o por utilizar métodos disciplinarios poco adecuados. Posteriormente, cuando el niño entra en la etapa pre-adolescente y adolescente, los trastornos de conducta se suelen intensificar, siendo su intervención más compleja.

En la práctica diaria, observamos que muchos alumnos/as que comenzaron a desarrollar un trastorno de conducta en la infancia, y que no se intervino de forma adecuada, desarrollan conductas psicopatológicas más severas. Tienen una mayor tendencia al fracaso escolar, a desarrollar otro tipo de trastornos más severos (trastorno disocial, ansiedad, falta de habilidades sociales en la resolución de problemas interpersonales, oposicionismo, etc.). Por ello, la intervención precoz en este tipo de problemas resulta crucial, no sólo para corregir determinados comportamientos disruptivos y poco adaptativos al medio social, sino también para prevenir futuros trastornos como los reseñados anteriormente, y que plantearán enormes dificultades de intervención desde el contexto escolar.

Es importante valorar cuándo un alumno presenta problemas de comportamiento, o si realmente está a la base cualquiera de los trastornos descritos anteriormente. Por ello, resulta necesario un conocimiento profundo de los mismos, así como la capacidad de poder extrapolar de unos síntomas conductuales concretos, un trastorno psiquiátrico.

6. CONCLUSIONES

Hemos podido observar cómo la distinta naturaleza de los problemas del comportamiento que presentan muchos de nuestros alumnos de la educación infantil, primaria y secundaria, se caracterizan por una etiología, curso evolutivo y pronóstico diferente. Muchas veces se trata de trastornos psiquiátricos complejos, que aparecen además con un alto grado de comorbilidad y que dificultan su conceptualización. No obstante, también es cierto que el conocimiento de los mismos proporciona claves para la intervención, así como una mayor comprensión del elenco de conductas que manifiestan. Por otra parte, los estudios de Borg (1998) han puesto de manifiesto el importante papel que las características del profesor y del alumno desempeñan en la percepción que tienen los profesores sobre los problemas de comportamiento. Así, en relación con el

Conceptualización del comportamiento disruptivo en niños y adolescentes

sexo del alumno, la inquietud, la desorganización y la mentira son más toleradas por los profesores en los chicos que en las chicas. Finalmente, los profesores con menos experiencia valoran con mayor severidad las conductas que los grupos de profesores más experimentados, lo que sugiere que a medida que adquieren experiencia los profesores son progresivamente más tolerantes con las conductas antisociales.

Uno de los aspectos más complejos a la hora de realizar el diagnóstico de los distintos trastornos observados, es que existe una parte de la varianza que es compartida por todos ellos. En realidad, muchas veces estamos hablando de manifestaciones que podemos observar en la población normal, siendo los límites entre el trastorno y la normalidad muy imprecisos, no existiendo pruebas clínicas diagnósticas en sí mismas. Por ello, en el proceso de evaluación es necesario, por un lado, el pase de pruebas que nos hagan evaluar distintos dominios del sujeto (social, cognitivo, afectivo), la historia personal arroja muchas veces luz en torno a cuales han sido los síntomas que más han predominado, y un último aspecto que, aunque no sea muy "científico" resulta muchas veces crucial, y es la experiencia del propio evaluador. Añadido a todo ello, cabe resaltar que estamos hablando de trastornos con alta comorbilidad, por lo que a veces algunos síntomas pueden ser secundarios a otro trastorno, o pueden constituir el núcleo esencial de la psicopatología que presenta el chico.

7. REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Borg, M.G. (1998). Secondary school teachers' perception of pupils' undesirable behaviors. *The British Journal of Educational Psychology*, 68, 67-79.
- Félix, V. (2003). *Evaluación de la impulsividad en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad a través de tareas neuropsicológicas*. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia.
- Félix, 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(3), 215-232. Obtenido el 29 de marzo de 2008 en http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/articulos/7/espanol/Art_7_92.pdf

Conceptualización del comportamiento disruptivo en niños y adolescentes

- Félix, V. (2006). Abordaje psicopedagógico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 4(3), 623-642. Obtenido el 29 de marzo de 2008 en http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/articulos/10/espagnol/Art_10_152.pdf
- Kamphaus R. W., DiStefano, C., & Lease, A. M. (2003). A self-report typology of behavioural adjustment for young children. *Psychological Assessment*, 15, 17-28.
- Miranda, A., Félix, V. y Ávila, C. (2005). Validez d las tareas neuropsicológicas en la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 58 (3), 297-307.
- Ruiz, M.E. y Pagán, G. (2000). Trastornos disociales. Trastornos disociales y de las emociones mixtos. En José R. Gutiérrez y F. Rey (Eds.) *Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente*. Madrid.
- Newman, J.P. y Wallace, J.F. (1993). Diverse pathways to deficient self-regulation: Implications for disinhibitory psychopathology in children. *Clinical Psychology Review*, 13, 690-720.
- Caspi, A. (2000). The child is father of the man: personality continuities from childhood to adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 158-172.
- Loeber, R., Green, S., y Lahey, B. (2003). Risk factors for adult antisocial personality. En D.P. Farrington y J. Coid (Eds.), *Early prevention of adult antisocial behavior* (pp. 79-108). Cambridge: Cambridge University Press.
- Farrington, D. (2005). Childhood origins of antisocial behavior. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 177-190.
- 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. Obtenido el 29 de marzo de 2008 en http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/articulos/10/espagnol/Art_09_117.pdf