



Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology

ISSN: 0718-4123

polanco.roberto@gmail.com

Centro de Estudios Académicos en Neuropsicología
Chile

Aguilar-Valera, José Alonso
**EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO CLÍNICO-FUNCIONAL DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA
EN LA POBLACIÓN INFANTIL: CONSIDERACIONES CONCEPTUALES Y METODOLÓGICAS**

Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal
of Neuropsychology, vol. 13, núm. 2, 2019, pp. 145-162
Centro de Estudios Académicos en Neuropsicología
Chile

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439667351012>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UAEH  redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO CLÍNICO-FUNCIONAL DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA EN LA POBLACIÓN INFANTIL: CONSIDERACIONES CONCEPTUALES Y METODOLÓGICAS

Evaluation and clinical-functional diagnosis of behavioral disorders in children: Conceptual and methodological considerations

Avaliação e diagnóstico clínico-funcional de transtornos comportamentais em crianças: Considerações conceituais e metodológicas

RECIBIDO: 25 de abril 2019

ACEPTADO: 18 de agosto 2019

José Alonso Aguilar-Valera

Universidad Federal de Kazán (KFU) (Kazán, República de Tatarstán, Federación Rusa).

Palabras claves: Trastornos de conducta. Niños. Adolescentes. Modelos experimentales. Evaluación. Diagnóstico clínico y funcional. Funciones ejecutivas. Trastornos disecutivos. Escalas e instrumentos para detectar problemas de comportamiento.

Key words: Behavioral disorders. Evaluation. Differential diagnosis. Executive functions. Dissecutives disorders. Scales and instruments to detect behavioral problems. Educational field.

Palavras chave. Distúrbios comportamentais. Crianças. Adolescentes. Modelos experimentais. Avaliação. Diagnóstico clínico e funcional. Funções executivas. Transtornos de desordens. Balanças e instrumentos para detectar problemas comportamentais.

RESUMEN

Objetivos. Realizar una actualización sobre los principales criterios diagnósticos y procedimientos de evaluación –clínica, funcional- de los trastornos de conducta, tanto de etiología psiquiátrica como neurológica, que puedan estar presentes en la población infantil. **Metodología.** Teórica-Expositiva. **Contenido.** El proceso de evaluación y diagnóstico es de suma importancia, tanto en las áreas clínicas como en las educativas, ya que es una de las competencias que debe desarrollar necesariamente el especialista, con el propósito de investigar y prevenir los principales problemas y/o trastornos de conducta, que ocurren tanto en niños como en adolescentes. Estos podrían estar asociados con problemas de etiología tanto psiquiátrica como neurológica, según el grado de gravedad y/o severidad de los antecedentes presentes en la historia familiar del caso estudiado, y que a menudo no son detectados correctamente, dificultando significativamente la convivencia y funcionalidad del sujeto dentro de diferentes contextos. El descarte de estas alteraciones es de vital importancia para el cumplimiento y la viabilidad de los objetivos generales y específicos de los especialistas involucrados en esta esfera de la clínica infantil y la pedagogía. Asimismo, se llevará a cabo una breve revisión de los principales instrumentos y parámetros de medición que podrían ser muy útiles, según el caso (niños o adolescentes), y de las necesidades que este requiera para llevar a cabo el proceso de evaluación y diagnóstico de forma eficiente. **Conclusiones.** La importancia de los procedimientos de evaluación y del conocimiento actualizado de los principales criterios diagnósticos de los trastornos de conducta proporcionará al especialista, un conjunto de herramientas necesarias para tomar decisiones exitosas y generar planes de acción con metas y objetivos realistas.

ABSTRACT

Aims. To carry out an update on the main diagnostic criteria and evaluation procedures-clinical, functional-of behavioural disorders, both psychiatric and neurological aetiology, that may be present in the child population. **Methodology.** Theoretical-Expositive. **Content.** The evaluation and diagnosis process is of utmost importance, both in the clinical and educational areas, since it is one of the skills that the specialist must necessarily develop, with the purpose of investigating and preventing the main problems and/or disorders of behaviour, which occur in both children and adolescents. These could be associated with problems of both psychiatric and neurological aetiology, depending on the degree of severity and/or severity of the background present in the family history of the case studied, and which are often not detected correctly, significantly hindering the coexistence and functionality of the patient within different contexts. The discarding of these alterations is of vital importance for the fulfilment and viability of the general and specific objectives of the specialists involved in this area of the children's clinic and pedagogy. In addition, a brief review of the main instruments and measurement parameters that could be very useful, depending on the case (children or adolescents), and the needs that this requires to carry out the process of evaluation and diagnosis of efficient way. **Conclusions.** The importance of assessment procedures and updated knowledge of the main diagnostic criteria for behavioural disorders will provide the specialist with a set of tools necessary to make successful decisions and generate action plans with realistic goals and objectives.

RESUMO

Objetivos. Realizar uma atualização sobre os principais critérios diagnósticos e procedimentos de avaliação - clínicos, funcionais - de distúrbios comportamentais, tanto de etiologia psiquiátrica como neurológica, que podem estar presentes na população infantil. **Metodologia.** Exposição teórica. **Conteúdo.** O processo de avaliação e diagnóstico é de suma importância, tanto na área clínica quanto na educacional, uma vez que é uma das competências que o especialista deve necessariamente desenvolver, com o intuito de investigar e prevenir os principais problemas e / ou distúrbios do processo. comportamento, que ocorrem tanto em crianças quanto em adolescentes. Estes podem estar associados a problemas de etiologia psiquiátrica e neurológica, dependendo do grau de gravidade e / ou gravidade dos antecedentes presentes na história familiar do caso estudado, e que muitas vezes não são detectados corretamente, dificultando significativamente a convivência e a funcionalidade do paciente. assunto em diferentes contextos. O descarte dessas alterações é de vital importância para o cumprimento e a viabilidade dos objetivos gerais e específicos dos especialistas envolvidos nessa área de clínica e pedagogia infantil. Da mesma forma, uma breve revisão dos principais instrumentos e parâmetros de medição que poderiam ser muito úteis, dependendo do caso (crianças ou adolescentes), e as necessidades que isso requer para realizar o processo de avaliação e diagnóstico de maneira eficiente. **Conclusões.** A importância dos procedimentos de avaliação e o conhecimento atualizado dos principais critérios diagnósticos para transtornos comportamentais fornecerão ao especialista um conjunto de ferramentas necessárias para tomar decisões bem-sucedidas e gerar planos de ação com metas e objetivos realistas.

1. Introducción

Durante los últimos 30 años, el abordaje de los problemas y trastornos de la conducta se ha convertido en uno de los motivos principales de consulta –tanto en niños como en adolescentes- y preocupación por parte de los padres y maestros alrededor del mundo.

Un trastorno de conducta –o del comportamiento- (TC) es el resultado de una condición e historia disfuncional, establecido a lo largo del tiempo, y cuya persistencia puede observarse por la generalización de esta en diferentes contextos y realidades. Por lo general, son independientes de otra etiología, tanto neurológica como psiquiátrica; sin embargo, debido a la complejidad del caso, estos pueden estar asociadas a ciertos grupos clínicos definidos y con una sintomatología similar (Grillo and da Silva, 2004).

Actualmente, según los últimos estudios y publicaciones oficiales, los TC son considerados como una entidad clínica específica e independiente de otros trastornos neurológicos y/ psiquiátricos similares –trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno antisocial, trastorno oposicionista desafiante. A pesar de ello, estos no son exclusivos para una sola entidad clínica: Pueden estar presentes en otros perfiles, siendo comórbidos con otras patologías afines, definiendo así su complejidad.

El diagnóstico diferencial de las diferentes entidades afines a los TC se determinará tanto a partir de la identificación de la sintomatología clínica, definida mediante el empleo de la nosología tradicional, como de los parámetros conductuales (funcionales), establecidos previamente y durante el curso mismo de la exploración del caso, con la finalidad de facilitar el trabajo de los expertos al momento de definir las condiciones reales del problema.

A este respecto, el principal reto para los expertos consiste en definir la etiología y, por consiguiente, seleccionar las tecnologías idóneas para llevar a cabo el mejor procedimiento de evaluación y de detección de los diferentes síntomas que presente un determinado caso estudiado.

De forma complementaria, otro de los objetivos a tomar en cuenta es el de definir específicamente la sintomatología fundamental del perfil del sujeto, siendo a su vez el resultado del perfeccionamiento de los procedimientos de evaluación – anteriormente mencionados-, fusionando para ello los diferentes criterios de exploración –obtenidos mediante el empleo de distintos registros directos e indirectos-; aspectos que les permitirán –a los expertos- proceder adecuadamente, por medio de un correcto manejo instrumental, generar diferentes diseños de investigación –destinados al estudio de estas patologías-, y desarrollar futuros programas de intervención, destinados al abordaje efectivo de estas condiciones clínicas.

Asimismo, es importante tener en cuenta hasta qué punto puede ser catalogado –un determinado perfil- como problema y/o trastorno. Esta delimitación y distinción dependerá de las características del cuadro y de la severidad del mismo, así como de los resultados obtenidos tras la realización de un detallado examen integral.

Para ello, se han venido desarrollando diferentes modelos experimentales –clínicos, conductuales, neuropsicológicos-, los cuales han intentado aproximarse al estudio detenido de estos perfiles clínicos, a partir de la definición tanto de la sintomatología como de los indicadores conductuales, además de las relaciones funcionales existentes entre los distintos comportamientos disruptivos y/o de los subprocesos involucrados.

De esto, dependerá el éxito de la intervención futura, puesto que la selección de las tecnologías conductuales necesitará respaldarse en un cuidadoso y meticoloso análisis de los diferentes tipos de respuesta alterados, apoyándose adicionalmente en la semiología y del estudio histórico del caso –aunque de forma referencial-, y de sus relaciones y/o proyecciones dentro del contexto.

2. Trastornos de conducta (TC)

Son definidos como trastornos de conducta (TC) todas aquellas entidades clínicas que se manifiestan mediante dificultades persistentes, a nivel de los diferentes tipos de respuesta –cognitivo, emocional, social, académica-, afectando significativamente la conducta prosocial del sujeto dentro de un contexto donde esta se vea realizada. Son independientes del ambiente, siendo el resultado de un historial disfuncional de antecedentes problemáticos que han de instaurar uno o más patrones anómalos y disruptivos durante el ciclo vital del individuo.

Son independientes de la presencia de daño y/o disfunción cerebral, trastornos psiquiátricos, inestabilidad emocional y/o privación social. Es un cuadro clínico complejo de definir per se, debido a que existen un conjunto de condiciones y factores determinantes, los cuales pueden ser tanto innatos como adquiridos. Sin embargo, debido a la complejidad y gravedad del caso, es menester mencionar aquellas condiciones psicopatológicas y su etiología, las cuales pueden ser tanto de tipo neurológica como psiquiátrica, las cuales serán descritas a continuación.

2.1. Etiología neurológica

Dentro de este grupo, comúnmente se encuentran agrupados los diferentes sub-tipos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), condición clínica estrechamente emparentada con los TC, debido a la alta comorbilidad e incidencia existente entre ambas, tanto en niños como en adolescentes.

En general, los criterios diagnósticos utilizados para describir al TDAH según la American Psychiatric Association (APA, 2000; 2013) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000) corresponden a los siguientes: Patrón persistente de conducta, bajo las características clínicas generales de hiperactividad motora, baja tolerancia a la frustración, impulsividad, distractibilidad, inatención, continuo cambio de actividades y constante irritabilidad. En resumen, los principales criterios diagnósticos para su detección y diagnóstico vienen a ser la desatención, la hiperactividad y la impulsividad. En estos casos, el TC es una consecuencia de la disfuncionalidad existente a nivel de aquellos componentes encargados de regular la cognición, y la conducta adaptativa e intencionada (funciones ejecutivas).

De forma complementaria, estas deben cumplir con los siguientes aspectos, a detallarse a continuación (Artigas-Pallarés, 2003; Asociación Psiquiátrica Americana, 2002; Ferrando-Lucas, 2006; Ramos-Quiroga et al, 2012; Valdizán y Izaguerri-Gracia, 2009):

- Criterio sintomático: Desarrollo de conducta inapropiada y socialmente desadaptada.
- Edad de inicio: Síntomas presentes antes de los 7 años. Ya en la etapa adulta, su evolución depende de diversas condiciones -tanto endógenas como exógenas-, cuyas consecuencias pueden observarse tanto de sus conductas motora y social, como en el funcionamiento de sus procesos cognitivos -atención, memoria, funciones ejecutivas.
- Dificultades: Los síntomas provocan interferencia funcional, como mínimo en dos ambientes (Vg.: Hogar, escuela, etc.). No obstante, pueden generalizarse dependiendo del grado de severidad del cuadro.
- Repercusión: Deben existir evidencias de un deterioro clínicamente significativo dentro de las esferas académica, social y/o laboral.
- Diagnósticos diferenciales: Los síntomas no son el resultado de otro desorden y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, discapacidad intelectual, esquizofrenia u otro trastorno psiquiátrico; asimismo, no pueden ser explicados por la presencia de algún otro trastorno psicopatológico (Vg.: Trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, síndromes disociativos, trastornos de personalidad, etc.).

De igual forma, podrían mencionarse aquellos trastornos del comportamiento que son el resultado de las patologías neurológicas asociadas a daño cerebral sobrevenido y/o disfunción neurológica (trastornos del neurodesarrollo), los cuales afectan principalmente a las funciones ejecutivas (FE), y que a menudo pasan desapercibidos dentro del aula de clases.

2.2. Etiología psiquiátrica

Dentro de este grupo, se encuentran los casos asociados a los trastornos de comportamiento disruptivos y persistentes – como alteraciones primarias y/o secundarias que afectan significativamente los entornos familiar, académico, social y laboral-, tales como el trastorno antisocial (disocial), el trastorno oposicionista desafiante y los trastornos de conducta no especificada (APA, 2003). No obstante, ya en la última edición del Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM V) se menciona al TC como una entidad clínica independiente de estos y otros cuadros clínicos afines, aunque con una sintomatología diferencial y comórbida afín.

Es importante tener en cuenta que para ser diagnosticados como tales, su incidencia tiene que ocurrir antes de los 18 años de edad –siendo de aparición temprana-, presentando una evolución sindrómica diferente a lo largo del curso de las primeras etapas del ciclo vital (Tabla 3).

La clínica psiquiátrica en estos casos resulta, a simple vista, similar; sin embargo, cada una de estas entidades presenta características definidas: El trastorno antisocial se caracteriza principalmente por una ruptura general del orden y de la normativa social, asociada a comportamientos manipulativos y de control de las acciones del resto en beneficio de sí mismo; a menudo, estos cuadros evolucionan, ya en la edad adulta, hacia un trastorno antisocial de la personalidad. Mientras que el trastorno oposicionista desafiante se caracteriza por presentar conductas de enfado e irritabilidad, además de manifestar un constante enfrentamiento con la autoridad (conducta desafiante) y una actitud vengativa.

Asimismo, dentro de la actual edición del DSM (2013) se mencionan otros desórdenes como el trastorno explosivo intermitente –presencia de comportamientos agresivos, relacionados con la falta de control de impulsos-, la piromanía –presencia de conductas placenteras, de fascinación e interés en relación a la provocación de incendios-, la cleptomanía –fracaso en el control de impulso de robar objetos, acompañado de conductas placenteras y de gratificación- y otros trastornos destructivos, de la conducta y del control de los impulsos –conocidos en las ediciones anteriores como trastornos de conducta no especificada, donde pueden encontrarse diferentes cuadros con las características ya mencionadas (tanto específicas como no específicas), sin poder definirse en sí una condición clínica particular, debido a la heterogeneidad que los acompaña y define per se-, siendo específica cada una de sus alteraciones a nivel de las diferentes clases de respuestas.

3. Prevalencia

Realizando una síntesis aproximada a este respecto, y considerando –de igual manera- la complejidad del cuadro clínico tratado a lo largo del texto, cabe resaltar que la prevalencia de los TC está sujeta a una serie de factores, los cuales a su vez dependen de las evidencias registradas y/o contrastadas adecuadamente en diferentes contextos, a partir de los estudios epidemiológicos llevados a cabo dentro de estos.

Según la última edición del DSM, la prevalencia a nivel mundial de los TC se encuentra entre el 2 al 10%, dentro la población infanto-adolescente, con una media estimada del 4%, con mayor incidencia en varones que en mujeres, cifras que resultan disímiles en comparación con otros trastornos comórbidos anteriormente tratados (APA, 2013). A pesar de que se tiene registro de una proporción similar, respecto a la anterior, en los diferentes grupos donde se han llevado a cabo investigaciones afines, las variaciones encontradas dependieron, asimismo, de la presencia de otros factores –tales como la raza, la edad, funcionalidad del contexto, el nivel educativo, etc.–, de importancia capital y que el experto no debe prescindir, especialmente al momento de realizar los procedimientos de evaluación y diagnóstico (Gupta, Mongia, and Garg, 2017; Maheswari and Samundeeswari, 2018).

En cuanto a otros trastornos comórbidos, investigaciones recientes –tanto en muestras de niños como de adolescentes– han encontrado una prevalencia entre el 1 y el 4%, en casos diagnosticados con trastorno disocial –y otros subtipos psicopáticos–; entre el 8 y el 12%, en sujetos con TDAH; entre el 1 y el 3%, en perfiles clínicos afines al trastorno explosivo intermitente; un 3,6%, respecto al trastorno oposicionista desafiante; y entre el 0.3% y el 0.6%, en relación a la cleptomanía, estimándose así una proporción similar en la mayoría de los casos, a pesar de las diferencias y/o limitaciones metodológicas encontradas (Graves et al., 2016; Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye, and Rohde, 2015; Werner, Few, and Bucholz, 2015; Yildiz, Batmaz, and Songur, 2016).

De igual manera, nuevos estudios descriptivos y epidemiológicos han confirmado el valor estimado de estos índices, aunque con diferencias significativas a nivel de los distintos grupos etarios y realidades donde se llevaron a cabo (Ghosh, Ray, and Basu, 2017; Jung et al., 2017; López-Villalobos et al., 2015; López-Villalobos et al., 2014; Luo, Weibman, Halperin, and Li, 2019; Shen et al., 2018; Štuhec, Švab, and Locatelli, 2015; Wang et al., 2017).

Asimismo, puede encontrarse una alta tasa de TC en aquellos casos que presentan algún trastorno del neurodesarrollo, donde su incidencia dependerá fundamentalmente de las características de la disfunción y/o del daño cerebral que estos presenten. Por ejemplo, en sujetos diagnosticados con trastorno del espectro autista (TEA), discapacidad intelectual y/o daño cerebral sobrevenido, se estima que la cifra aproximada sobrepasa el 70%, en la mayoría de los casos, independientemente de la edad y/o contexto donde estos se encuentren, aunque sensibles a la presencia de otros factores (Ogundele, 2018).

Sin embargo, estos datos constituyen solo una aproximación, puesto que a pesar de las investigaciones llevadas a cabo, no se cuentan con cifras exactas en su totalidad, especialmente de aquellas regiones pertenecientes a los países en vías de desarrollo y/o tercermundistas, donde se sospecha de la existencia de una elevada prevalencia, debido a la alta disfuncionalidad que acompaña y caracteriza a esta parte del mundo.

4. Modelos de estudio de los TC

Desde que se decidió prestar una mayor atención a esta problemática, debido al creciente interés generado por parte de diferentes especialistas debido a la demanda de casos, han surgido un grupo de modelos, los cuales han intentado desarrollar algunos de los principios explicativos que les han permitido a los expertos comprender las características patológicas de esta compleja entidad clínica, además de evaluarla y diagnosticarla exitosamente. Sin embargo, es recomendable integrar la información proveniente de diferentes enfoques de forma estructurada y sometida a contraste objetivo, con la finalidad de desarrollar lineamientos sólidos, aunque flexibles, los cuales puedan adaptarse a las particularidades de cada caso estudiado.

A continuación, se definirán las principales características de los modelos nosológicos, conductuales y neuropsicológicos a este respecto, siendo esta una integración arbitraria, con la finalidad de brindar información relevante al lector al momento de seleccionar las estrategias adecuadas y necesarias para llevar a cabo tanto su identificación como su futura intervención.

a. Modelos nosológicos

Los modelos nosológicos están centrados en el estudio de la sintomatología clínica fundamental de uno o más casos donde se sospecha la presencia de una determinada patología (Avasthi, Sarkar, and Grover, 2014; Russowsky, 2017). Se basan en principios normalizados, sujetos a modificaciones periódicas y controladas, dependiendo de las evidencias encontradas en distintas latitudes, apoyadas asimismo por estudios epidemiológicos y psicométricos, los cuales se encuentran en constante evolución (Tabla 1). Constituyen una propuesta inicial, cimentada en el empleo de criterios diagnósticos, basados asimismo en la semiología tanto neurológica como psiquiátrica.

Tabla 1.

Evolución del sistema de clasificación de los trastornos de conducta, según la American Psychiatric Association.

Criterios	DSM IV¹	DSM V²
Supercategoría	Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador	Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta
Tipos clínicos	- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: a) Tipo combinado (F90.0). b) Tipo con predominio del déficit de atención (F98.8). c) Tipo con predominio hiperactivo-impulsivo (F90.0). d) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado (F90.9). - Trastorno disocial - Especificar tipo: De inicio infantil/de inicio adolescente (F91.8). - Trastorno negativista desafiante (F91.3). - Trastorno de comportamiento perturbador no especificado (F91.9).	- Trastorno negativista desafiante (313.81 [F91.3]). - Trastorno explosivo intermitente (312.34 [F63.81]). - Trastorno de la conducta: a) Tipo de inicio infantil (312.81 [F91.1]). b) Tipo de inicio adolescente (312.82 [F91.2]). c) Tipo de inicio no especificado (312.89 [F91.9]). - Trastorno de la personalidad antisocial (301.7 [F60.2]). - Piromanía (312.33 [F63.1]). - Cleptomanía (312.32 [F63.2]). - Otro trastorno destructivo, del control de los impulsos y de la conducta, especificado (312.89 [F91.8]). - Trastorno destructivo, del control de los impulsos y de la conducta, no especificado (312.9 [F91.9]).

¹Manual de diagnóstico de los trastornos mentales, cuarta edición.

²Manual de diagnóstico de los trastornos mentales, quinta edición.

A partir del uso de estos modelos, es posible comprender las características clínicas de los TC, al igual que su posible etiología. Para ello, se disponen de una serie de criterios normativos e instrumentos, cuyos fundamentos pueden encontrarse en diferentes manuales nosológicos, principalmente en aquellos desarrollados por instituciones y/o organizaciones encargadas de regular el procedimiento clínico –tal como puede verse en los trabajos llevados a cabo tanto por la APA como por la OMS.

Según los actuales sistemas de clasificación nosológicos, los TC se encuentran ubicados dentro de una categoría clínica específica e independiente (American Psychiatric Association, 2013; Organización Mundial de la Salud, 2000), considerándose así otros criterios de inclusión y/o de comorbilidad, los cuales pueden facilitar el esclarecimiento del perfil clínico del examinado.

No obstante, y a pesar de estar centrados en la identificación de síntomas clínicos específicos, su empleo resulta generalizado al momento de llevar a cabo diagnósticos presuntivos y/o diferenciales. Para ello, es recomendable complementar estos esfuerzos con evaluaciones funcionales (conductuales) y/o neuropsicológicas, las cuales puedan favorecer el proceso de análisis diagnóstico.

b. Modelos conductuales

A diferencia de los anteriores, los modelos conductuales –o funcionales- están centrados en el estudio detenido de las conductas disfuncionales, asociados a estos u otros perfiles, independientemente de la sintomatología clínica que presenten. Los modelos conductuales no solo describen la presencia del síntoma –o grupo de estos-, sino que llevan a cabo estudios detenidos acerca de las relaciones disfuncionales que derivan de las conductas desadaptativas (Cullinan, Epstein, and Lloyd, 1991; Hofmann, 2014).

Para ello, adaptan su metodología a la situación real del caso, mediante la identificación de los diferentes tipos de respuesta, de la funcionalidad del contexto y de otras variables intervinientes –factores fisiológicos, afectivos, académicos, etc.

Los estudios funcionales llevados a cabo a partir de la introducción del análisis conductual aplicado clásico (ACA), han generado evidencia suficiente y satisfactoria, para definir así una serie de parámetros mensurables, como modelos de análisis comportamental, los cuales continúan facilitando el trabajo de los especialistas al momento de llevar a cabo la evaluación y diagnóstico de estos casos. Según esta tendencia, los TC pueden definirse en base a la presencia de una o más dificultades, existentes a nivel de los diferentes tipos de respuesta –fisiológico, motor, emocional, social-, siendo explicados por medio de una triple relación de contingencias. Sin embargo, en las actuales versiones e investigaciones llevadas a cabo dentro de los enfoques conductual-cognitivos, se puede observar la introducción de modelos idiográficos complejos, los cuales permiten comprender la situación del caso dentro de uno o más contextos, independientemente de la existencia de otras variables –intervinientes, mediadoras, moderadoras- que se encuentren presentes y que afecten –directa y/o indirectamente- sobre la conducta problema.

Como consecuencia del creciente interés y de la investigación que lo acompaña, el empleo del modelo conductual en diferentes casos donde se sospeche la presencia de TC –independientemente del grado de severidad-, puede resultar exitoso, siempre y cuando se tomen en cuenta los parámetros mencionados, además de continuar con las directrices establecidas –sin importar el diseño-, tanto en el momento de la evaluación como en el de la intervención.

c. Modelos neuropsicológicos

Los modelos neuropsicológicos permiten estudiar aquellos TC que son el resultado de alteraciones tanto congénitas como adquiridas del sistema nervioso central (Romero-López, Quesada-Conde, Álvarez, & Justicia-Arráez, 2017; Willcutt, Sonuga-Barke, Nigg, and Sergeant, 2008). Surgieron como respuesta a la necesidad de intervenir en diferentes patologías clínicas como el TDAH, la discapacidad intelectual y otros perfiles clínicos con alteraciones asociadas a las FE (Brodsky, Willcutt, Davalos, and Ross, 2014).

A pesar de que existen diferentes enfoques, predominan aquellos que se sustentan en principios neuropsicológicos cognitivos (Barkley, 1990; 1997; 2001), empleando para dichos fines las denominadas “arquitecturas cognitivas” –sujetas a cambios y/o modificaciones-, las cuales permitirán entender el proceso de la alteración propiamente dicha, a nivel encubierto, facilitando de esta forma el trabajo de los expertos, adaptando para ello los fundamentos del enfoque a los requerimientos y/o demandas del caso, a pesar de sus condiciones clínicas y particulares, las cuales se deseen explorar (Rubia, 2018; Williams, Tsang, Clarke, and Kohn, 2010). Para ello, se hará uso de un conjunto de cuestionarios, pruebas y baterías integrales –sumando, además, algunos procedimientos conductuales-, los cuales estarán destinados a examinar el estado de aquellos procesos principales y/o secundarios que se encuentran afectados –principalmente, de las FE-, permitiéndole al experto obtener información necesaria, objetiva y mensurable de uno o más casos estudiados (Dajani, Llabre, Nebel, Mostofsky, & Uddin, 2016; De Mello et al., 2012; Martel, Nikolas, and Nigg, 2007; Schreiber, Possin, Girard, and Rey-Casserly, 2014; Van Goozen et al., 2004; Wu, Anderson, and Castiello, 2002).

Tal como evidencian los trabajos realizados en los casos de TDAH y otros trastornos relacionados, se definió la implicancia de las FE en el control de las respuestas, la inhibición de estímulos irrelevantes y la autorregulación de la conducta, principales componentes responsables del control voluntario e intencionado del comportamiento, y estrechamente relacionados con la planificación y monitorización del mismo (Borges et al., 2010; Elliott, 2003; Hughes, Wilson, Trew, and Emslie, 2013; Shiels and Hawk, 2010; Siu and Zhou, 2014). El análisis de sus deficiencias ha conducido al establecimiento de los diferentes subtipos clínicos de alteraciones conductuales –tomando en cuenta, para ello, el grupo etario de referencia-, los cuales son el resultado de disfunciones ejecutivas –de distinto grado-, estrechamente dependientes de aquellos componentes neurocognitivos, responsables de la autorregulación y adaptación de la conducta.

Asimismo, y en función de la aplicabilidad del enfoque, es menester considerar la relevancia y participación de otras variables intervinientes, las cuales están estrechamente relacionadas con aspectos biológicos y/o evolutivos (V.g.: Conexiones neurofisiológicas deficientes, desbalances neuroquímicos, inmadurez, etc.), respondiendo a la exigencia del caso, permitiendo su abordaje exitoso, una vez definido el problema per se.

En base a lo descrito anteriormente, cabe señalar que el modelo neuropsicológico facilitaría tanto la comprensión como la intervención del problema y/o trastorno de conducta, a partir del estudio detenido de aquellos componentes de las FE afectados en casos donde se sospeche la presencia de disfunción o daño cerebral, mediante el empleo de un enfoque flexible, adaptado a las necesidades del sujeto, empleando para ello herramientas tanto clínicas como psicométricas – además de funcionales-, las cuales favorecerían el abordaje real y exitoso del problema en cuestión.

5. Evaluación clínica y conductual de los TC

Por lo general, se suele emplear el término evaluación clínica para referirse a aquel proceso, en el cual se incluye una serie de técnicas clínicas e instrumentos psicológicos –psicométricos, no psicométricos- para realizar la exploración y/o la recopilación de toda la información suficiente y necesaria, acerca de las características clínicas –particulares, individuales, únicas- de un determinado caso, considerando para ello aspectos relativos al desarrollo y a la normalidad del mismo; mientras que conductual, al procedimiento de evaluación que emplea los principios de análisis conductual –también denominado funcional-, mediante la operacionalización de variables –parámetros relativos a la frecuencia, intensidad, magnitud, tipos de respuesta, etc.-, independientemente de las características del problema y del sujeto que se desee estudiar –no obstante, necesarias para el desarrollo de estudio caso únicos o grupos controlados (Cohen and Swerdlik, 2018; Heiby and Haynes, 2004). Aunque estos procedimientos pueden formar parte –metodológicamente- de un continuo único, comúnmente en la práctica se suelen llevar a cabo de forma independiente, distante y –con frecuencia- contradiciéndose entre sí, como resultado de los diferentes enfoques encontrados en Psicología y otras ciencias de la salud afines.

No obstante, y atendiendo a una integración de criterios para los fines del presente artículo, es importante tener en cuenta que en base a la información inicial, recopilada tras culminar los procesos de observación y entrevista clínica, es menester llevar a cabo la formulación de un plan de evaluación instrumental e integrativo –fusionando para ello tanto procedimientos clínicos como funcionales-, el cual una vez ejecutado permita detectar y/o descartar la presencia de aquellas dificultades del comportamiento, así como de esclarecer y de definir la magnitud de la respuesta disruptiva, con la finalidad de fomentar y/o generar –a corto plazo- planes de intervención clínica y/o educativa –tanto generales como específicos-, cada vez más efectivos, los cuales puedan adaptarse a cualquier contexto, independientemente de las variables intervinientes y/o condiciones de riesgo que existan dentro de este.

A continuación, se mencionará la importancia de las principales escalas y cuestionarios psicométricos, más empleados a este respecto, y del análisis funcional de la conducta (AFC), procedimiento operante que se ha convertido, por excelencia, en el instrumento de uso y manejo en estos casos, demostrando tanto objetividad como eficiencia, bajo la mirada de un clínico experto, aun en realidades donde se carezca de la tecnología psicométrica necesaria y otras herramientas complementarias destinadas para dichos fines.

5.1. Escalas y cuestionarios psicométricos

La evaluación psicométrica se ha convertido en una actividad prioritaria dentro de este ámbito, facilitando así el trabajo de los psicólogos y docentes, permitiéndole tanto a estos como a los familiares un mejor entendimiento acerca de las condiciones actuales del niño y/o adolescente, diagnosticado con algún trastorno de comportamiento, bajo parámetros estandarizados y adaptados a cada contexto en particular.

Se cuentan con un sinnúmero de escalas e instrumentos para la exploración de las diferentes alteraciones del comportamiento, tanto en niños como en adolescentes, los cuales están dirigidos a la detección, a grandes rasgos, de las condiciones clínicas, presentes en un determinado caso. En habla inglesa, se cuenta –por excelencia- con el Behavior Assessment System for Children (BASC), el cual está conformado, básicamente, por extensos cuestionarios, que están dirigidos tanto a familiares como a docentes, y que permiten detectar –tanto de forma global como específica- los TC presentes en el sujeto estudiado, definiendo tanto sus perfiles como su problemática real (Puerta, 2004; Reynolds and Kamphaus, 2015; Song et al., 2017). Asimismo, a partir de su empleo se ha venido desarrollando un enfoque de evaluación integral de los TC, facilitando así la comprensión del problema y de la sintomatología clínica que acompaña a cada uno de estos, apoyándose además en un marco teórico nosológico actualizado, cuya efectividad ha sido comprobada en diferentes

campos aplicados, como la psicología clínica y la neuropsicología, integrando sucesivamente información útil, la cual ha permitido actualizar exitosamente sus ediciones recientes (Papazoglou, Jacobson, and Zabel, 2013; Reynolds and Kamphaus, 2010; Sullivan and Riccio, 2006).

En habla hispana, se han realizado adaptaciones de esta escala, demostrando su efectividad en diferentes realidades, principalmente en los casos donde se sospecha la presencia y/o persistencia de alguna alteración de la conducta, cualquiera que fuese su naturaleza (Pineda et al., 1999). Asimismo, se han adaptado y/o elaborado otras escalas para la detección de los trastornos de comportamiento – especialmente, en sujetos que presentan una sintomatología similar al TDAH-, de gran utilidad, aunque relativos, al momento de llevar a cabo el procedimiento de diagnóstico y precisión de la patología per se (Blázquez-Almería et al., 2005; Montero y Fernández-Pinto, 2013). Es así que se cuenta con instrumentos, tales como las escalas Conners, el sistema de evaluación de la conducta adaptativa (ABAS-II), el cuestionario para la detección de trastornos de comportamiento en niños y adolescentes (ESPERI), la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (EDAH) y, más recientemente, el sistema de evaluación de niños y adolescentes (SENA), las cuales son empleadas con elevada frecuencia en la clínica diaria, como parte del protocolo de examinación; no obstante, es recomendable considerar aquellos aspectos técnicos, propios de cada contexto donde estas serán administrados (V.g.: Análisis de las características del medio, contraste de resultados con instrumentos similares, etc.), al igual que el modelo experimental que servirá de guía para dichos fines (Conners, 2008; 2015; Farré y Narbona, 1989; 2013; Fernández-Pinto, Santamaría, Sánchez-Sánchez, Carrasco, y del Barrio, 2015; Martínez, Parellada, y San Sebastián, 2009; Oakland & Harrison, 2003; Belmar, Holgado, Navas, y Vicente, 2015). Las escalas están dirigidas a padres y maestros, responsables de informar sobre aquellos aspectos de principal interés para el examinador, así como de algunos autorreportes cuidadosamente organizados y estructurados con reactivos específicos para niños mayores –de 8 a 10 años de edad- y adolescentes (Tabla 2).

También, se cuenta con un grupo de breves listas de chequeo (Achenbach and Ruffle, 2000; Braet et al., 2011; Garrison and Earls, 1985; Jellinek et al., 1999; Murphy et al., 2016; Pagano, Cassidy, Little, Murphy, and Jellinek, 2000; Sheldrick et al., 2012; Tyrer et al., 2016), al igual que con otras herramientas de exploración que resultan de adaptaciones cualitativas, mediante la utilización de un conjunto de criterios estandarizados, establecidos por los principales manuales nosológicos, aunque a menudo cuestionados por su carente solidez metodológica.

No obstante, es importante resaltar que para lograr el éxito de este procedimiento – una vez administrados los instrumentos-, tendrá que complementarse con el desarrollo de otros estudios adicionales –principalmente, funcionales-, los cuales faciliten la comprensión –de manera real- del problema estudiado; contrastando, para ello, toda la información recopilada del caso, desde un principio –datos relevantes de la observación, la entrevista clínica, el examen mental y de los resultados parciales de la evaluación psicométrica. Por ende, es necesario informar –al lector-, que el empleo de estos instrumentos solo forma parte de un protocolo de administración inicial, el cual tendrá que ser continuado con un estudio metódico de las diferentes variables participantes, y presentes en el contexto, por intermedio de un cuidadoso procedimiento de análisis funcional –o conductual-, aspectos que se detallarán a continuación, en el siguiente apartado.

5.2. Análisis funcional de la conducta (AFC)

Tal como se ha venido mencionando a lo largo del presente texto, es importante señalar el papel que juega el procedimiento de análisis funcional de la conducta (AFC) tanto dentro de los ámbitos clínicos como educativos. Es más, viene a ser la tecnología psicológica que por excelencia brindaría un mejor –y fiable- indicador, de la presencia de uno o más síntomas relacionados con algún trastorno de conducta, mediante el desarrollo de un minucioso análisis funcional (conductual) (Labrador, 2008).

La evaluación conductual puede ajustarse a las exigencias de cada sujeto de estudio, en base a la identificación de una serie de parámetros e indicadores –los cuales dependen, a su vez, de las directrices del modelo conductual que el experto desee utilizar para dichos fines-, recomendándose su administración de forma paralela a la evaluación clínica. En el caso de que se administre de forma complementaria, el especialista tendrá que centrar y/o restringir su análisis a nivel de las áreas anómalas (V.g.: Puntajes altos, en relación a los indicadores clínicos del BASC-3; bajos, en relación de factor hiperactividad al área I del EDAH), realizando para ello un estudio operacional de una o más conductas problemáticas que presente el sujeto –en déficit, en exceso, en defecto-, a partir de su interacción real, dentro de su entorno. La operacionalización de una conducta puede realizarse en función del estudio de uno o más tipos de respuesta, manifiestas en determinados contextos y momentos; o como consecuencia de la realización de un análisis funcional complejo, a través de las diferentes relaciones existentes entre las variables participantes, las cuales resultan ser la causa –directa y/o indirecta- del problema estudiado.

En relación al enfoque conductual a emplear, los procedimientos clásicos del AFC se mantienen bajo sólidos lineamientos y/o principios metodológicos fundamentales, establecidos –principalmente- por los primeros modelos operantes – condiciones antecedentes, respuestas operantes, estímulos consecuentes-, además de la definición de las características del estímulo y/o la respuesta estudiada –manifiesta, encubierta-, apoyándose asimismo en el uso de algunos parámetros –tipo, fuerza, magnitud (Labrador, López y Cruzado, 2004). No obstante, como resultado de la evolución de la tecnología conductual –y, por consiguiente, de la terapia psicológica de este corte-, han surgido otros procedimientos, aunque ideográficos, de análisis funcional, denominados Functional Analytical Clinical Case Diagram (FACCD), los cuales han respondido exitosamente al estudio y análisis de la compleja dinámica que caracteriza a los TC y otras entidades clínicas relacionadas (Haynes, Godoy, y Gavino, 2011; Heiby and Haynes, 2004).

De forma complementaria, pueden aplicarse algunos cribados o checklist conductuales (Vg.: Problem Behaviour Checklist [PBCL], Child Behavior Checklist [CBCL 1½-5, CBCL 4-18], Child Behavior Checklist-Dysregulation Profile [CBCL-DP], Pediatric Symptom Checklist [PSC], Disturbing Behavior Checklist [DBC I/II]), como parte del proceso de examinación inicial y/o confirmatoria –debido a su especificidad, brevedad y facilidad para la exploración y/o cuantificación de los síntomas relativos al perfil del sujeto-, sin dejar de lado los objetivos iniciales de la evaluación conductual (Achenbach and Ruffle, 2000; De Caluwé, Decuyper, and de Clercq, 2013; Ebesutani et al., 2010; Jellinek et al., 1999; Johnson & Fullwood, 2006; Mazefsky, Anderson, Conner, and Minshew, 2011; Tyrer et al., 2016).

Tabla 2.

Algunos de los principales instrumentos de evaluación de los trastornos de conducta en niños y adolescentes.

Instrumentos	Autor	Áreas y/o aspectos que evalúa	Edad	Eficiencia^d
Behavior Assessment System for Children (BASC™-3) ^a	Reynolds y Kamphaus (2015)	Conducta social y adaptativa (V.g.: Actividades de la vida diaria, habilidades sociales, liderazgo, comunicación funcional) funcionamiento ejecutivo (V.g.: Control atencional y conductual, solución de problemas) y presencia de indicadores clínicos (V.g.: Agresión, ansiedad, problemas de atención, problemas de conducta).	2-21 años	Índices de alfa de Cronbach > .80
Conners 3 ^{®b}	Conners (2015)	Hiperactividad, déficit de atención y trastorno de conducta.	6-18 años	Rango de alfa de Cronbach: <.77 - .97>
Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA)	Fernández-Pinto, Santamaría, Sánchez-Sánchez, Carrasco, y del Barrio (2015)	Problemas emocionales y de conducta (V.g.: Depresión, ansiedad, hiperactividad e impulsividad, conducta desafiante), problemas contextuales (V.g.: Problemas con la familia, con la escuela), vulnerabilidad (V.g.: Problemas de regulación emocional, aislamiento) y recursos psicológicos (V.g.: autoestima, competencia social).	3-18 años	Índices de alfa de Cronbach > .70
Evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (EDAH)	Farré y Narbona (2013)	Hiperactividad, déficit de atención, hiperactividad con déficit de atención y trastorno de conducta.	6-12 años	Índices de alfa de Cronbach > .90
Cuestionario para la detección de trastornos de comportamiento en niños y adolescentes (ESPERI)	Martínez, Parellada, y San Sebastián (2009)	Atención-impulsividad, oposicionista, hiperactividad, psicopatía, predisocial y disocial	8-17 años	Índices de alfa de Cronbach > .95
Adaptive Behavior Assessment System-II (ABAS-II) ^c	Oakland y Harrison (2003)	Dominios adaptativos: Conceptual (V.g.: Comunicación, autodirección, habilidades académicas funcionales), social (V.g.: Ocio) y práctico (V.g.: Utilización de los recursos comunitarios, vida en el hogar y en la escuela, autocuidado, salud y seguridad,	0-89 años	Índices de alfa de Cronbach > .85

empleo).

^aTambién se cuenta con una versión adaptada de este instrumento en habla hispana, aunque –por el momento- con una difusión limitada.

^bSe cuenta ya con la última versión de las mismas; sin embargo, las versiones anteriores aún continúan siendo empleadas por los especialistas.

^cEn España, se cuenta ya con la versión adaptada de la misma (por Montero y Fernández-Pinto, 2013).

^dLa confiabilidad es alta en cada uno de los instrumentos mencionados; no obstante, esta varía según la escala, factor, área y/o componente que los conforman.

Tabla 3. Diagnóstico diferencial de los diferentes trastornos de conducta

Criterios diagnóstico¹	Trastorno de conducta	TDAH	Trastorno antisocial²	Trastorno oposicionista desafiante	Trastorno explosivo intermitente	Piromanía	Cleptomanía	Otros trastornos de conducta
Origen	Contextual	Neurodesarrollo	Contextual	Contextual	¿Neurodesarrollo? /Contextual ³	Contextual	Contextual	Contextual
Aparición	Infancia/Niñez	Infancia	Infancia/Niñez	Niñez	Niñez	Niñez ⁴	Niñez	Niñez
Funcionamiento cognitivo ⁵	Preservado	Sistemas atencionales y ejecutivos defectuosos	Preservado	Preservado	Sistemas ejecutivos (autorregulación) defectuosos	Sistemas ejecutivos (autorregulación) defectuosos	Sistemas ejecutivos (autorregulación) defectuosos	Relativamente preservado
Conducta afectiva	Inestable/Limitada ⁶	Inestable/Impulsiva	Inestable	Inestable/Irritable	Inestable/Impulsiva	Inestable/Impulsiva	Inestable/Impulsiva	Inestable
Conducta cognitiva ⁷	Deficiencia ejecutiva ⁸	Desorganizada	Manipuladora intencionada	Manipuladora	Deficiencia ejecutiva	Deficiencia ejecutiva	Deficiencia ejecutiva	Manipuladora
Conducta motora	Desregulada	Hiperactiva	Regulada	Regulada	Desregulada	Desregulada	Desregulada	Depende del perfil
Conducta social	Disfuncional	Disruptiva	Intencionada (hacia el beneficio propio)	Conflictiva	Disfuncional	Disfuncional	Disfuncional	Depende del perfil
Evolución psicopatológica	Trastorno antisocial de la personalidad	Mantenimiento del perfil	Trastorno antisocial de la personalidad	Trastornos adictivos, del control de impulsos y otros afines ⁹	Trastornos disruptivos, del control de impulsos y otros afines	Mantenimiento del perfil ¹⁰	Mantenimiento del perfil ¹¹	Incierto. Depende del perfil

¹Para ello, se han realizado algunas adaptaciones en base a la propuesta conductual.

²No confundir con el trastorno de personalidad antisocial.

³Aún resulta cuestionable, puesto que dependerá de las disfunciones encontradas durante el desarrollo temprano del temperamento.

⁴ Con mayor frecuencia, en la adolescencia.

⁵Relativo a los sistemas de procesamiento de información (atención, memoria, lenguaje, funciones ejecutivas, inteligencia).

⁶Principalmente, con emociones pro-sociales limitadas (Vg.: Insensibilidad, ausencia de culpabilidad, falta de empatía, despreocupación, etc.).

⁷Relativo a los procesos cognitivos operacionalizados.

⁸Disfunciones ejecutivas (Vg.: Alteraciones de la planificación, de la organización de la conducta, de la autorregulación, etc.).

⁹En intensidad. Asimismo, su evolución puede dar paso a otros trastornos del control de impulsos, consumo de sustancias, trastorno obsesivo compulsivo, etc.

^{10,11}Tanto en la piromanía como en la cleptomanía, se desconoce la evolución de la sintomatología a lo largo del tiempo.

Es por ello, que el principal propósito del AFC consiste en desarrollar unidades de análisis mensurables y replicables, que permitan a más de un especialista, responsable del estudio de uno o más casos –diagnosticados con algún TC y/o alguna sintomatología relacionada-, comprender la problemática de forma real, ajena a cualquier interpretación subjetiva –inadecuada, insuficiente-, facilitando su entendimiento de forma global, por medio de la generación de un conjunto de directrices –sin limitarse simplemente a la mera descripción del problema-, que favorecerá, sin lugar a dudas, el proceso de intervención futura –ya sea antes, durante o al final de la misma-, generando evidencia, tanto útil como suficiente, para el desarrollo de nuevos diseños de investigación, bajo este enfoque en particular.

Tal es así, que la evaluación conductual debe ser considerada como parte de un programa integrado de exploración psicológica –bajo una mirada estratégica, y no necesariamente accesoria, ni mucho menos secundaria, a pesar de la existencia de limitaciones instrumentales-, el cual tiene que administrarse paralelamente al procedimiento clínico, o –en su defecto- de forma inmediata a este, adaptando para ello sus objetivos, a uno o más individuos que se encuentren, incluso, dentro de realidades donde no se cuente con el alcance e impacto metodológico de instrumentos psicométricos idóneos, destinados para dichos fines (existencia de déficit instrumental).

6. Diagnóstico diferencial

La necesidad de formular un diagnóstico diferencial permitirá, a los especialistas, disponer de una herramienta capaz de definir las principales metas y las líneas de intervención futuras, facilitando así la toma de decisiones, para la selección y el empleo de estrategias de intervención más idóneas, dependiendo de las características y/o demandas del caso.

Es una instancia de importancia capital dentro del proceso clínico, y que principalmente involucra la participación activa de aquellos profesionales pertenecientes a las áreas de investigación, puesto que de ello dependerá el perfeccionamiento del marco-teórico referencial, la elaboración de nuevos instrumentos psicométricos y la creación –así como la estandarización- de modernos programas de rehabilitación que se deseen adaptar a uno o más casos –especialmente, en aquellos diagnosticados con esta patología (First, Reed, Hyman, and Saxena, 2015). Asimismo, y atendiendo principalmente a esta problemática, se debe descartar la presencia de otros trastornos primarios como consecuencia del daño y/o disfunción neurológica (trastornos del neurodesarrollo) (como sucede en el TDAH, donde los TC se manifiestan de forma secundaria, en torno al grado de hiperactividad e intensidad de la conducta impulsiva).

En esencia, un TC tiene que cumplir con los siguientes requisitos clínicos (diferenciales): Patrones repetitivos –y disruptivos- de trasgresión de normas (Vg.: Abusos, conducta agresiva, engaño, etc.), donde no se respeten los derechos básicos de los demás, acompañados de emociones prosociales limitadas (Vg.: Insensibilidad, ausencia de culpabilidad, carencia de empatía, etc.), afectando significativamente las áreas de funcionamiento social, académico y laboral del sujeto; por ende, se descarta la presencia secundaria de los mismos como resultado de algún trastorno neurológico –evolutivo, adquirido- y/o psiquiátrico relacionado (APA, 2013).

Con frecuencia, a partir del análisis de la información, obtenida tras la administración de los checklist, cuestionarios y escalas psicométricas –y, en ciertos casos, de algunos instrumentos semiestructurados-, se suele formular un diagnóstico clínico general –siendo a su vez confirmatorio, aunque no necesariamente presuntivo ni inespecífico-, sostenido básicamente en criterios nosológicos preestablecidos que, generalmente, sirven –al experto- como referencia y conocimiento de los aspectos clínicos del caso, mas no para abordar directamente la problemática per se, mediante los procedimientos de intervención –sean estos conductuales, o de cualquier otra índole.

Es por ello, que es recomendable llevar a cabo un diagnóstico complementario, de tipo funcional, el cual permita esclarecer el panorama actual acerca de las condiciones reales de las conductas problema (operacionalización), la frecuencia y las relaciones funcionales existentes entre las mismas, y de las principales variables participantes –dependientes a controlar, e intervinientes a considerar-, con la finalidad de ajustar el programa de intervención –individual o grupal-, en base a los parámetros señalados –prescindiendo además, del empleo de etiquetas clínicas innecesarias.

Una vez que se hayan realizado los procedimientos conductuales correspondientes, es importante –en primera instancia-, definir y esclarecer las principales características de todas aquellas respuestas en defecto, en déficit y en exceso, con la finalidad de establecer las condiciones mensurables del perfil clínico que se desee estudiar (línea de base), complementándolo con un análisis complejo –de ser pertinente-, mediante el uso de un FACCD.

Tras culminar con los respectivos análisis, así como de establecer el perfil clínico confirmatorio o –en caso contrario- de la identificación de la sintomatología más próxima al trastorno en cuestión –puesto que no se descarta la presencia de una comorbilidad mixta, al menos en un momento determinado del ciclo vital del examinado-, será necesario programar toda la

secuencia de abordaje operante, lo que permitirá tener un mejor control sobre la situación, por intermedio del estableciendo de una línea de base real, la cual facilitará el proceso de intervención, la predicción y la evolución de las conductas problemáticas a lo largo del tiempo.

No obstante, es importante señalar que, en caso de ser necesario, cuando se cuente con información insuficiente y/o mixta acerca de las condiciones clínicas de un caso, es recomendable emplear el término “con sintomatología similar a...” o “con signos de...”, descartándose la ambigüedad y/o el desgaste en el uso de etiquetas clínicas, práctica que usualmente acompaña a los profesionales en el quehacer diario, el cual está estrechamente relacionado con aspectos tanto tecnológicos como contextuales.

Para finalizar este apartado, la información recopilada tiene que ser contrastada cuidadosamente con una matriz diferencial, tomando como referencia aquellos aspectos nosológicos, aunque delimitados con criterios meticulosos –y a su vez, conductuales-, con la finalidad de descartar la presencia de una o más disfunciones en un momento determinado (Tabla 3).

7. Conclusiones

Los TC –o del comportamiento- se han constituido, hoy en día, en una de las problemáticas, y motivo de consulta más frecuente –con una prevalencia entre el 2 y 10%, a nivel mundial, en la población infantil-, tanto dentro de los ámbitos clínicos como educativos, por lo que su detección y diagnóstico se ha constituido en una de las principales tareas a llevar a cabo, además de una necesidad a cubrir, por los diferentes especialistas involucrados dentro de estos espacios aplicados de la Psicología y otras disciplinas afines.

Se definen como TC a todas aquellas entidades clínicas que se caracterizan por presentar patrones repetitivos –y disruptivos- de trasgresión de normas (Vg.: Abusos, conducta agresiva, etc.), donde no se respeten los derechos básicos de los demás, acompañados, adicionalmente, de emociones pro-sociales limitadas (Vg.: Insensibilidad, ausencia de empatía, etc.), afectando significativamente las esferas social, académico y laboral del sujeto. Desde una perspectiva funcional, usualmente estos casos presentan dificultades persistentes a nivel de las diferentes clases de respuesta –cognitivo, emocional, social, académica-, influyendo –en cierta medida- sobre la estabilidad del contexto donde estas se ven realizadas. A su vez, son considerados, clasificados e incluidos actualmente dentro de una categoría nosológica compleja –como trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta, según la reciente versión del DSM-, cuya etiología guarda una estrecha relación con las condiciones disfuncionales –desfavorables- del ambiente en el cual se desarrolla el niño y/o adolescente. De inicio temprano, son persistentes a lo largo del ciclo vital, puesto que responden a un repertorio básico conductual, definido a partir de múltiples relaciones disfuncionales. Asimismo, pueden estar presentes, aunque de forma secundaria, en otros trastornos –neurológicos y/o psiquiátricos- con una etiología distinta (Vg.: Discapacidad intelectual, TEA, trastorno específico del lenguaje [TEL], daño cerebral sobrevenido, etc.).

Por lo general, se suelen agrupar en dos grandes categorías: Aquellos de etiología neurológica, donde se incluye –principalmente- al TDAH y a sus diferentes subtipos clínicos; y otra, de etiología psiquiátrica, donde se incluyen a diferentes perfiles psicopatológicos, tales como el trastorno antisocial (disocial), el trastorno negativista (oposicionista) desafiante, el trastorno explosivo intermitente, la piromanía, la cleptomanía y otros trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta, especificados y/o no especificados. Pero, esta es sola una clasificación arbitraria, la cual es el resultado de una revisión cuidadosa de antecedentes a la fecha, tomando en cuenta, también, la progresiva evolución del modelo nosológico tradicional –establecido tanto por la OMS como por la APA-, durante los inicios del presente siglo (APA, 2000; 2013; OMS, 2000).

Como consecuencia de las investigaciones realizadas hasta el momento –y en base a la formulación de una posible clasificación-, se han venido desarrollando diferentes modelos explicativos, enfocados en el estudio de esta patología. Un primer grupo de estos, denominados nosológicos –o clásicos-, ampliamente difundidos y empleados por diversos especialistas de la salud mental, están centrados principalmente en definir, de forma normativa, la sintomatología de un determinado perfil clínico, compartido por uno o más casos. A pesar de lo práctico que resulta su utilidad inmediata –especialmente, al momento de llevar a cabo los diagnósticos, tanto presuntivo como diferencial, y de definir la comorbilidad específica y propia de los TC, en relación a otros trastornos afines-, su empleo resulta excesivamente generalizado, por lo que es menester realizar un conjunto de estudios adicionales, que brinden información fehaciente, al momento de integrarla bajo la forma de un diagnóstico confirmatorio. Por otro lado, un segundo tipo de modelos, denominados funcionales y/o conductuales, se encargaría de abordar la problemática de los TC, a través de la utilización del AFC –cualquiera que fuese la

tendencia conductual del especialista-, enfocando fundamentalmente su unidad de análisis en el estudio operacional de las conductas problema del sujeto, definiendo para ello los tipos de respuesta, los parámetros conductuales y las características de las diferentes variables participantes, mediante el uso de diagramas funcionales (AFC clásico, FACCD), siendo a su vez un complemento necesario para los modelos nosológicos. Por último, un tercer grupo de modelos, conocidos como neuropsicológicos, que, a diferencia de los anteriores, centran su atención, específicamente, en estudiar aquellos TC secundarios, los cuales son el resultado de las alteraciones neuropsicológicas, a nivel de las FE –responsables del control y de la autorregulación del comportamiento-, cuya disrupción –tanto específica como generalizada- desencadenaría deficiencias significativas, afectando la capacidad del sujeto para regular su comportamiento social de forma exitosa, independientemente del contexto donde se encuentren.

Asimismo, y como producto del progreso tecnológico realizado a este respecto, se dispone de una amplia gama de técnicas e instrumentos, las cuales pueden adaptarse, sin problema alguno, a las diferentes necesidades y/o demandas que soliciten ser atendidas en un determinado caso –considerando, además, la normativa del contexto, donde se requiera llevar a cabo la evaluación. En la actualidad, escalas como Conners o BASC han venido posicionándose como herramientas cardinales, dentro de las distintas etapas del proceso de evaluación, adaptándose exitosamente en diferentes realidades, presentando –para ello- una alta fiabilidad, constituyéndose en guías de evaluación –para diferentes especialistas-, fortaleciendo así la exploración clínica, generando a su vez evidencia suficiente para estimular el desarrollo de nuevos diseños de investigación aplicada –tanto instrumentales como experimentales.

Sin embargo, para llevar a cabo este procedimiento –la evaluación-, de forma eficiente y minimizando el impacto de cualquier factor contraproducente –en esta población, en particular- que pueda influenciar significativamente al mismo, es menester formular –desde un inicio- un cuidadoso plan instrumental, en el cual se seleccionen cribados, pruebas, escalas y/o cuestionarios específicos, tanto psicométricos como semiestructurados, destinados a identificar las principales deficiencias, existentes a nivel de las diferentes clases de respuesta, dando paso así a la integración de distintos enfoques, bajo ciertos lineamientos –bien estructurados y delimitados-, los cuales faciliten la comprensión del especialista en torno a esta problemática en particular. No obstante, es importante resaltar que para lograr una administración exitosa, esta dependerá –esencialmente- de que los materiales hayan sido previamente adaptados y adecuados a las realidades donde serán empleados, y no por ser utilizados bajo suposiciones erróneas, siendo esta una falencia metodológica encontrada, con elevada frecuencia, al menos, en la práctica de gran parte de los profesionales pertenecientes a los territorios de habla hispana (Elosua, Mujika, Almeida, y Hermosilla, 2014; Muñiz, Hernández, y Ponsoda, 2015; Ramada-Rodilla, Serra-Pujadas, y Delclós-Clanchet, 2013).

Una vez cubierta esta instancia, y tal como se ha venido sugiriendo a lo largo del presente texto, es importante complementar la exploración del caso, con el desarrollo de un AFC, el cual –según la complejidad del mismo, y de las variables presentes- permitirá dar paso al empleo de un FACCD, con la finalidad de arribar al diagnóstico confirmatorio –o final- del caso, al igual que fortalecer los objetivos iniciales de la futura intervención a realizar, por medio del conocimiento de los antecedentes y de las condiciones reales de este, y de la operacionalización de las conductas problema, a partir de parámetros bien definidos, encontradas en el mismo. Respecto a esto último, cabe resaltar, nuevamente, la relevancia que tiene la evaluación funcional –o conductual-, en gran medida, siendo altamente necesaria para la práctica basada en evidencias, puesto que el procedimiento instrumental constituye solo un porcentaje del proceso global del estudio de casos; una instancia inicial, la cual tendrá que ser complementada con aquella –al igual que con otros estudios que sean requeridos-, independientemente del diseño que el especialista desee emplear.

A pesar de su complejidad, es posible llevar a cabo una evaluación integrada sin contratiempo alguno. De la misma manera, es imprescindible no realizar estudios funcionales que faciliten el trabajo de los especialistas, a partir de la exploración objetiva e idónea del problema en cuestión, permitiéndoles así establecer una serie de directrices, a tomar en cuenta desde un primer momento, sobre aquellos comportamientos disruptivos, en función tanto de su antigüedad como del grado y/o tipo de disfuncionalidad –de las condiciones clínicas, propias del sujeto examinado-, sumadas a las particularidades que caracterizan a los TC.

Finalmente, el diagnóstico diferencial en estos casos dependerá de la experticia clínica del especialista, sobre la base de la integración coherente de todas evidencias encontradas, tras la realización de un examen detenido, del estudio minucioso de los diferentes antecedentes, del análisis de las relaciones funcionales –y/o disfuncionales- existentes entre las variables participantes, y de la recogida final de datos, como resultado de la administración adecuada de los instrumentos disponibles

y/o seleccionados para este propósito. De esto último, dependerá la selección futura de la tecnología conductual a aplicar durante la etapa del tratamiento, además de garantizar el éxito de esta, dado el cuidadoso análisis a realizarse.

REFERENCIAS

- Achenbach, T., and Ruffle, T. (2000). The Child Behavior Checklist and related forms for assessing behavioral/emotional problems and competencies. *Pediatrics in Review*, 21(1), 265-271.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Artigas-Pallarés, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología Española*, 36 (S1), 68-78.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2002). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Avasthi, A., Sarkar, S., and Grover, S. (2014). Approaches to psychiatric nosology: A viewpoint. *Indian Journal of Psychiatry*, 56(3), 301-304.
- Barkley, R. (1990). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65-94.
- Barkley, R. (2001). The executive functions and self-regulation: An evolutionary neuropsychological perspective. *Neuropsychology Review*, 11(1), 1-29.
- Belmar, M., Holgado, F., Navas, L., y Vicente, B. (2015). Confiabilidad y validez de la Escala de Déficit Atencional (EDAH) adaptada en estudiantes chilenos. *Salud Mental*, 38(4), 245-252.
- Blázquez-Almería, G., Joseph-Munné, D., Burón-Masó, E., Carrillo-González, C., Joseph-Munné, M., Cuyàs-Reguera, M., y Freile-Sánchez, R. (2005). Resultados del cribado de la sintomatología del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad en el ámbito escolar mediante la escala EDAH. *Revista de Neurología Española*, 41(10), 586-590.
- Borges, M., Coutinho, G., Miele, F., Malloy-Diniz, L., Martins, R., Rabelo, B., and Mattos, P. (2010). Developmental and acquired dysexecutive syndromes in clinical practice: Three case-reports. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(6), 285-290.
- Braet, C., Callens, J., Schittekatte, M., Soye, V., Druart, C., & Roeyers, H. (2011). Assessing emotional and behavioural problems with the child behaviour checklist: Exploring the relevance of adjusting the norms for the Flemish community. *Psychologica Belgica*, 51(3/4), 213-235.
- Brodsky, K., Willcutt, E., Davalos, D., and Ross, R. (2014). Neuropsychological functioning in childhood-onset psychosis and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(7), 811-818.
- Cohen, R., and Swerdlik, M. (2018). *Psychological testing and assessment: An introduction to tests and measurement*. New York: McGraw-Hill Education.
- Conners, C. (2008). *Conners Comprehensive Behaviour Rating Scale Manual*. Toronto: Multi Health Systems Inc.
- Conners, C. (2015). *Conners 3*. Toronto: MHS Assessments.
- Cullinan, D., Epstein, M., and Lloyd, J. (1991). Evaluation of conceptual models of behavior disorders. *Behavioral Disorders*, 16(2), 148-157.
- Dajani, D., Llabre, M., Nebel, M., Mostofsky, S., & Uddin, L. (2016). Heterogeneity of executive functions among comorbid neurodevelopmental disorders. *Scientific Reports*, 6, 1-10.
- De Caluwé, E., Decuyper, M., and de Clercq, B. (2013). The child behavior checklist dysregulation profile predicts adolescent DSM-5 pathological personality traits 4 years later. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22, 401-411.
- De Mello, C., Russowsky, L., Pilla, A., Aguiar, J., Barbosa, T., Girão, E., Cruz, C., Miranda, M., Muzskat, M., and Amodeo, O. (2012). A model for pediatric and neuropsychological screening assessment of children with learning disabilities. *Dementia e Neuropsychologia*, 6(1), 18-28.
- Ebesutani, C., Bernstein, A., Nakamura, B., Chorpita, B., Higa-McMillan, C., Weisz, J., & The Research Network on Youth Mental Health (2010). Concurrent validity of the Child Behavior Checklist DSM-oriented scales: Correspondence with DSM diagnoses and comparison to syndrome scales. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 373-384.
- Elliott, R. (2003). Executive functions their disorders. *British Medical Bulletin*, 65(1), 49-59.
- Elosua, P., Mujika, L., Almeida, J., y Hermosilla, D. (2014). Procedimientos analítico-racionales en la adaptación de tests. Adaptación al español de la batería de pruebas de razonamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(2), 117-126.
- Farré, A., y Narbona, J. (1989). Índice de hiperquinesia y rendimiento escolar: Validación del cuestionario de Conners en nuestro medio. *Acta Pediátrica Española*, 47, 103-109.
- Farré, A., y Narbona, J. (2013). EDAH. Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Madrid: TEA Ediciones.
- Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Sánchez-Sánchez, F., Carrasco, M., y del Barrio, V. (2015). SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes. Manual de aplicación, corrección e interpretación. Madrid: TEA Ediciones.
- Ferrando-Lucas, M. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: Factores etiológicos y endofenotipos. *Revista de Neurología Española*, 42(S2), 9-11.
- First, M., Reed, G., Hyman, S., and Saxena, S. (2015). The development of the ICD-11 clinical descriptions and diagnostic guidelines of mental and behavioural disorders. *World Psychiatric*, 14(1), 82-90.
- Garrison, W., and Earls, F. (1985). The Child Behavior Checklist as a screening instrument for young children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24(1), 76-80.
- Ghosh, A., Ray, A., and Basu, A. (2017). Oppositional defiant disorder: Current insight. *Psychology Research and Behavior Management*, 10, 353-367.
- Graves, D., Caldwell, C. Faison, N., Sweetman, J., Abelson, J., and Jackson, J. (2016). Prevalence of DSM-IV intermittent explosive disorder in black adolescents: Findings from the national survey of american life, adolescent supplement. *American Journal of Orthopsychiatry*, 86(5), 552-563.
- Grillo, E., and da Silva, R. (2004). Early manifestations of behavioral disorders in children and adolescents. *Jornal de Pediatria*, 80(S2), 21-27.

- Gupta, A., Mongia, M., and Garg, A. (2017). A descriptive study of behavioral problems in schoolgoing children. *Indian Journal of Psychiatry*, 26(1), 91–94.
- Haynes, S., Godoy, A., y Gavino, A. (2011). *Cómo elegir el mejor tratamiento psicológico. Formulación de casos clínicos en terapia del comportamiento*. Madrid: Pirámide.
- Heiby, E., and Haynes, S. (2004). Introduction to Behavioral Assessment. In S. Haynes, E. Heiby and M. Hersen (Eds.), *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment, Volume 3: Behavioral assessment* (pp. 3-18). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Hofmann, S. (2014). Toward a cognitive-behavioral classification system for mental disorders. *Behavior Therapy*, 45(4), 576-587.
- Hughes, A., Wilson, F., Trew, K., and Emslie, H. (2013). Detecting executive deficits in children with ADHD or acquired brain injury using the Behavioural Assessment of Dysexecutive Syndrome (BADS). *The Irish Journal of Psychology*, 34(1), 1-11.
- Jellinek, M., Murphy, J., Little, M., Pagano, M., Comer, D., and Kelleher, K. (1999). Use of the Pediatric Symptom Checklist to screen for psychosocial problems in pediatric primary care: A national feasibility study. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 153(3), 254-260.
- Johnson, H., & Fullwood, H. (2006). Disturbing behaviors in the secondary classroom: How do general educators perceive problem behaviors? *Journal of Instructional Psychology*, 33, 20-39.
- Jung, M., Park, I., Ho, M., Chung, K., Cho, S., Kwon, H-J., Gyu, S., Yoo, S-J., and Ha, M. (2017). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and its comorbidity among Korean children in a community population. *Journal of Korean Medical Science*, 32, 401-406.
- Labrador, F. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Labrador, F., López, M., y Cruzado, A. (2004). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- López-Villalobos, J., Andrés-De Llano, J., López-Sánchez, V., Rodríguez-Molinero, L., Garrido-Redondo, M., Martínez-Rivera, M., and Sacristán-Martín, A. (2015). Prevalence of oppositional defiant disorder in a sample of Spanish children between six and sixteen years: Teacher's report. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43(4), 213-220.
- López-Villalobos, J., Andrés-De Llano, J., Rodríguez-Molinero, L., Garrido-Redondo, M., Sacristán-Martín, A., Martínez-Rivera, M., Alberola-López, S., and Sánchez-Azón, M. (2014). Prevalence of oppositional defiant disorder in Spain. *Revista de Psiquiatría de Salud Mental*, 7(2), 80-87.
- Luo, Y., Weibman, D., Halperin, J., and Li, X. (2019). A review of heterogeneity in attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Frontiers in Human Neuroscience*, 13(42), 1-12.
- Maheswari, K., and Samundeeswari, A. (2018). Prevalence of preschooler behavioural problems. *Asian Pacific Journal of Health Science*, 5(4), 129-135.
- Martel, M., Nikolas, M., and Nigg, J. (2007). Executive function in adolescents with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1437-1444.
- Martínez, R., Parellada, M., y San Sebastián, J. (2009). *Cuestionario para la detección de trastornos de comportamiento en niños y adolescentes (ESPERI)*. Madrid: Instituto de Orientación Psicológica EOS.
- Mazefsky, C., Anderson, R., Conner, C., and Minshew, N. (2011). Child Behavior Checklist scores for school-aged children with autism: Preliminary evidence of patterns suggesting the need for referral. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(1), 31-37.
- Montero, D., y Fernández-Pinto, I. (2013). *ABAS-II. Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa*. Madrid: TEA Ediciones.
- Muñiz, J., Hernández, A., y Ponsoda, V. (2015). Nuevas directrices sobre el uso de los tests: Investigación, control de calidad y seguridad. *Papeles del Psicólogo*, 36(3), 161-173.
- Murphy, J., Bergmann, P., Chiang, C., Sturner, R., Howard, B., Abel, M., and Jellinek, M. (2016). The PSC-17: Subscale scores, reliability, and factor structure in a new national sample. *Pediatrics*, 138(3), 1-8.
- Oakland, P., & Harrison, T. (2003). *Adaptive behavior assessment system*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Ogundele, M. (2018). Behavioural and emotional disorders in childhood: A brief overview for paediatricians. *World Journal of Clinical Pediatrics*, 7(1), 9-26.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-1. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Pagano, M., Cassidy, L., Little, M., Murphy, J., and Jellinek, M. (2000). Identifying psychosocial dysfunction in school-age children: The Pediatric Symptom Checklist as a self-report measure. *Psychology in the Schools*, 37(2), 91-106.
- Papazoglou, A., Jacobson, L., and Zabel, T. (2013). Sensitivity of the BASC-2 adaptive skills composite in detecting adaptive impairment in a clinically referred sample of children and adolescents. *The Clinical Neuropsychology*, 27(3), 1-10.
- Pineda, D., Kamphaus, R., Mora, O., Restrepo, M., Puerta, I., Palacio, L., Jiménez, I., Mejía, S., García, M., Arango, J., Jiménez, M., Lopera, F., Adams, M., Arcos, M., Velásquez, J., López, L., Bartolino, N., Giraldo, M., García, A., Valencia, C., Vallejo, L., y Holguín, J. (1999). *Sistema de evaluación multidimensional de la conducta. Escala para padres de niños de 6 a 11 años, versión colombiana*. *Revista de Neurología Española*, 28(7), 672-681.
- Polanczyk, G., Salum, G., Sugaya, L., Caye, A., and Rohde, L. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56, 345–365.
- Puerta, I. (2004). Instrumentos para evaluar las alteraciones de la conducta. *Revista de Neurología Española*, 38(3), 271-277.
- Ramada-Rodilla, J., Serra-Pujadas, C., y Delclós-Clanchet, G. (2013). Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: Revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Pública de México*, 55(1), 57-66.
- Ramos-Quiroga, J., Chalita, P., Vidal, R., Bosch, R., Palomar, G., Prats, L., & Casas, M. (2012). Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. *Revista de Neurología Española*, 54(S1), 105-115.
- Reynolds, C., and Kamphaus, R. (2010). *BASC™-2. Behavior Assessment System for Children. Second edition. Manual supplement for the clinical report*. San Antonio: Pearson.
- Reynolds, C., and Kamphaus, R. (2015). *Behavior Assessment System for Children, Third edition (BASC™-3)*. San Antonio: Pearson.
- Romero-López, M., Quesada-Conde, A., Álvarez, G., & Justicia-Arráez, A. (2017). The relationship between executive functions and externalizing behavior problems in early childhood education. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 237(21), 778-783.
- Rubia, K. (2018). Cognitive neuroscience of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and its clinical translation. *Frontiers in Human Neuroscience*, 12(100), 1-23.
- Russowsky, A. (2017). Beyond the DSM: Trends in psychiatry diagnoses. *Archives of Clinical Psychiatry*, 44(6), 154-158.
- Schreiber, J., Possin, K., Girard, J., and Rey-Casserly, C. (2014). Executive function in children with attention deficit/hyperactivity disorder: The NIH EXAMINER battery. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 20(1), 41-51.
- Sheldrick, R., Henson, B., Merchant, S., Neger, E., Murphy, J., and Perrin, E. (2012). The Preschool Pediatric Symptom Checklist (PPSC): Development and initial validation of a new social/emotional screening instrument. *Academic Pediatrics*, 12(5), 456-467.

- Shen, Y-M., Man, B., Liu, J-B., Zhou, Y-Y., Cui1, X-L., He1, Y-Q., Fang, Y-M., Xiang, Y-T., and Luo, X-R. (2018). The prevalence of psychiatric disorders among students aged 6~ 16 years old in central Hunan, China. *BMC Psychiatry*, 18(243), 1-9.
- Shiels, K., and Hawk, L. (2010). Self-regulation in ADHD: The role of error processing. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 951-961.
- Siu, A., and Zhou, Y. (2014). Behavioral assessment of the dysexecutive syndrome for children: an examination of clinical utility for children with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of Child Neurology*, 29(5), 608-616.
- Song, J., Leventhal, B., Koh Y-J., Cheon, K-A., Hong, H., Kim, Y-K., Cho, K., Lim, E-C., Park, J., and Kim, Y-S. (2017). Cross-cultural aspect of Behavior Assessment System for Children-2, Parent Rating Scale-Child: Standardization in Korean children. *Yonsei Medical Journal*, 58(2), 439-448.
- Štuhec, M., Švab, V., and Locatelli, I. (2015). Prevalence and incidence of attention-deficit/hyperactivity disorder in Slovenian children and adolescents: a database study from a national perspective. *Croatian Medical Journal*, 56(2), 159-165.
- Sullivan, J., and Riccio, C. (2006). An empirical analysis of the BASC Frontal Lobe/Executive Control scale with a clinical sample. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 21, 495-501.
- Tyrer, P., Nagar, J., Evans, R., Oliver, P., Bassett, P., Liedtka, N., and Tarabi, A. (2016). The Problem Behaviour Checklist: Short scale to assess challenging behaviours. *BJPsych Open*, 2, 45-49.
- Valdizán, J., y Izaguerri-Gracia, A. (2009). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. *Revista de Neurología*, 48(S2), 95-99.
- Van Goozen, S., Cohen-Kettenis, P., Snoek, H., Matthys, W., Swaab-Barneveld, H., and van Engeland, H. (2004). Executive functioning in children: a comparison of hospitalised ODD and ODD/ADHD children and normal controls. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(2), 284-292.
- Wang, T., Liu, K., Li, Z., Xu, Y., Liu, Y., Shi, W., and Chen, L. (2017). Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder among children and adolescents in China: A systematic review and metaanalysis. *BMC Psychiatry*, 17(32), 1-11.
- Werner, K., Few, L., and Bucholz, K. (2015). Epidemiology, comorbidity, and behavioral genetics of antisocial personality disorder and psychopathy. *Psychiatric Annals*, 45(4), 195-199.
- Willcutt, E., Sonuga-Barke, E., Nigg, J., and Sergeant, J. (2008). Recent developments in neuropsychological models of childhood psychiatric disorders. In T. Banaschewski and L. Rohde (Eds.), *Biological child psychiatry. Recent trends and developments* (pp. 195-226). Basel: Karger.
- Williams, L., Tsang, T., Clarke, S., and Kohn, M. (2010). An 'integrative neuroscience' perspective on ADHD: Linking cognition, emotion, brain and genetic measures with implications for clinical support. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 10(10), 1607-1621.
- Wu, K., Anderson, V., and Castiello, U. (2002). Neuropsychological evaluation of deficits in executive functioning for ADHD children with or without learning disabilities. *Developmental Neuropsychology*, 22(2), 501-531.
- Yildiz, M., Batmaz, S., and Songur, E. (2016). Kleptomania or malingering? A case report. *Gaziantep Medical Journal*, 22(4), 216-218.