

# **Estrategias terapéuticas ante los Trastornos de Conducta en niños y adolescentes**

Dr. Ricardo Sotillo Hidalgo  
correo-e: [rsh@cop.es](mailto:rsh@cop.es)  
Doctor por la Universidad de Granada  
Licenciado en Psicología  
Licenciado en Pedagogía  
Revisión (2020)

## ¿QUÉ VAMOS A ENCONTRAR EN ESTE TEMA?

1. Características de los niños y niñas con Trastornos de Conducta
2. Etiología y evolución de los Trastornos de Conducta
3. Necesidades y evaluación del contexto
4. Propuesta de intervención
5. Bibliografía

## RESUMEN.

Trastorno de conducta es un término que engloba una respuesta hostil de desobediencia y de rebeldía ante las figuras de autoridad, la realización de tareas o simplemente la negación y la oposición como patrón estable en la interacción familiar y escolar fundamentalmente. Así, el trastorno negativista desafiante (TND) viene incluido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), que lo agrupa junto a los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta, trastorno de conducta disocial (TD), trastorno explosivo intermitente (TEI) y trastorno antisocial de la personalidad (TAP). Históricamente, en el DSM-IV, ha venido en el epígrafe “*Trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador*”. En este tema hacemos una revisión desde el diagnóstico y características diferenciales con otras entidades clínicas, evaluamos las necesidades de los niños y niñas que cursan con este tipo de trastorno, para finalmente establecer unas pautas en forma de claves en las tres dimensiones que proponemos, basadas en el método del Prof. Russell Barkley, a las que se ha implementado una dimensión práctica con evaluación continua, que sirva de guía al niño en su desarrollo social fundamentalmente y a los padres para abordar con éxito las situaciones de conflicto que se generan con la convivencia diaria en el contexto familiar.

**Palabras clave:** [*Trastorno de conducta, Trastorno Negativista Desafiante, Trastorno Oposicionista Desafiante, Hiperactividad, Déficit de Atención, TND, TOD, TD, Método Barkley, Intervención psicoeducativa*]

## CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON TRASTORNOS DE CONDUCTA

Un número de casos significativo de los motivos de consulta de niños y adolescentes tienen que ver con problemas de conducta. Si bien no hay una teoría única de la etiología del trastorno, podría establecerse que hay diversos factores interrelacionados, pudiendo funcionar como variables que actúan como origen y como refuerzo de dicha conducta. Lo cierto es que hay características del contexto que explican y mantienen esta respuesta, por ello la importancia de la evaluación e intervención en el contexto y con los actores del mismo. La prevalencia del TND oscila entre el 2 y el 16% de la población, siendo más frecuente en los niños que en las niñas en edades tempranas, aunque avanzando en edad se presentan proporciones más cercanas entre sexos.

Si nos centramos en el **F91.3** Trastorno Negativista Desafiante [**313.81**] también se ha denominado trastorno opositor desafiante (TOD), observamos un patrón recurrente de comportamiento “negativista, desafiante, desobediente y hostil”. Esta conducta va dirigida a las figuras de autoridad, padres, profesores fundamentalmente, que se mantiene al menos durante 6 meses. En el DSM-IV se incluyen una serie de criterios de los que al menos deben cumplir 4 de los 8 siguientes comportamientos:

1. Accesos de cólera (a menudo se encoleriza e incurre en pataletas).
2. Discusiones con adultos (a menudo discute con adultos)
3. Desafiar activamente o negarse a cumplir las demandas o normas de los adultos (a menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas)
4. Llevar a cabo deliberadamente actos que molestarán a otras personas (a menudo molesta deliberadamente a otras personas)
5. Acusar a otros de sus propios errores o problemas de comportamiento (a menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento).

6. Ser quisquilloso o sentirse fácilmente molesto por otros (a menudo es susceptible o fácilmente molesto por otros)
7. Mostrarse iracundo y resentido (a menudo es colérico y resentido).
8. Ser rencoroso o vengativo (a menudo es rencoroso o vengativo)

La aparición de un comportamiento negativista en la adolescencia **suele ser un signo de reafirmación de la identidad y se debe a un proceso de individualización normal, también es una característica típica de ciertos estadios del desarrollo anterior como en la primera infancia.** Cualquier niño puede mostrarse iracundo en algún momento, puede mostrarse rencoroso por alguna razón o molestar a otras personas en alguna ocasión, más en el contexto de un enfado previo, por tener sueño, hambre o estar cansados, eso no supondría una etiqueta diagnóstica, más bien un patrón transitorio, salvo que fuese recurrente y con notable deterioro de la actividad social, académica o familiar. **Suele ocurrir que esta conducta se da con adultos con los que el niño mantiene una relación de confianza y cercanía** (padres, familiares, etc.) por lo que en la consulta a veces dicha conducta no es observable.

También es frecuente en niños con baja autoestima, inestabilidad emocional, baja tolerancia a la frustración y necesidad de refuerzo inmediato. Muchas veces esta conducta propicia un círculo que la refuerza entre padres e hijos poniendo de manifiesto también una conducta intolerante y hostil desde los padres hacia el niño. El estudio del ámbito familiar, los cuidadores del niño y la relación entre progenitores nos ayudarán a establecer el estilo de control parental ejercido sobre el niño que hay podido favorecer esas conductas.

Se da con mayor prevalencia en niños que en niñas, **con inicio antes de los 8 años**, que en ocasiones evoluciona hacia un trastorno disocial, siendo los síntomas similares en ambos sexos, salvo en los adolescentes varones donde se da mayor confrontación física que en las adolescentes. Podemos encontrar antecedentes familiares en padres/madres con trastorno del estado de ánimo, trastorno negativista, disocial o TDAH, familias desestructuradas, estilos de control parental excesivamente rígidos o conflictos conyugales.

Esta situación se está convirtiendo en una fuente de preocupación para las familias, la escuela y el entorno del niño en general. Suelen manifestarse cuando comienza la socialización, en esta etapa hay que adaptarse a normas y disciplina que no siempre son aceptadas por el niño, a veces simplemente no cumple las normas o lo hace de forma inadecuada porque no sabe o no puede. A partir de los 6-7 años el niño conserva aún parte de los rasgos de la etapa preoperatoria, donde prevalece una conducta egocéntrica, lo que le impide o dificulta a ponerse en el lugar del otro (empatía). Será a partir de la siguiente etapa, en la de las operaciones concretas, donde se va formando un pensamiento lógico y se va eliminando el egocentrismo.

Muchas veces este proceso se va modelando por referentes distintos, la escuela, los iguales, los padres, la familia extensa, etc. Es por esto por lo que algunas conductas de oposición tienen una función importante para el desarrollo y la formación de su identidad social y el manejo de habilidades sociales. Sin embargo, cuando la frecuencia y la intensidad de la expresión de sus emociones llega a ser una dificultad en las relaciones familiares o en su evolución escolar debemos establecer una guía que permita un modelado y adaptación del niño a una conducta que podría considerarse normal para su edad o grupo de referencia. De esta forma no solo mejoramos la calidad de las relaciones en el entorno familiar, además evitamos que se haga crónica dicha conducta y que sean rechazados por los iguales o figuras de autoridad, evitando el etiquetado, que muchas veces suele dificultar la normalización de su desarrollo.

## ETIOLOGÍA Y EVOLUCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA

Como hemos avanzado en páginas anteriores, los trastornos del comportamiento perturbador se engloban en un espectro más amplio y suele ser la expresión de una conducta que preocupa a la familia. De hecho, es uno de los motivos más comunes de consulta en niños y adolescentes en la primera etapa.

Por otro lado, debemos tener en cuenta un aspecto importante al observar y evaluar conductas, donde existe un gradiente en forma de “continuum” que va desde la normalidad hasta los trastornos disociales, pasando por los problemas de comportamiento propios del desarrollo evolutivo del niño, los problemas en las relaciones paterno, materno-filiales, los comportamientos antisociales en la niñez o la adolescencia y el trastorno negativista desafiante.

De ahí que lo que va a determinar la necesidad de una intervención terapéutica será la frecuencia e intensidad de las conductas desviadas. Así, un trastorno oposicionista desafiante se suele iniciar y observar antes de los 8 años, en el paso de la etapa preoperatoria a la operatoria concreta, coincidiendo con la obligación de aceptar normas y una disciplina propia de la socialización que exige la escuela y la familia (horarios, comidas, esperas, ordenación, etc.).

¿Dónde encontramos la causa o la explicación al desarrollo de estas conductas?

La mayoría de investigadores concluyen un origen multicausal en el comportamiento perturbador. Se dan unos factores de riesgo, que facilitarían la expresión de estas conductas y unos factores protectores que las reducen o evitan. En los factores de riesgo, siguiendo a Fernández y Olmedo (1999) y Díaz-Sibaja (2005). nos encontramos la dimensión biológica, personal y familiar.

En la dimensión biológica encontramos el género, los factores pre y perinatales, los factores cerebrales y bioquímicos, la dieta y los niveles subclínicos de plomo.

En la dimensión personal influyen el temperamento difícil, (extraversión, impulsividad, búsqueda de sensaciones, inestabilidad afectiva), cognitivas (dificultad en la solución de problemas, impulsividad cognitiva, baja capacidad verbal, atribuciones y distorsiones cognitivas), déficit de habilidades sociales y pobre empatía, baja autoestima, pobre desarrollo moral, bajo rendimiento escolar y otros trastornos asociados (trastorno por déficit de atención, consumo de drogas, trastorno del control de los impulsos).

En la dimensión familiar influyen la psicopatología de los padres (alcoholismo, drogadicción, conducta antisocial, depresión de la madre), familias desestructuradas (pérdida de uno de los padres, conflictos graves de pareja), estilos educativos (falta de supervisión, utilización excesiva de medios punitivos, mala calidad de las relaciones).

Los factores protectores, según la revisión de Pedreira (2004), que se consideran más relevantes son:

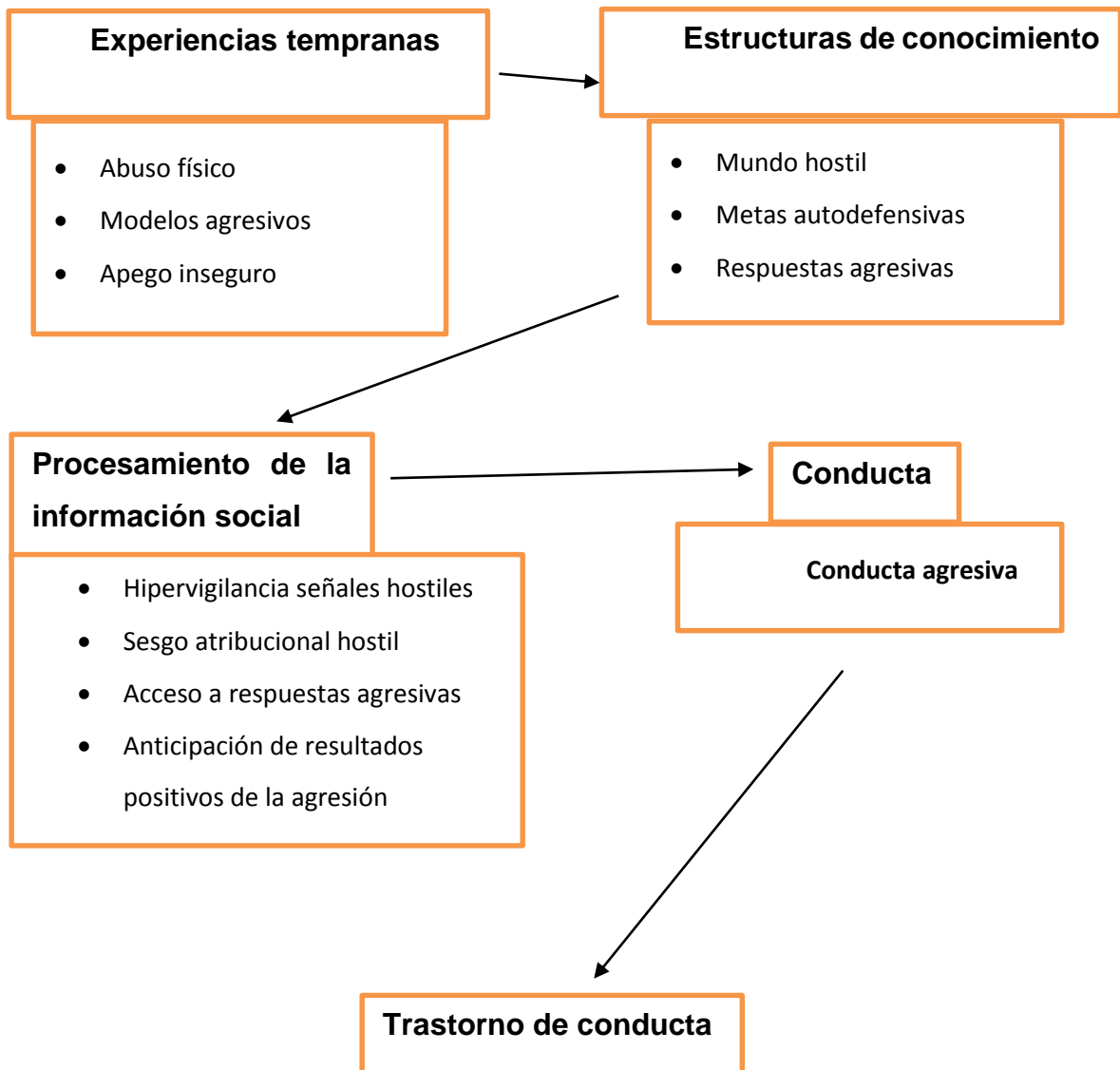
- Características individuales: una alta autoestima, un CI elevado y una buena capacidad para solucionar problemas.
- Un soporte familiar adecuado: una supervisión coherente y mantenida en el tiempo.
- Un soporte social funcional y enriquecedor para el niño o adolescente que favorezca las relaciones sociales y la práctica de actividades saludables de ocio y tiempo libre.
- Buena accesibilidad a los servicios asistenciales específicos, lo que permitiría un diagnóstico y tratamiento precoz y una continuidad en la intervención.

En el crecimiento normal del niño, la edad, el paso a otras etapas escolares, el cambio en el entorno más cercano de iguales y referentes, unos niños dejarán de presentar estas conductas, otros las reducirán y otros las mantendrán. Algunos de los niños que mantengan estas conductas opositoras desarrollarán, si no hay una intervención terapéutica adecuada, con el paso del



tiempo conductas más extremas que cumplirán los criterios de un trastorno disocial. Para algunos autores la progresión evolutiva de un nivel de gravedad o de desviación a otro es acumulativa.

Desde la perspectiva del procesamiento de la información, adaptado de Dodge (1993) en Fernández y Olmedo (1999: 57). Se puede observar el siguiente esquema de comportamiento:



Según este autor las experiencias tempranas de abuso físico, exposición a modelos agresivos y patrones de apego inseguros conducen al desarrollo de estructuras de memoria en el niño que le hacen concebir el mundo como un lugar hostil que necesita una conducta coercitiva para lograr los resultados deseados. Más adelante, cuando se enfrenta a situaciones sociales provocadoras, estas estructuras de conocimiento le llevan a atender a los aspectos hostiles de las señales y a interpretarlas como una amenaza

### NECESIDADES Y EVALUACIÓN DEL CONTEXTO

Hablar de trastornos de conducta, déficit de atención o hiperactividad no aporta mucho si no lo hacemos desde la experiencia única y subjetiva de cada realidad, cada entorno y cada vivencia del propio niño. Por su parte, la infancia contempla diferencias significativas en función de la etapa evolutiva de cada niño, lo que viene a añadir complejidad a este asunto. De ahí que el interés se debe centrar en los resultados prácticos asociados a cada caso individual, la detección temprana y la búsqueda de elementos protectores y preventivos de la conducta no adaptativa al entorno social, familiar y escolar.

Partimos de unas premisas a la hora de un abordaje global y funcional de este problema. En primer lugar, la inclusión del niño en un sistema familiar que modela su conducta, en segundo lugar, los factores precipitantes del problema que pueden ser diferentes en cada entorno y, por último, la propia evolución del niño en el contexto familiar, social y escolar.

Quizás uno de los elementos claves en la evaluación de necesidades se sitúa en el contexto del niño como ámbito de estudio e intervención. Y el otro elemento clave sería la necesidad de atender a sus necesidades en materia emocional, que pasaría por ayudarle a gestionar sus emociones, a reconocerlas y expresarlas de manera adecuada y adaptativa.

Las necesidades que los niños y niñas con trastorno de conducta se pueden resumir en el siguiente decálogo:

1. Necesitan conocer las normas claras y bien definidas.
2. Que les planteemos exigencias adaptadas a la medida de sus posibilidades.
3. Un ambiente ordenado, estructurado, organizado, sereno, relajante y cálido.
4. Que se les reconozca el esfuerzo realizado.
5. Menos sobreprotección y permisividad.
6. Más autonomía.
7. Disponer de un modelo de conductas reflexivas y meditadas.
8. Reforzar su autoestima.
9. Obtener refuerzos inmediatos.
10. Más recompensa y menos castigo.

### PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

El tratamiento actual más utilizado en los trastornos de conducta se desarrolla desde un modelo de terapia cognitivo-conductual, que incluye la intervención con padres y profesores, junto a la terapia individual con el niño, En este programa nos basaremos en el desarrollado por el profesor Russell Barkley, simplificando los pasos para poder hacerlo más accesible e integrado en la interacción familiar diaria.

Russell A. Barkley, creó un modelo de explicación para el trastorno de atención e hiperactividad (TDAH) alternativo llamado **trastorno de inhibición conductual**. Según esta tesis, lo relevante es la inhibición de la respuesta, que está relacionada con las **funciones ejecutivas**, esto es, los procesos cerebrales dirigidos a un objetivo. De modo que para dar respuesta ante cualquier situación se precisan gestionar los procesos cognitivos, emocionales y conductuales para alcanzar lo planificado por el individuo. Algunos ejemplos serían, resolver un

problema, afrontar una situación conflictiva o tomar una decisión ante un dilema. Todo con una transversalidad donde el autocontrol, la gestión emocional y la anticipación de las consecuencias a cada acción están presentes.

Para Portellano y García (2014), los componentes esenciales de las Funciones Ejecutivas son

- **Actualización:** capacidad para adquirir, insertar y manipular nuevas informaciones útiles en la resolución de problemas novedosos y complejos.
- **Fluencia:** capacidad de proceso de información y emisión de respuestas de forma eficaz empleando el menor tiempo posible.
- **Flexibilidad:** capacidad para emitir las respuestas adecuadas y pertinentes en cada nueva situación, inhibiendo aquellas respuestas que no resultan adecuadas y facilitando, por tanto, la alternancia eficaz entre nuevas tareas.
- **Inhibición:** es la capacidad para suprimir la información no relevante o las repuestas automáticas que no son apropiadas a la hora de realizar una tarea de forma eficaz.
- Programación o **planificación:** es la capacidad para determinar, seleccionar y organizar de forma eficaz los pasos y tareas necesarias para conseguir el objetivo propuesto.
- **Toma de decisiones:** es la capacidad de elegir la opción más eficaz de entre las varias alternativas disponibles.
- **Memoria de trabajo:** es la capacidad de manipulación activa de información mientras realizamos una actividad cognitiva.

Siguiendo con las funciones ejecutivas en el modelo de Barkley, se centra en la inhibición conductual, cuyo déficit afectaría a las siguientes funciones ejecutivas:

1. La memoria de trabajo no verbal. La inhibición de conducta ocasiona problemas en la representación y transformación de la información, así como

deficiencias en la capacidad para anticiparse a acciones futuras y dificultades en la gestión del tiempo.

2. La memoria de trabajo verbal o internalización del habla. En este caso tanto la memoria de trabajo verbal como la internalización del habla se ven seriamente afectadas. Los principales síntomas asociados incluyen obstrucción de la capacidad de reflexión, problemas para acatar normas y para integrar las pautas de conducta regularizadas, disminución de la habilidad para la resolución de problemas, deficiencias en la comprensión lectora y déficits en el razonamiento moral.

3. La autorregulación de las emociones, la motivación y la activación. Los problemas en la capacidad de expresar sentimientos y emociones, las cuales se vuelven exageradamente desproporcionadas; las deficiencias para percibir el punto de vista del otro y las alteraciones en la regulación de la motivación son síntomas típicos que ocasiona la inhibición conductual en personas con TDAH.

4. La reconstitución (análisis y síntesis del comportamiento). Finalmente, la persona también puede encontrar obstáculos a la hora de llevar a cabo procedimientos de análisis y síntesis de la conducta; así como déficits en la habilidad para imitar, copiar o reproducir conductas y una menor variedad de estrategias de actuación a la hora de solucionar problemas o alcanzar un objetivo.

*Texto extraído de la Guía para la Atención Educativa a los alumnos y alumnas con déficit de atención y/o hiperactividad.*

### Método Barkley adaptado a trastorno de conducta, en cinco pasos.

Antes de nada, estableceremos los objetivos en el siguiente cuadro:

Madre/padre	Entrenamiento en habilidades básicas parentales	
	Entrenamiento en técnicas operantes y manejo de contingencias	
	Entrenamiento en comunicación y negociación	
	Dotación de herramientas de afrontamiento de la situación	
Niño/a	Eliminar o reducir conductas disruptivas en casa	

	Mejorar rendimiento escolar con técnicas de estudio	
	Entrenamiento en habilidades sociales, enfatizando en empatía y asertividad como respuesta alternativa a la agresividad	
	Aumentar autocontrol	
Profesores	Entrenamiento en técnicas operantes y manejo de contingencias.	
	Apoyo escolar	

Rizo Ruiz, A. (2014)

También llevaremos a cabo un registro por parte de los padres sobre la conducta del niño motivo de consulta. Para ello emplearemos una ficha donde anotar las diferentes conductas observadas, junto a la frecuencia, duración e intensidad.

### Tabla de conductas disruptivas observadas en casa

Conducta	Frecuencia sem.	Duración min.	Intensidad 0/10
Malas contestaciones			
Insulta, amenaza			
Grita			
Golpea objetos			
Faltas de respeto			
Desobedece			
Interrumpe			
Empuja, forcejea			
Escapes, desaparece			

Facilitaremos a los padres una tabla de contingencias para registrar y modelar la conducta del niño.

1 punto por cada acción	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Realiza los deberes					
Estudia 1-2 h					
Ayuda en casa					
Se comporta bien en casa					
Se comporta bien en clase					
Total:					

--	--	--	--	--	--

Máximo 25 puntos.

Si obtiene entre 20-25 puntos puede salir con los amigos/as el fin de semana en horario acordado con sus padres y puede conseguir algún extra regalo (Burger, ropa, etc.)

Si obtiene entre 15-20 no puede salir con los amigos el fin de semana, salvo algo puntual y con restricción horaria.

Si obtiene menos de 15 puntos pierde horario de Tablet, móvil, TV.

Esta tabla sirve de guía para elaborar una definitiva, pactada y negociada entre el niño y los padres, cuyo objetivo sea que puedan alcanzarse las metas, que sea realista y que se pueda medir y objetivar.

### Los pasos o fases del programa van avanzando según el siguiente esquema:

**Paso 1.** Establecer una relación estable con el niño, prestando más atención de forma positiva en un contexto de juego, de forma periódica diaria durante 15-20'. Si durante esta actividad se desarrollan conductas deseadas se puede alargar este proceso más allá de 20'. Si aparecen conductas no deseadas, se corta el juego sin decir nada. Aquí lo que hace el padre o madre es interactuar con el niño para reforzar el vínculo, **establecer una relación afectiva al margen de las tensiones diarias**, reforzando aquellas conductas deseadas.

**Paso 2.** Utilizar la atención para **mejorar la obediencia**. En este paso se trata de ayudar y guiar en la realización de tareas propias o delegadas (deberes, ayuda en casa) con instrucciones concretas, acompañando en los primeros pasos a realizarlas, a veces el niño no hace las tareas porque no sabe o no puede y se rebela y dice que no quiere. Es importante la mejorar la forma en que se pide al niño que obedezca. Se intenta enseñar a dar órdenes para que pueda obedecer.

**Paso 3.** Reforzar la **autoestima** del niño. Se trata de desarrollar actividades de auto concepto, autoconocimiento, afrontamiento de conflictos y dilemas sociales trabajando también la empatía, para dar lugar al siguiente paso.

**Paso 4.** Enseñar a ser **consecuente con las acciones**, toda conducta tiene una consecuencia, si es positiva también lo será, si es negativa, igualmente la consecuencia es negativa. Se establece un sistema de premios con puntos o fichas. Combinando con los elogios. Se hace una lista de privilegios en función de las fichas obtenidas. En este paso se aplicará la tabla de contingencias.

**Paso 5. Aprender a corregir al mal comportamiento** de forma constructiva. Pues el objetivo es educar, no sancionar. Se puede empezar a usar tras el paso de la tabla de contingencias. Hay dos formas de corregir; mediante el refuerzo de las conductas positivas con premios, simbólicos o no, y mediante la retirada de privilegios ante la aparición de conductas no deseadas. Como extra ante situaciones más extremas se utilizará el tiempo fuera, que se reserva para conductas graves de uno a dos minutos por año de edad.



---

### **Cronograma de trabajo en consulta.**

---

Sesión 1.- Análisis del problema objeto de consulta, conocimiento del contexto familiar, genograma, información sobre antecedentes, estrategias intentadas previamente, apoyos y explicación del plan a seguir.

Sesión 2.- Psicoeducación: el objetivo principal, hacerle consciente del problema, explicación del problema, la importancia del tratamiento y la metodología de trabajo. Se entregará la hoja de observación de conductas disruptivas a los padres y la ficha con los objetivos del programa.

Sesión 3.- A partir de esta sesión se incluyen el entrenamiento en autocontrol. Detección del pensamiento, auto instrucciones y control de la ira. Consiste en modificar el diálogo interno de la persona para facilitar el afrontamiento de una determinada tarea, situación o acontecimiento.

Sesión 4 a 9.- Entrenamiento en relajación y técnicas de estudio. Se hace también un feed-back de lo acontecido durante el periodo anterior. Mediación familiar, lo que se trata en consulta queda en consulta y no se reproduce ni se utiliza en casa.

Sesión 9 y siguientes. - Entrenamiento en valores prosociales y reestructuración cognitiva. Entrenamiento en habilidades sociales. Enfatizando en asertividad, empatía, comunicación efectiva, y correcto afrontamiento a las críticas.

## 1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- American Psychiatric Association (1995): *DSM-IV, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, Masón, Barcelona
- Arraiz Pérez, A. (1994): Dificultades del comportamiento. En MOLINA GARCÍA, S.: *Bases psicopedagógicas de la Educación Especial*, pp. 291-318. Ed. Marfil, Madrid.
- Barkley, R. A. (1987): *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales*, Guilford Press.
- Bauermeister, José (2000): *Hiperactivo, impulsivo, distraído. ¿Me conoces?*
- Canca Vázquez, I. (1993): *Hiperactividad: evaluación y tratamiento*, En VV. AA.: *Necesidades Educativas Especiales*, pp. 161-185, Ed. Aljibe, Granada.
- García Pérez, E. M. (1997): *Rubén, el niño hiperactivo*, Bilbao, Grupo Albor-Cohs.
- García Pérez, E.M (1997): *¡Soy hiperactivo!, ¿Qué puedo hacer?*, Bilbao, Grupo Albor-Cohs.
- García Pérez, E.M y Magaz, A. (2000): *Educación: cómo y porqué. Guía para padres y educadores*, Bilbao, Grupo Albor-Cohs.
- Kirby, E. y Grimeley, L. (1992): *Trastorno por déficit de atención*, Ed. Limusa, México.
- Miranda, A. y M. J. Presentación (1997): *Intervención psicoeducativa con los alumnos inatentos, impulsivos e hiperactivos y dificultades de aprendizaje*, en J.N. GARCÍA, *Instrucción, aprendizaje y dificultades*, Barcelona, ED. Librería Universitaria de Barcelona.
- Miranda, A., M. J. Presentación y M. Salvador (1997): *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad*, en A. SÁNCHEZ Y J.A. TORRES, *Educación Especial II, Ámbitos específicos de intervención*, Madrid, Pirámide.
- Miranda, C. A. y Santamaría, M. M. (1986): *Hiperactividad y dificultades de aprendizaje. Análisis y técnicas de recuperación*, Valencia, Promolibro.
- Moreno García, Y. (1995): *Hiperactividad, prevención, evaluación y tratamiento*, Ed. Pirámide, Madrid.
- Mardomingo Sanz, M. J.: *Psiquiatría del niño y del adolescente*, Madrid, Díaz de Santos.
- Polaino-lorente, A. y Ávila de Encio, C. (1993): *¿Cómo vivir con un hijo hiperactivo?*, Ed. A.C., Madrid.
- Orjales Villar, Isabel: *Déficit de Atención con Hiperactividad, Manual para padres y educadores*, Ed. CEPE, Madrid.
- Rief, Sandra F.: *Cómo tratar y enseñar al niño con problemas de atención e hiperactividad*, Barcelona, Paidós.
- Rizo Ruiz, A. (2014): *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* Vol. 1. N°. 1 - enero 2014 - pp 89-100

- 
- Safer, D. J., y Allen, R. P. (1979): *Niños hiperactivos: Diagnóstico y tratamiento*, Madrid, Santillana.
  - Serrano, I. (1990): *Tratamiento conductual de un niño hiperactivo*. En F.X MÉNDEZ y D. MACIÁ (coords), *Modificación de conducta con niños y adolescentes, Libro de casos*, Madrid, Pirámide.
  - Tylor, A. E. (1991): *El niño hiperactivo*. Barcelona, Ed. Martínez Roca.
  - Vallet, R. E. (1980): *Niños hiperactivos, Guía para la familia y la escuela*, Madrid, Ed. Cincel Kapelusz.