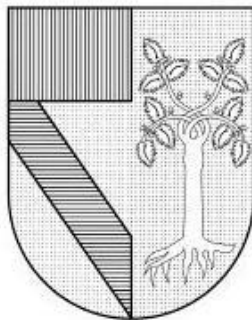


UNIVERSIDAD PANAMERICANA

ESCUELA DE PEDAGOGÍA



**“CONCEPTUALIZACIÓN BIDIMENSIONAL DEL
TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE”**

T E S I S

Q U E P R E S E N T A

Fátima Justo Martínez

P A R A O B T E N E R E L G R A D O D E :

MAESTRA EN NEUROPSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN

**DIRECTOR DE LA TESIS:
Mtro. Luis Alberto García Barrón**

ÍNDICE

<i>INTRODUCCIÓN</i>	4
<i>II. METODOLOGÍA</i>	6
2.1 Justificación	6
2.2 Definición de Teoría Fundamentada	8
2.3 Antecedentes	8
2.4 Desarrollo de una investigación basada en la metodología Teoría Fundamentada	9
<i>III. TRASTORNOS DESTRUCTIVOS, DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y DE LA CONDUCTA</i>	16
3.1 Antecedentes, definición y clasificación de los trastornos mentales	16
3.2 Definición y Concepto de los Trastornos Destructivos, del Control de los Impulsos y de la Conducta	19
3.3 Clasificación de los Trastornos Destructivos, del Control de los Impulsos y de la Conducta	21
<i>IV. TRANSTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE</i>	27
4.1 Definición y criterios diagnósticos.	27
4.2 Epidemiología	31
4.3 Comorbilidad y diagnóstico diferencial	32
<i>V. VISIÓN CLÁSICA DEL TND</i>	39
5. 1 Factores Biológicos	39

5.2 Factores Sociales	47
5.3 Visión Integradora	53
<i>VI. VISIONES ALTERNATIVAS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TND</i>	55
<i>VII. ANÁLISIS</i>	70
<i>VIII. DISCUSIÓN</i>	74
<i>IX. REFERENCIAS</i>	78

I. INTRODUCCIÓN

Actualmente, se estima que entre tres y cinco de cada diez niños y adolescentes (abarcando una edad de cero a doce años) muestran conductas desafiantes de carácter ocasional, y que dos de cada diez exhiben una conducta opositora de manera cotidiana (Céspedes, 2012). Aproximadamente afecta entre un 3% y un 8% de los niños, siendo entre dos y tres veces más frecuente en niños que en niñas. (Pérez Nieto, Franco Nerín & de Dios Pérez, 2014). Es importante ubicar el periodo histórico y las características actuales de la sociedad en la que nos desenvolvemos. Esto lleva a pensar que el incremento en este diagnóstico es producto de factores sociales, personales y familiares de los niños. Puede considerarse una falta de estructuración personal, por lo que consigue verse reflejada como un síntoma dentro de trastornos de aprendizaje.

Estos datos reflejan una problemática que ha sido estudiada y abordada desde diferentes áreas. Los adultos cercanos a estos niños y adolescentes han buscado abordar dichas conductas opositoras de diferentes maneras.

En esta tesis se abordarán diferentes puntos relacionados con el Trastorno Negativista Desafiante (TND). En un principio se manejaba la hipótesis de abordar el TND como un trastorno secundario en vez de un trastorno primario. Al realizar la investigación literaria se modificó el objeto de estudio, ya que la clasificación del trastorno como tal no era tan relevante cómo lograr generar una conceptualización bidimensional del TND. De esta forma logrando un abordaje desde diversos modelos, se podrán modificar las formas de intervenir en las conductas del menor.

En el segundo capítulo de la tesis, se detalla el proceso para abarcar el objeto de estudio. Este estudio será cualitativo con una metodología de teoría fundamentada. Como método se desarrolla en tres etapas fundamentales: la descripción, que incluye el ordenamiento conceptual, la codificación y

la comparación constante. El proceso de análisis es dinámico y creativo¹ y se basa en dos estrategias fundamentales: el método comparativo constante (la recolección de la información, la codificación y el análisis se realizan simultáneamente), y el muestreo teórico (se seleccionan nuevos casos en función de su potencial para ayudar a refinar o expandir los conceptos y teorías ya desarrollados). Se busca generar una teoría en lugar de describir los datos, y de esta forma se logra construir el conocimiento basado en la experiencia de los propios sujetos. (Cuesta-Benjumea, 2006).

Para el desarrollo de los conceptos y conceptualizaciones se abarcará desde lo general hasta lo particular; es decir, desde la clasificación del TND hasta las diferentes posibles causas.

En el tercer capítulo se ahondará en los diferentes trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta. Abarcando desde el origen de la palabra trastorno, hasta la clasificación de cada uno de ellos. Este capítulo tiene como objetivo fomentar conocimientos para poder realizar un diagnóstico diferencial adecuado.

El TND (definición, criterios diagnósticos, epidemiología, y comorbilidad) se abarcará en el cuarto capítulo de esta tesis. Este abarcará una revisión meramente teórica sobre la prevalencia del TND, así como la revisión de manuales diagnóstico (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales; y la Clasificación Internacional de Enfermedades).

En el quinto y en el sexto capítulo, se abarcará la conceptualización bidimensional del TND. En el quinto capítulo se ahondará en la visión clásica del TND, tomando como etiología una visión clásica (modelo salud-enfermedad). Por el otro lado, en el sexto capítulo se explicarán modelos alterantivos para la conceptualización y posible etiología del TND.

En los capítulos posteriores se plasmarán la discusión del análisis cualitativo y las conclusiones del presente trabajo. En este último apartado se describirán las implicaciones de dichos resultados en la práctica educativa, sugerencias y/o recomendaciones para futuras investigaciones.

¹ Es considerada una metodología dinámica y creativa ya que la comparación constante entre artículos permite crear diferentes conjuntos de códigos para la creación de teorías; lo que impulsa a un pensamiento divergente buscando posibles conexiones para ahondar en la categoría central.

II. METODOLOGÍA

2.1 Justificación

Hoy en día se conoce que la ausencia de adecuadas funciones ejecutivas está implicada en el desarrollo de conductas disruptivas. Entre dichas funciones destacan la flexibilidad cognitiva (capacidad para el cambio), la memoria de trabajo, la autorregulación, la habilidad para resolver problemas gracias a la planificación y la organización, así como la capacidad para la inhibición de conductas. Sasot, *et al.* (2016) definen la memoria de trabajo, como una habilidad ejecutiva básica que representa la capacidad de la persona para mantener información en su mente y operar con ella. El déficit en las funciones ejecutivas, afecta la capacidad del niño para responder de forma adaptativa al entorno y a las normas del adulto.

El niño que presenta dificultades en su memoria de trabajo, tiene dificultades para valorar las consecuencias de sus comportamientos basándose en la experiencia previa. Por ello mismo no es capaz de anticiparse a las posibles consecuencias de sus actos. Estas dificultades cognitivas del niño se pueden correlacionar con la aparición de múltiples comportamientos de carácter oposicionista.

Para diagnosticar un Trastorno Negativista Desafiante, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (2013) se debe presentar un patrón de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dure por lo menos seis meses. El menor debe presentar irritabilidad (perder la calma, molestarse con facilidad, resentimiento) y discusiones (autoridad, rechazo a peticiones, culpar a los demás, ser vengativo).

Sin embargo, el diagnóstico diferencial de dicho trastorno ha sido problemático y cuestionado en los últimos años, según lo revisado algunas investigaciones y trabajos de Delahooke (2018), Porges (2007), Fajardo y Salgado (2018), Azurmendi *et al.* (2016), Plaza (2014), Pillcorema

(2013), Ruelas (2013), Villamarín (2015), Alonso *et al.* (2012), Fundación Integrar (2009), Piaget (1991), Trianes (2002), Erikson (1959), Serna, *et al.* (2017) entre otras .

Es necesario lograr un adecuado diagnóstico diferencial para generar una correcta guía de intervención y tratamiento. El impacto de un diagnóstico equívoco puede llevar a que el menor no tenga una adecuada adaptación con sus pares y autoridades (debido a la aproximación a partir de un diagnóstico que puede llevar a un prejuicio) generando algún daño emocional, toma de fármacos, entre otros.

En ese orden de ideas, Porges (2007) plantea el concepto de neurocepción, el cual permite entender el diagnóstico del TND como un indicador de que el niño genera respuestas impredecibles ante al estrés percibido de un ambiente no seguro. Por su parte, Brunnel y Navarrete (2012) consideran que el niño muchas veces se ve obligado a construir su identidad a través de conductas oposicionistas; ya que el vínculo con las personas que representan autoridad se va formando a partir de cambios de posición. Lo anterior se refiere a que comportarse de forma oposicionista con otro; conlleva a la otra persona a responder de la misma forma. Así mismo, dichos autores cuestionan el diagnóstico y tratamiento del Trastorno Negativista Desafiante teniendo como principal objetivo el bien del niño; ellos plantean que los niños elaboran una distinción de las personas con las que se relacionan directamente, conforme las perciben como “peligrosas” o “seguras”. La identificación de una persona como segura o peligrosa determina el tipo de conductas prosociales o defensivas/oposicionistas que el niño llevará a cabo. De esta forma, más que hablar de un trastorno, habría que hablar de una estrategia adaptativa desarrollada por el niño, debida a los diversos déficits en las funciones ejecutivas.

Tomando en cuenta lo anterior, se plantea esta tesis de carácter cualitativo con una metodología de teoría fundamentada con el objetivo central de explicar el Trastorno Negativista Desafiante (TND) desde una conceptualización bidimensional, y así lograr un mayor dinamismo en las intervenciones con este padecimiento. Se selecciona esta metodología cualitativa ya que se harán comparaciones constantes de los datos aportados por los estudios previos que constituyen la muestra teórica del trabajo para lograr generar un modelo explicativo del TND.

La fuente primaria de información la constituyen artículos de investigación, textos y evidencia documental, entrevistas a expertos, entre otros. El proceso de análisis se basa en dos estrategias fundamentales: el muestreo teórico y el método comparativo constante; teniendo como objetivo principal el surgimiento de una teoría que explique dicho trastorno como una consecuencia a otros factores (ambientales, genéticos, clínico). Esto se explicará más adelante con detalle.

2.2 Definición de Teoría Fundamentada

Cuando se habla de investigación cualitativa; se hace referencia a técnicas descriptivas e interpretativas que buscan hacer registros narrativos de los fenómenos estudiados, para lograr así una comprensión del mismo y no una medición como tal.

Dentro de los métodos cualitativos de investigación se incluye la teoría fundamentada; la cual se define como un método que, a través del análisis y recogida de datos, permite elaborar conclusiones generales a partir de observaciones particulares, generando así una teoría inductiva.

Al hablar de teoría fundamentada, se deben tomar en cuenta una característica fundamental de este tipo de investigación cualitativa: se trata de un proceso cíclico, puesto que en la recolección de datos y análisis ocurren de manera concurrente, son los datos los que determinan el procedimiento y resultado final de la investigación.

2.3 Antecedentes

La teoría fundamentada surge gracias a los trabajos de la Escuela de Sociología de Chicago a principios del siglo XX. Se origina como una alternativa a la medición cuantitativa, ya que se consideró que se debe tomar en cuenta la realidad dinámica de los fenómenos, para tratar de explicarlos desde un enfoque que explique características, conductas, entre otras.

Anselm Strauss (quien tenía antecedentes en el terreno de la investigación cualitativa) y Barney Glaser (quien tenía un enfoque cuantitativo), desarrollan la teoría fundamentada en 1967, teniendo como principal objetivo originar teorías sobre el comportamiento humano y el mundo social a partir de una base empírica.

En la actualidad, se puede pensar en cuatro estilos de teoría fundamentada. En primer lugar, existe la teoría fundamentada clásica; creada por Strauss y Glaser en 1967, considerándola como una técnica que permite explicar las relaciones que existen en la realidad, situación o fenómeno que está siendo estudiado.

Otra vertiente es la que proponen Strauss y Corbin (2002). Se refieren al uso de esta técnica para la fundamentación de conceptos a través de la información previamente obtenida, analizada e interpretada.

Una tercera vertiente es la teoría fundamentada constructivista, la cual es explicada por Charmaz (2000), y que considera que el investigador no es imparcial, sino que aquello que puedan captar dependerá de su propio marco de referencia (experiencias, biografía, relaciones, sentimientos, procedimientos utilizados, etc.). Esta vertiente será la utilizada para esta tesis, ya que se tomará en cuenta no sólo al investigador, sino que también a las condiciones propias del objeto estudiado (en este caso el TND). La autora de este trabajo considera que la etiología es una de las condiciones principales del objeto de estudio (TND); a partir del entendimiento de las posibles causas de dicha patología se podrán generar nuevas estrategias y nuevas formas de intervención. La finalidad del uso de esta metodología es generar una nueva posibilidad teórica (la conceptualización bidimensional del TND).

Por su parte, Clarke (2005) plantea la teoría fundamentada del posmodernismo. Dicha autora propone como metodología el Análisis Situacional, que toma en cuenta varios niveles de la realidad social y poder dar información global de manera más esquemática. Plantea la realización de tres mapas; el mapa situacional plasma la situación con sus elementos históricos, culturales, materiales, etc. Por otra parte, el mapa de los mundos en el que se plantean los diferentes grupos involucrados y sus relaciones en la situación analizada. Por último, el mapa de posición, el cual tiene como objetivo desligar los discursos de las personas para analizarlos en profundidad.

2.4 Desarrollo de una investigación basada en la metodología Teoría Fundamental

La teoría fundamentada es un proceso complejo el cual tiene como base la formación de una conjetura formal a través de la recolección, análisis e interpretación de los datos. Antes de establecer el procedimiento es importante definir los elementos que conforman esta metodología. Dichos elementos, según Carrero, Trinidad y Soriano (2006) son los siguientes:

a) Muestreo Teórico: Se refiere a la recolección de datos del área o fenómeno que se desea estudiar, análisis y categorización de dichos datos que realiza el investigador. En esta investigación la muestra teórica está formada por el conjunto de artículos investigados.

b) Incidentes: Se define así a cada unidad del muestro teórico que puede ser analizada de manera separad (esto se hace desde la recolección de datos). Ejemplificando lo anterior y tomando en cuenta la presente investigación; algunos de los incidentes pueden ser: respuestas al estrés, apego parental, factores etiológicos, entre otros.

c) Método comparativo constante (M.C.C.): Se basa en la recopilación y análisis de los datos de forma simultánea. Se busca lograr conceptualizaciones; ya que al comparar constantemente los incidentes se logra identificar características, similitudes y diferencias.

d) Saturación teórica: Se define así al punto donde ya no es posible que surjan nuevos conceptos de los datos recopilados; por lo que el investigador debe dar por finalizada la búsqueda de información. Cuando el autor logra alcanzar la saturación teórica se podrá definir la muestra final.

e) Códigos: Se define como una unidad de elementos que tiene un determinado valor para la investigación. Su función principal es lograr una conexión entre los datos empíricos y la conceptualización que realiza el investigador; en el caso de la presente investigación se puede pensar en un código como “agresión”, “falta de empatía”, etc.

f) *Codificación*: Asignación de cada unidad, un código propio de la categoría a la que pertenece.

g) *Categorización*: Proceso con el que se identifica y clasifica un conjunto de datos, generando así categorías de análisis.

h) *Categorías*: Se plantean como la unión de códigos relacionados a un incidente. Se consideran dos tipos de categorías:

- Códigos “in vivo”: Se obtienen de los datos brutos (tal cual son recolectados por el investigador) que corresponden a los incidentes. Generalmente, se refieren a comportamientos o procesos que explican el fenómeno estudiado.
- Constructos sociológicos: Tienen mayor significado sociológico y permiten realizar interpretaciones sociales. Cuentan con “habilidad analítica”, es decir, permiten relacionar la categoría con códigos de significado similar.

i) *Categoría central*: Se refiere a cualquier código teórico que pueda explicar y dar sentido a todos los datos (y relaciones entre ellos); es decir, puede explicar un patrón de comportamiento social (fenómeno estudiado). Esta categoría central es la base de la investigación. Para términos de esta investigación se maneja como categoría central la “concepción bidimensional del TND”.

j) *Las Familias*: Se refiere a agrupaciones de códigos relacionados entre ellos; por lo que permiten una explicación teórica de manera fundamentada. En esta tesis, usan familias basadas en modelo, lo que se define como otro modo de codificar de manera teórica los incidentes usando una imagen de un modelo. Para ejemplificar lo anterior se puede pensar en un diagrama de flujo donde se expliquen los factores etiológicos del Trastorno Negativista Desafiante, así como las reacciones que provoca dicho padecimiento en el desarrollo del niño.

k) *Memos*: Son escritos espontáneos del investigador; los cuales surgen desde la recolección de datos. Tienen como objetivo el poder recordar y reutilizar información.

l) Teoría sustantiva: Es una teoría que se desarrolla a partir de la interacción de los datos recolectados y el análisis de los mismos. Es importante mencionar que sirve como un nexo para llegar a la creación de una teoría formal.

m) Teoría formal: La teoría fundamentada tiene como objetivo el desarrollo de la teoría formal. Ésta se refiere al desarrollo de un área conceptual de la investigación sociológica. Para considerar que una teoría es de carácter formal debe poder ajustarse a estado de conocimiento del área que va a ser aplicada, debe ser general y comprendida por las personas que se encuentran cercanos al fenómeno estudiado.

Después de conocer los elementos que forman parte del método cualitativo de teoría fundamentada es importante ahondar en el proceso como tal. Se debe recordar que la metodología cualitativa utiliza principalmente técnicas tanto lógico-inductivas como deductivas; con la finalidad de recopilar más información para lograr la generación de teorías.

Según Alarcón, Múnera y Montes (2016), se pueden distinguir tres fases para explicar la generación de la teoría fundamentada.

1. Fase preliminar

Esta fase hace referencia al muestreo teórico como tal, ya que permite la comprensión conceptual del fenómeno estudiado. Se inicia con la recolección de datos, selección, codificación y análisis de la información. Este proceso de obtención de información se va controlando por las conjeturas que van surgiendo a lo largo de la investigación. Esta fase se da por consolidada cuando el investigador consigue la saturación teórica.

2. Modelo de comparación constante

Como se ha mencionado anteriormente, se trata de la recopilación y análisis de datos de manera simultánea para hacer conceptualizaciones, por lo que al realizar una comparación permanente de sucesos y casos, se logran identificar sus características, interrelacionándolos e integrándolos en una teoría que con lógica y razonabilidad.

3. Teorización

Se genera una nueva teoría a través de la abstracción de la información; partiendo de lo general hasta llegar a sus características particulares. Primero, el investigador llega a la teoría sustantiva; la cual generará la base para generar una teoría formal.

Según Glaser (1978) los procedimientos por los que la teoría formal se genera son:

- Teoría formal desde una única área sustantiva que utiliza técnicas de reescritura: Esto marca un inicio hacia las explicaciones formales; el investigador alcanza un nivel conceptual sin usar el método comparativo constante.
- Se formula la teoría formal desde diferentes áreas sustantivas (cuando no hay única teoría sustantiva): El investigador establece relaciones entre categorías centrales.
- Desarrollar una única teoría sustantiva con datos comparativos de distintas teorías existentes: Pueden ser generadas desde dos modos; primero puede emerger de una teoría sustantiva realizada por el análisis comparativo de dicha conjetura con otros datos de información. Por otra parte, pueden compararse dos teorías sustantivas.

La escritura de la teoría formal se debe enfatizar el trabajo conceptual y la integración a una explicación teórica.

En el capítulo VII se profundizará sobre la metodología aplicada en esta tesis de investigación. A continuación, en la figura 1, se presentará de forma esquemática la aplicación de la TF en la concepción del TND.

FIGURA 1

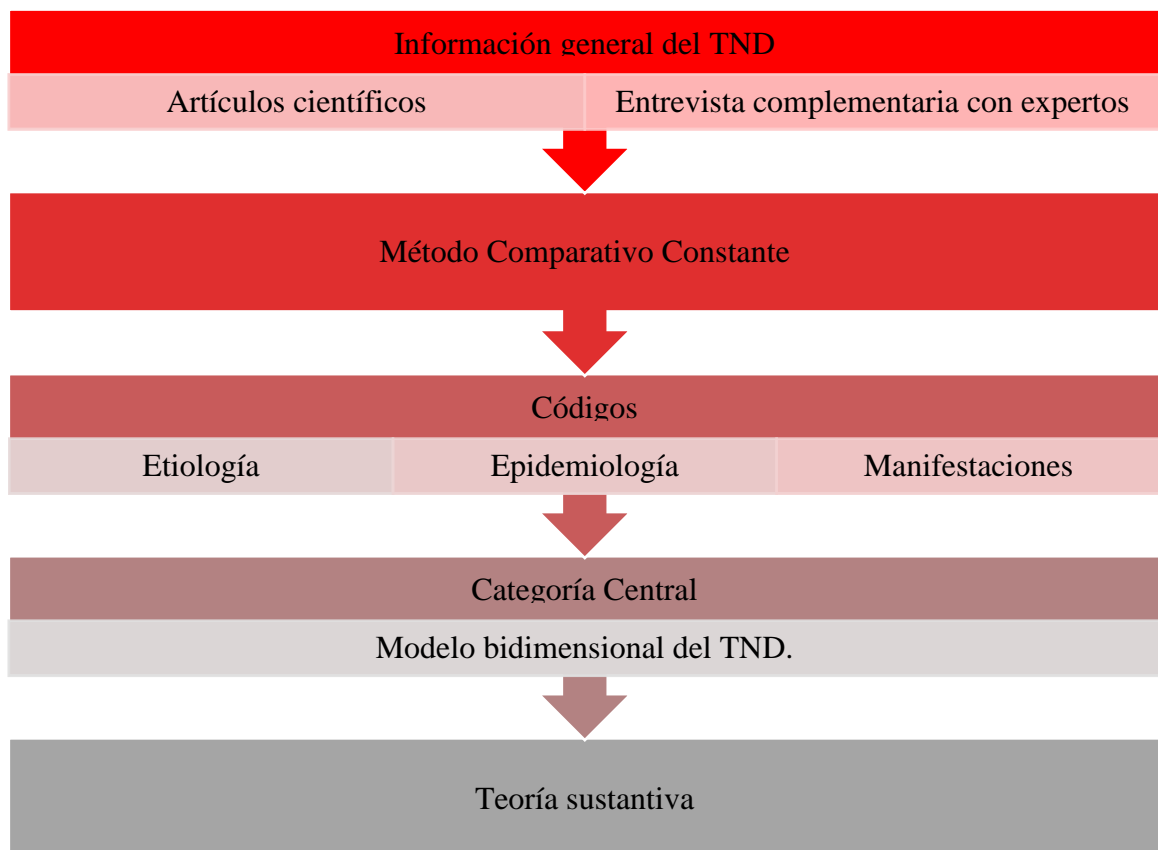


FIGURA 1. Aplicación metodológica de la teoría fundamentada en el estudio del TND.

En conclusión, se puede ver que la teoría fundamentada es un proceso de análisis dinámico y creativo; basándose en dos estrategias fundamentales: el método comparativo constante y el muestreo teórico. Esta técnica cualitativa es pertinente para los fines de esta tesis ya que busca generar una teoría en lugar de describir datos; de esta forma se busca explicar el TND como un trastorno secundario a otros padecimientos que se correlacionan con el comportamiento del menor ante diferentes situaciones.

III. TRASTORNOS DESTRUCTIVOS, DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y DE LA CONDUCTA

3.1 Antecedentes, definición y clasificación de los trastornos mentales

Determinar el significado de “trastorno mental” representa una tarea que tiene cierto grado de dificultad ya que no se está hablando de un cuadro clínico unitario y/o específico; sino de un conjunto de éstos.

Trastorno es una palabra que etimológicamente se compone del latín “*trans*” que significa al otro lado y “*tornare*” dando como significado girar; por lo que se concibe que trastorno es un giro en sentido contrario o anormal (Red Autismo AC, s.f.)

La salud mental ha sido una problemática presente en todos los tiempos; a pesar de que no se le definiera como tal, Bermejo (2007) señala que en la antigüedad se consideraba a la enfermedad mental como una idea mítica; es decir, que se consideraba un fenómeno sobrenatural originado por un castigo de los dioses o por posesiones demoníacas.

Continuando con Bermejo (2007) menciona que en la Antigua Grecia se pensaba que los seres del inframundo podían poseer a una persona y controlar así su cuerpo y mente. Sin embargo, Hipócrates comienza a buscar una causa biológica para los trastornos mentales; crea la teoría de los

cuatro humores. A través de estos humores se busca explicar la personalidad éstos son: sanguíneo (optimistas y alegres), melancólico (tristeza, sensibilidad artística, conmovedora), flemático (convencionales y racionales) y colérico (apasionados, enojo fácil). Esta clasificación dio inicio al estudio de las características individuales de cada tipo de personalidad y la concepción de algo fuera de dichos distintivos como “fuera de lo normal”.

Es hasta el Siglo XVIII cuando se da un cambio en la idea de los trastornos mentales, lo que da lugar a la creación de los primeros asilos, donde se agrupaban a pacientes con características de desórdenes mentales (entre otros padecimientos y circunstancias). A pesar de que las condiciones de los pacientes no eran las adecuadas, se continuó trabajando en la mejora de la situación de los pacientes psiquiátricos. En el Siglo XIX se comienza a investigar las causas de los desórdenes mentales y la necesidad de tener una institución especializada para trabajar con dichos pacientes, buscando una mejor calidad de vida para los mismos.

Sin embargo, es en el Siglo XX cuando se comienza a abordar el tratamiento de la salud mental desde un punto de vista interdisciplinario (incluyendo a la medicina, ciencias sociales, psiquiatría, biología, entre otros). En 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS) da a conocer la sexta edición de Clasificación Internacional de Enfermedad (CIE-6); donde se clasifica en un apartado los trastornos mentales.

En 1952 la Asociación Americana de Psiquiatría crea el “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales” (DSM-I); el cual era el primer sistema de clasificación de enfermedades mentales; en el que se ahondaba en la psicosis orgánica (debido al auge de las investigaciones al respecto en esos años), sin embargo, no se profundizaba en otras categorías. Consecuente a esto, en 1968 aparece el DSM-II en el cual se agregan más especificaciones para poder explicar mejor otros trastornos mentales.

A la par de la creación del DSM-I y DSM-II; en los años 70 surge el “Movimiento Antipsiquiátrico”, teniendo como pioneros a Ronald Laing y David Cooper. En este movimiento se cuestiona tanto el concepto de enfermedad mental como las prácticas psiquiátricas realizadas con pacientes. Se define así una patología mental como un rótulo utilizado para descalificar a ciertas

personas. Actualmente, este movimiento continúa vigente, expresándose principalmente en sus críticas hacia el uso de fármacos en trastornos infantiles.

Continuando con Barrio (2009); explica que en 1980 aparece el DSM-III y posteriormente se revisa esta misma edición en 1987 (DSM-III-R), teniendo como principal objetivo poder establecer diagnósticos en una base empírica, diferenciando los niveles de gravedad de un trastorno. Asimismo, para lograr un diagnóstico más preciso se integra el diagnóstico multiaxial. Los ejes incorporados fueron: I Síndromes clínicos, II Problemas de desarrollo infantil y trastornos adultos, III Trastornos con causa orgánica, IV Intensidad y severidad de los estresores psicológicos, V Adaptación del paciente en el último año (medido en grados).

En el DSM-IV (1994) y DSM-IV-R (2000), se hacen cambios importantes puesto que desaparecen los trastornos mentales orgánicos y se incorporan los alimenticios, conceptos como delirio, demencia, trastornos cognitivos, trastornos del desarrollo severo. Asimismo, en el año 2000 se hacen precisiones a ciertos trastornos infantiles como el trastorno de déficit de atención e hiperactividad, trastornos de la comunicación, separación, alimentación y pica; se inicia el concepto de autismo.

En el DSM-5 (2013) se modifican las principales categorías diagnósticas, entre las cuales están los trastornos de neurodesarrollo, trastornos de ansiedad, trastornos disruptivos, del control de impulsos y de la conducta, espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, entre otros. Asimismo, se eliminan los ejes diagnósticos debido a la incompatibilidad con los sistemas de diagnóstico en el resto de medicina; así como la codificación de los trastornos de la personalidad y la discapacidad intelectual al mismo nivel que los otros trastornos mentales

A lo largo de este capítulo se han revisado los antecedentes sobre la salud mental y los manuales que han abarcado el estudio de los trastornos mentales. Es importante definir como tal qué es un trastorno mental, para diferenciarlo de otros padecimientos y delimitar los factores que pueden desencadenarlo.

En la quinta edición del DSM (2013) se considera que un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo; lo cual refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo de su función mental.

Para Myers (2006) un trastorno mental es la disfunción perjudicial por la cual una conducta es juzgada como atípica, perturbada, inadaptada e injustificable.

Según la OMS (2017) cuando se habla de los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales se debe incluir la capacidad de manejar los pensamientos, emociones, comportamientos, interacciones con los demás, factores sociales, económicos, políticos, culturales, estrés, infecciones perinatales, entre otros. Por ende, se puede entender un trastorno mental como un patrón de síntomas psicológicos o de comportamiento que afectan a varias esferas de desarrollo de la persona.

Para los fines de esta tesis, se utilizará la definición de trastorno mental establecida en el DSM-5 (2013), antes expuesta, ya que delimita con mayor precisión las áreas del individuo que se encuentran alteradas, permitiendo una visión global y contextualizada de los padecimientos.

3.2 Definición y Concepto de los Trastornos Destructivos, del Control de los Impulsos y de la Conducta

Una vez definido el concepto de trastorno mental se puede comenzar a hablar de diferentes categorías que agrupan a los trastornos mentales de acuerdo a sus síntomas, líneas de evolución, etc. En este apartado, se ahondará en la categoría de los “Trastornos Destructivos, del Control de los Impulsos y de la Conducta” (TDCIC); ya que es en esta categoría se encuentra el TND, padecimiento en el que gira esta tesis.

La problemática de conductas agresivas en niños es uno de los principales motivos de preocupación actual en el ámbito de la educación, familiar y social. En primer momento, se debe tomar en cuenta que existen diferentes definiciones de agresión. Buss (1961) define agresión como

una respuesta que provoca de manera nociva a otro individuo; por su parte Lolas (1992) la define como un ejercicio inadecuado de la fuerza/poder causado por cierta desmesura.

Loeber y Liu (2004) mencionan que la agresión es de naturaleza multidimensional, ya que involucran procesos fisiológicos y mentales, que al combinar pueden crear diferentes formas de agresión y comportamientos agresivos. Se han descrito diferentes tipos de agresión como son por naturaleza, en las relaciones interpersonales, clínica (pro-activa y reactiva), entre otras.

El deterioro de la autorregulación es la característica principal de los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta. Todos éstos, pueden causar un malestar general emocional. Campos (2018) lo considera como trastornos de externalización porque colocan a la persona en conflicto con otras.

Hablando en particular de los trastornos de conducta, Martínez, *et al.* (2017) mencionan que éstos hacen referencia a un grupo de síntomas de patrones conductuales que pueden ser considerados como “agresivos” o “disfuncionales”. Por su parte, en el DSM-5 (2013), se considera como parte de dichos trastornos a todas las afecciones que se manifiestan con problemas de autocontrol del comportamiento y las emociones. Se hace hincapié en que los trastornos se expresan mediante conductas que violan los derechos de los demás.

Por su parte, en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10), estos trastornos también se consideran como trastornos del control de los impulsos y se conciben como actos repetitivos, sin una motivación racional clara; así mismo, se establece que los comportamientos están asociados a impulsos para actuar, de los cuáles la persona no tiene control.

Medina, *et al.* (2015) mencionan que este tipo de trastornos se caracterizan por un patrón de comportamientos de dificultad para resistir un impulso, deseo o tentación de llevar a cabo algún acto que es dañino o perjudicial para la propia persona o para los demás.

Se consideran conductas disruptivas ya que interrumpen el desarrollo del niño, puesto que impiden la creación y mantenimiento de relaciones sociales saludables tanto con adultos como con

sus pares. Dentro de estos trastornos, también existen conductas de carácter negativo, debido a que el niño desafía las órdenes de la autoridad.

Dentro del DSM-5 (2013) se agrupan las conductas disruptivas en cuatro categorías:

a) Comportamientos agresivos

- Robo
- Actos crueles contra animales y/o personas
- Portar armas
- Iniciar peleas

b) Comportamientos no agresivos con daño a la propiedad privada

- Provocar incendios
- Romper vidrios
- Vandalismo
- Dañar material (ejemplo: coches)

c) Fraudes o robos

- Mentiras
- Estafas
- Falsificaciones

d) Violaciones a las normas

Asimismo, deben considerarse los factores de riesgo relacionados a los trastornos de conducta en niños y niñas son dificultades escolares, coeficiente intelectual bajo, fracaso escolar, medio ambiente desfavorable, vínculos con afecto negativo por parte de los padres, estilos de crianza ambivalentes.

[3.3 Clasificación de los Trastornos Destructivos, del Control de los Impulsos y de la Conducta](#)

La clasificación que será usada durante esta investigación está basada en el DSM-5; sin embargo, es importante conocer los principales cambios existentes en esta nueva versión del manual.

Anteriormente, en el DSM-IV-TR (2000) los trastornos que podía presentar un menor se agrupaban dentro de los “Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia”. Dentro de esta agrupación se encontraban el retraso mental, trastornos del aprendizaje, trastornos generalizados del desarrollo, entre otros. Dentro de esta categoría estaban los “Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador” en donde se encontraba agrupado el TND.

En el DSM-5 se realizaron modificaciones para lograr caracterizar y definir de manera más objetiva la sintomatología y comportamientos de cada uno de los trastornos. Entre estos cambios está la separación de los Trastornos de Neurodesarrollo y los Trastornos Destructivos.

Dentro de los TDCIC se incluye a el Trastorno Negativista Desafiante, trastorno explosivo intermitente, trastorno de la conducta, piromanía, cleptomanía, así como otros trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta no especificados

Para términos de este capítulo no se expondrá la sintomatología o descripción del Trastorno Negativista Desafiante, ya que se ahondará en él en el capítulo siguiente porque es el eje de investigación de esta tesis, sino que se definirán los trastornos que le acompañan dentro de la agrupación. Es pertinente considerar sus definiciones para lograr un adecuado diagnóstico diferencial, y entendimiento de las similitudes existentes entre los diagnósticos de la misma categoría:

- Trastorno explosivo intermitente (TEI).

Su sintomatología consiste en arrebatos recurrentes en el comportamiento que muestran una falta de control de impulsos de agresividad; lo cual se puede manifestar como agresión verbal o física (contra propiedad, animales o personas). Presencia de tres arrebatos que provoquen daño a propiedad, animales u otros individuos; asimismo la agresividad que se expresa en dichos episodios debe ser desproporcionada a cualquier factor desencadenante.

El menor no realiza los arrebatos agresivos de manera premeditada o tiene un objetivo. Dichos episodios generan un malestar en la persona; ya que afectan significativamente en su desempeño laboral, relaciones sociales, existen consecuencias legales o económicas.

La edad para poder diagnosticar este trastorno es mayor de seis años. Según estudios realizados por Zapata y Palacio (2015) existen estudios clínicos que asocian esta patología con cierto carácter hereditario. En uno de estos estudios se encontró que el 30% (aproximadamente) de los sujetos con este padecimiento tenían familiares de primer grado que también presentaban algunas características para el mismo diagnóstico.

- Trastorno de la conducta

En este caso se habla de un patrón de conducta repetitivo donde no se respetan los derechos básicos de otros individuos, normas, reglas sociales de la edad cronológica. Para poder diagnosticar a un paciente con este trastorno se requiere que, por tiempo mínimo de doce meses, cumpla con tres de los síntomas que se mencionarán; y existiendo por lo menos uno en los últimos seis meses. Los criterios a cumplir se dividen en subgrupos que son:

- Agresión a personas o animales
 - A menudo acosa, amenaza o intimada a otros.
 - A veces inicia peleas.
 - Ha usado un arma que puede provocar serios daños a terceros.
 - Ha ejercido la crueldad física contra personas
 - Ha ejercido la crueldad física contra animales.
 - Ha robado enfrentándose directamente con otra persona
 - Ha violado sexualmente a alguien.
- Destrucción de la propiedad
 - Ha prendido fuego con intención de provocar daños graves.

- Ha destruido intencionalmente la propiedad de alguien (no por medio del fuego)
- Engaño o robo
 - Ha invadido la propiedad de otra persona.
 - Miente en ocasiones para obtener objetos y favores o para evitar cumplir con sus obligaciones.
 - Ha robado objetos de valor sin enfrentarse violentamente con otra persona.
- Incumplimiento grave de las normas
 - Antes de los trece años, el menor sale por la noche aunque sus padres lo prohíban
 - Ha pasado dos noches fuera de su casa mientras vivía con sus padres o se ha ido en alguna ocasión de casa por un tiempo prolongado.
 - Antes de los 13 años ha faltado a la escuela (por decisión propia).

Asimismo, se recalca la importancia en la edad de aparición; si el individuo es mayor a dieciocho años se debe descartar el trastorno de personalidad antisocial. De igual forma, se establecen especificadores para lograr una mayor exactitud en el diagnóstico clínico. Se debe especificar si es de inicio infantil (un síntoma antes de los 10 años), inicio adolescente (ningún síntoma antes de los 10 años), inicio no especificado (no hay suficiente información para determinar su aparición).

Aunado a lo anterior, se debe especificar si se presentan emociones prosociales limitadas, falta de culpabilidad, falta de empatía, despreocupado por su rendimiento (académico, laboral), afectos superficiales o deficientes. De igual forma se deberá especificar la gravedad actual, en una escala de leve a grave.

- Piromanía

El individuo provoca incendios de manera intencionada en más de una ocasión, antes y después de hacerlo tiene sensaciones de excitación. Evidentemente, relacionado a este trastorno existe una atracción o curiosidad por el fuego y su contexto.

Es importante recalcar que se descarta piromanía si el incendio es provocado para obtener beneficio económico, expresión ideológica alteración de juicio, etc.

Esta patología puede iniciar en la niñez, la adolescencia o en el inicio de la edad adulta; y tiene mayor frecuencia en varones.

Aniceto (2008) explica la piromanía como una manera de comunicación del individuo debido a que cuenta con escasas habilidades sociales; por lo que buscan desplazar la agresividad en las conductas incendiarias. Esta patología se relaciona directamente con el alcoholismo; puesto que el consumo de esta sustancia actúa como desinhibidor y favorece el descontrol de impulsos.

- Cleptomanía

Existe un fracaso continuo para resistir el impulso de robar que no son necesarios para su uso personal o económico. Antes de realizar los robos aumenta la sensación de tensión; mientras que cuando lo hace siente placer y gratificación. El individuo comete los robos, pero no tiene como objetivo expresar rabia o venganza.

Goldman (1991) señalan que la edad de inicio de esta patología puede abarcar cualquier etapa del desarrollo; sin embargo, comúnmente aparece en edad adulta.

La investigación de factores biológicos como causantes de esta patología es escasa hasta el momento. Goldman (1991) obtiene información de datos aislados que relacionan la cleptomanía con un trastorno mental orgánico y la asociación de esta patología con otros trastornos del control de los impulsos, llevan a pensar en un déficit serotoninérgico.

- Trastorno Destructivo, del Control de los Impulsos y de la Conducta, no especificado

En este diagnóstico se agrupan los síntomas característicos a un trastorno destructivo, del control de los impulsos y de la conducta, los cuales generan un malestar significativo en alguna área (social, laboral, etc.). Sin embargo, dichos síntomas no cumplen con todos los criterios de ninguno de los trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta.

Para lograr un adecuado diagnóstico, es importante la realización de una evaluación objetiva, la cual requiere dedicar bastante tiempo debido a que se tienen que examinar diferentes aspectos. La información deberá de ser obtenida de los padres, colegio, del propio niño, cuidadores, entre otros. De igual manera, la valoración deberá ser integral incluyendo al área psiquiátrica, neuropsicológica, psicométrica, neurológica y pediátrica.

Es importante considerar, como lo hace Campos (2018) que el tratamiento también debe tener un carácter interdisciplinario y tener como objetivo disminuir la impulsividad e irritabilidad, reforzar los sentimientos de seguridad y la imagen personal más adecuada del niño, favorecer la expresión verbal de los conflictos, mejorar los déficits específicos para el aprendizaje, y enseñar al adolescente a reconocer el sufrimiento que genera en los demás con dichas conductas. De igual forma, se debe brindar atención y tratamiento a los padres; para lograr una mejor intervención con el menor.

En resumen, en este capítulo se destaca que los TDCIC incluyen diversas manifestaciones, tales como problemas en el autocontrol del comportamiento y emociones. Estos trastornos pueden llevar al individuo a conflictos importantes frente a las normas de la sociedad o figuras de autoridad. Es importante que se haga una intervención que englobe dichos padecimientos desde diferentes enfoques (médico, psicológico, físico, entre otros), para lograr así una adecuada intervención y mejorar la calidad de vida de dichas personas.

IV. TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE

4.1 Definición y criterios diagnósticos.

Desde hace varios años se ha observado que la desobediencia y las conductas disruptivas se presentan tanto en la niñez como en la adolescencia y que no necesariamente son consideradas como patologías. Se comienza a considerar como un problema de salud mental cuando su frecuencia y persistencia en el tiempo afecta significativamente a la persona en las diferentes esferas de su desarrollo.

Según Barkley *et al* (1999), el término “desafiante” se refiere al comportamiento a través del cual la persona presenta resistencia física y/o verbal a la realización de ciertas actividades con que se relacionan de una manera emocional (puede ser por recuerdos, aprendizajes, percepción de una amenaza, traumas, entre otros.), molesta a otros individuos e incluso puede llegar a presentar agresión física contra otras personas.

Por su parte, el Child Mind Institute (2009) define al Trastorno Negativista Desafiante (TND) como un trastorno conductual que lleva a los niños a enfrentarse a las figuras de autoridad y que, por ende, anula su capacidad de crear vínculos significativos. Los niños con este padecimiento son considerados como temperamentales, desobedientes, rencorosos y/o vengativos a un nivel mucho mayor comparados con sus pares.

Vásquez, *et al.* (2010) define al TND como un patrón recurrente de conductas no cooperativas, desafiantes, negativas, irritables y hostiles hacia figuras de autoridad. Aunado a esa definición, Peña-Olvera y Palacios-Cruz (2011) consideran que el TND debe ser diagnosticado cuando un menor pretende resolver problemas a través de rabietas, discute con adultos, se rehúsa a cumplir sus demandas, molesta intencionalmente a otras personas, acusa a otros de sus errores o mal comportamiento y es susceptible o fácilmente molestado por otros.

Para entender cómo se ha llegado al diagnóstico clínico actual del TND, se recapitulará la forma en que han evolucionado los criterios diagnósticos y se hará una comparación entre el DSM-IV y DSM-V para comprender los cambios en la manera de considerar clínicamente esta patología.

El TND, según los criterios del DSM-IV-TR (2000), se caracterizaba por la presencia recurrente de cuatro o más de las siguientes conductas: irritabilidad, discusiones, desafío a la autoridad, molestias deliberadas a los demás, acusa a los demás de sus errores, susceptibilidad, exceso de cólera y ser rencoroso o vengativo. Para el diagnóstico del trastorno, este patrón de comportamiento se consideraba que debía durar al menos seis meses, aparecer con más frecuencia de la observada en sujetos de edad y nivel de desarrollo similar, así como producir deterioro significativo de la actividad social o académica.

Es importante mencionar que el DSM-IV-TR y la Clasificación Internacional de las Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud Mental (CIE-10) compartían criterios diagnósticos, pero difieren en sus condiciones diagnósticos. El DSM-IV-TR, lo incluía en los trastornos por conductas perturbadoras, mientras que en la CIE-10 le consideraba un subtipo menos grave de trastorno disocial, considerándolo como “trastorno disocial desafiante y oposicionista”.

Asimismo, la CIE-10 (2014) define el trastorno disocial desafiante y oposicionista como la presencia de un comportamiento desafiante, desobediente y provocador, en ausencia de otros actos disociales o agresivos más graves que violen la ley o derechos de los demás. El diagnóstico de trastorno disocial cambia según la gravedad de sus síntomas, específicamente si existen conductas que violan la ley o los derechos de los demás. Se propone que este patrón de conducta deberá durar mínimo seis meses y el paciente deberá tener menos de nueve años. Si el paciente presenta dichos síntomas y es mayor a nueve años, se deberá hacer un diagnóstico diferencial tomando en cuenta la edad de la aparición de los síntomas; ya que podría derivar en un trastorno disocial o un trastorno de personalidad.

Para lograr el diagnóstico de trastorno disocial desafiante y oposicionista, deberá cumplir al menos cuatro síntomas del Listado uno y no más de dos del listado dos (ver más adelante). En caso de presentar más de dos síntomas del listado dos, la gravedad del trastorno incrementa; por lo que el diagnóstico puede variar, es decir; podría considerarse un trastorno disocial o de personalidad.

A continuación, se mencionan dichos listados:

- Listado uno
 - Presencia respuestas con cólera anormalmente frecuentes y violentos, teniendo en cuenta el nivel de desarrollo.
 - Discute frecuentemente con adultos.
 - Se opone activamente a las peticiones de los adultos o los desobedece.
 - De forma deliberada e intencional, realiza cosas contrarias a los adultos.
 - Generalmente, acusa a otros de ser responsables de sus faltas y/o malas conductas.
 - Con frecuencia es disgustado por los demás.
 - Frecuentemente es vengativo/ rencoroso.
 - Miente intencionalmente o no mantiene sus promesas, para obtener objetos y/o favores para evitar sus obligaciones.

- Listado dos
 - Inicia peleas (tomar en cuenta peleas entre hermanos únicamente si quien comienza dichas peleas tiene otros síntomas mencionados en los listados).
 - Ha usado un arma que puede herir a otra persona.
 - Permanece fuera de casa por la noche a pesar de la prohibición de sus padres.
 - Ha sido cruel de manera física hacia personas.
 - Es cruel con los animales
 - Ha destruido bienes de los demás.
 - Ha prendido fuego pudiendo provocar o teniendo como objetivo generar destrozos importantes.
 - Forma parte de robos de objetos (sin enfrentarse a la víctima).
 - No acude a clases de forma intencional desde los trece años o menos.

- Se ha fugado dos veces o al menos una vez no ha vuelto hasta el día siguiente.
- Ha obligado a alguien a tener una actividad sexual.
- Ha cometido algún delito, enfrentándose a la víctima.
- A menudo molesta a otras personas.
- Ha entrado en una propiedad privada de otra persona.

Actualmente, el DSM-5 (2013), clasifica el Trastorno Negativista Desafiante como parte de los trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta. A continuación, se mencionan los criterios diagnósticos que deberán cumplir los menores para ser considerados con este padecimiento.

El menor presenta un patrón de enfado/ irritabilidad, actitud desafiante o vengativa que dura como mínimo seis meses. Se deben presentar por lo menos cuatro síntomas de las categorías siguientes; es importante mencionar que este comportamiento debe ser (al menos) con una persona que no sea su hermano.

- Enfado/irritabilidad
 - A menudo pierde la calma.
 - A menudo está susceptible o se molesta con facilidad.
 - A menudo está enfadado y resentido.
- Discusiones/actitud desafiante
 - Frecuentemente discute con la autoridad o adultos, en el caso de los niños y los adolescentes.
 - A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o las normas.
 - A menudo molesta a los demás intencionalmente.
 - A menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento.
- Vengativo

- Ha sido rencoroso por lo menos dos veces en los últimos seis meses.

Asimismo, este trastorno del comportamiento va asociado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (familia, amigos, compañeros de trabajo) o tiene un impacto negativo en diferentes áreas como: social, educativa u otras.

Es importante mencionar que en el DSM-5 (2013) se establece que estos comportamientos no aparecen únicamente en el transcurso de un trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno de depresión o uno bipolar. Además, no se cumplen los criterios de un trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo.

Por otro lado, se establecen la persistencia y la frecuencia de estos comportamientos para que así se pueda distinguir a quienes están dentro de los límites normales o de los sintomáticos. En los niños de menos de cinco años el comportamiento debe aparecer casi todos los días durante un periodo de seis meses por lo menos. En el caso de los niños mayores de cinco años las conductas deberán aparecer por lo menos una vez por semana durante seis meses.

4.2 Epidemiología

Según Sasot *et al.* (2009), es probable que los pacientes con TND (considerando que tiene un origen biológico) representan al 3% de la población mundial. Asimismo, indican que los niños son diagnosticados con este trastorno tres veces más que las niñas.

Por su parte, Vásquez, *et al.* (2010), así como López-Villalobos, *et al.* (2014) muestran que la prevalencia del TND cambia dependiendo de la población que se estudie y los métodos utilizados para evaluar. Se han hallado datos que señalan un porcentaje de que entre 2 y 16% de la población infantil en México tiene este padecimiento.

Recientemente, Carrillo (2017) realizó una investigación para poder conocer la prevalencia del TC, TND y Trastorno Explosivo Intermitente (TEI) en adolescentes en México. Los resultados

que obtuvo fue que en los tres casos es más común en hombres de 13 años. Específicamente obtuvo que el 22.97% de los jóvenes padecen un TC, el 21.62% un TND y el 7.66% TEI.

Los estudios de Zuluaga-Valencia y Fandiño-Talabares (2016) demuestran que alrededor del 75% de los sujetos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) presentan al menos un trastorno comórbido, siendo el TND el más común. La convergencia del TND y el trastorno disocial (TD) con el TDAH tienen una relación bidireccional, es decir, en niños y adolescentes con TND, entre el 70 al 80 % de cumplen los criterios para un TDAH. Asimismo, mencionan que padecer el TND incrementa el riesgo de desarrollar un TD en la adolescencia y un trastorno antisocial de la personalidad (TAP) en la edad adulta.

4.3 Comorbilidad y diagnóstico diferencial

El TND puede ser un precursor o mediador de otros trastornos, por lo que su detección temprana y diagnóstico diferencial se considera crucial para contar con una adecuada intervención y tratamiento. A continuación, se mencionan y explican las características de los trastornos que presentan alta comorbilidad con el TND:

- Trastorno disocial (TD)

El TD es el trastorno disruptivo más grave y está caracterizado por un patrón repetitivo y persistente de conducta que incluye la violación de los derechos básicos de los demás, de las normas sociales o de las leyes. El TD se caracteriza porque se manifiesta en diferentes áreas: agresión a personas/animales, destrucción de la propiedad, robo y violaciones graves a las normas.

En el DSM-IV-TR (2000) y CIE-10 (2014) los criterios diagnósticos para el TD son muy similares. La diferencia principal radica en que el DSM-IV-TR (2000) se plantean dos momentos de inicio: en la niñez (antes de 10 años) y en la adolescencia. Asimismo, se busca especificar la gravedad (de leve a grave).

Por su parte, el CIE-10 (2014) establece una categoría para los TD; donde se pide que se indique la edad de inicio de los síntomas y distinguir los diferentes tipos de trastornos disociales: limitado al ámbito familiar, niños no socializados, niños socializados, desafiante y opositor, otros trastornos disociales y trastorno disocial sin especificación.

En el DSM-5 (2013) se plantean especificadores con emociones prosociales limitadas que se establecen en una etiqueta denominada DIA (rasgos de dureza e insensibilidad afectiva). La etiqueta DIA se refiere a las siguientes características: ausencia de culpa, afecto superficial o deficiente, dureza/ falta de empatía, despreocupación por el rendimiento escolar, laboral y/o personal.

- Trastorno de la conducta (TC)

Principalmente debe resaltarse que en el TC el niño debe haber violado derechos personales y reglas sociales; mientras que en el TND se observa una base de conducta molesta, difícil y disruptiva. Es muy probable que la conducta que se presenta en el TC llame la atención de otro entorno aparte de la familia inmediata.

Asimismo, es importante mencionar que la conducta del paciente con TC, es principalmente agresiva y busca generar un daño (de manera inconsciente o no).

Por otro lado, Campos (2018) explica que los niños diagnosticados con TC pueden designarse además con emociones prosociales limitadas, considerándolo como el equivalente infantil del adulto con psicopatía (forma extrema de trastorno de personalidad antisocial que se vincula con comportamiento insensible y ausencia de remordimiento).

El manejo clínico del TC varía según la edad, síntomas de presentación, comorbilidad, disponibilidad de apoyos familiares, aspectos sociales e intelectuales del paciente. En los casos en los que hay un TC con síntomas sencillos, el tratamiento

puede incluir terapia individual y familiar; por el otro lado, en un caso extremo podría llegar a ser necesario el apoyo legal o extracción del menor a centros especializados. Es importante que haya enseñanza de técnicas de crianza eficaces a los padres para que aprendan a comunicarse de manera más eficaz, aplicar disciplina apropiada y consistente, entre otros.

Hay casos donde se hace uso de medicamentos tales como carbonato de litio, psicoestimulantes, haloperidol y antipsicóticos, teniendo como objetivo reducir la agresión de los niños que se salen de control.

- Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

El TDAH es uno de los trastornos más comunes y puntuales de la psiquiatría infantil. El TDAH se define por dos grupos amplios de síntomas: la falta de atención y la hiperactividad e impulsividad. En el DSM-5 (2013) se establece que se requieren mínimo seis síntomas de falta de atención o seis síntomas de hiperactividad, por un mínimo de seis meses y con un inicio antes de los 12 años de edad.

Dentro del grupo de síntomas para falta de atención se encuentra: poca atención a los detalles o comete errores por descuido en el trabajo escolar, dificultad para mantener atención en tareas o actividades de juego, parece no escuchar cuando se le habla, no sigue instrucciones y no termina el trabajo escolar, presenta problemas para organizarse en tareas y actividades, constantemente pierde materiales necesarios para sus tareas, olvida actividades cotidianas, manifiesta desagrado o renuencia por tareas que requieren esfuerzo mental.

Por otro lado, en la categoría para hiperactividad se incluyen los siguientes síntomas: frecuente jugueteo con las manos o pies y se retuerce en el asiento, deja su asiento cuando se le pide que permanezca sentado, corretea o trepa en situaciones en que es inapropiado, a menudo es incapaz de jugar o realizar actividades recreativas con tranquilidad, pareciera que está impulsado por un motor, comúnmente habla en

exceso, dificultad para esperar su turno, interrumpe frecuentemente y da respuestas e interrumpe antes de que se termine de hacer la pregunta.

Respecto a la etiología del TDAH, Portela *et al* (2016) han comenzado a identificar genes relacionados con la dopamina (ya que la administración de esta favorece el control de estas conductas hiperactivas). Asimismo, se observa una fuerte influencia del estilo de crianza o factores neuroendocrinos.

Por otro lado, es importante mencionar que cuando se presentan comorbilidades con el TDAH, es complicado distinguir cuál trastorno es primario y cuál es secundario. Sin embargo, Portela *et al* (2016) explican que los niños que padecen TDAH pueden presentar un empeoramiento en el aspecto conductual debido a la falta de confianza y autoestima, por lo que tienden a responder ante los adultos o pares de manera retardada o disruptiva.

Esta dificultad en la distinción de trastorno primario y/o secundario se discutirá con más detalle más adelante, por ser de suma relevancia para los objetivos del presente trabajo de investigación.

- Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo (TDDEA)

Leibenluft (2003) realiza la descripción de la desregulación grave del estado de ánimo y lo define como un estado de irritabilidad crónica, grave e intensa. Es importante mencionar que estos pacientes pueden cumplir con criterios para TDAH y TND (por superposición de síntomas²); en estos casos se deberá diagnosticar únicamente con TDDEA. Esta esta categoría diagnóstica se introdujo para remediar

² Al hablar de superposición de síntomas, se refiere a los síntomas que tienen en común en dos patologías. Al existir esta condición donde haya síntomas en común se deberá hacer un diagnóstico diferencial entre ambas patologías. Por ejemplo, el TC y el TND presentan una superposición de síntomas, sin embargo cuando existe una violación a la ley, se deberá descartar el TND.

la controversia y el posible mal uso del diagnóstico de trastorno bipolar en niños y para establecer el concepto de desregulación grave del ánimo

Los síntomas para TDDA deben de haber estado presentes mínimo por 12 meses e iniciar antes de los 10 años; de igual manera los síntomas deben ser observables en al menos dos entornos del paciente (por ejemplo: escuela y casa). Según el DSM-5 (2013) los criterios diagnósticos son: berrinches intensos recurrentes que se manifiestan de forma verbal y son inconsistentes con el nivel del desarrollo; estos comportamientos ocurren tres o más veces por semana. Aunado a esto, el estado de ánimo entre arrebatos es de manera persistente e irritable la mayor parte del día (la mayoría de los días).

Sin embargo, es importante resaltar que Dougherty *et al*, (2016) menciona que los niños diagnosticados con TDDEA en edades más tempranas tienen un mayor riesgo de presentar un trastorno depresivo o de presentar síntomas de conducta disruptiva. Asimismo, puede predecir también problemas posteriores en sus relaciones sociales, victimización del niño, mayor uso de agresividad en su manera de relacionarse, entre otros.

- Trastorno Adaptativo

En este trastorno se reconoce el hecho de que algunas personas muestran síntomas que son consecuencia directa de una situación estresante (pero esta situación no pone en riesgo la vida de la persona).

Los síntomas para el trastorno adaptativo pueden ser expresados desde lo emocional o conductual. Éstos, deben surgir en los tres meses después de un factor de estrés y deben de generar una alteración significativa en el ritmo y calidad de vida del paciente. Sin embargo, la reacción no adaptativa con la que responde el paciente, no puede durar más de seis meses después de la terminación del factor de estrés. Dentro de esta categoría es importante dar las especificaciones necesarias. Considerando el

tema central de la presente tesis, se resalta la necesidad de diferenciar si el trastorno adaptativo se presenta con alteración de la conducta o con alteración de la conducta y de emociones.

Los principales factores que generan estrés en los niños son problemas escolares, rechazo parental, problemas sociales (en su grupo de amigos o grupo más cercano), entre otros. Es necesario tomar en cuenta todas las variables para poder hacer el diagnóstico adecuado y favorecer en la intervención. Debido a la importancia contextual en este diagnóstico, el manejo clínico es principalmente la psicoterapia y en ocasiones, la medicación (los cuales deben prescribirse con base a los síntomas predominantes y específicos del cuadro clínico del paciente).

- Abuso sexual

Quezada, Neno y Luzoro (2006) definen al abuso sexual como una de las manifestaciones más graves del maltrato ejercido en la niñez. Ocurre cuando un adulto utiliza formas de seducción, chantaje, amenazas o manipulación psicológica para involucrar a un menor en actividades sexuales.

Las repercusiones del abuso sexual en la niñez, presenta síntomas que coinciden con la sintomatología propia de un estrés postraumático (miedo, problemas para dormir, pesadillas, confusión, sentimientos de culpa, vergüenza, ira junto con la incapacidad de manejar estas emociones).

Beltrán (2010) explica que el área de las relaciones interpersonales es una de las que suele quedar más afectada en víctimas de abuso sexual infantil. Resalta la presencia de un mayor aislamiento y ansiedad social, menor cantidad de amigos y de interacciones sociales, así como bajos niveles de participación en actividades comunitarias.

Por otro lado, Beltrán (2010) también explica que se han detectado mayores niveles de hostilidad en los menores que sufren de abuso sexual; esto incrementa la

presencia de conductas antisociales y trastornos de conducta. Asimismo, también explica que estas conductas disruptivas -como consecuencia del abuso sexual- incrementan el riesgo de delinquir y de ser arrestados por dichas conductas.

Asimismo, a modo de síntesis de lo hasta aquí expuesto, es importante mencionar que el diagnóstico del TND debe ser clínico y se requiere hacer un diagnóstico diferencial, teniendo en cuenta la comorbilidad y considerando al paciente de manera integral en su contexto (sistema familiar, educativo, entorno comunitario, entre otros). El diagnóstico diferencial consiste en destacar del cuadro sintomático, el síntoma más llamativo, indagar y cuestionarse sobre la posible presencia o comorbilidad con otros trastornos, entre otros.

A lo largo de este capítulo se ha hablado sobre la prevalencia del TND en la población mexicana, es decir, el porcentaje de individuos que ha sido diagnosticado con dicho trastorno. (2-16% de la población, según López-Villalobos, *et al.* (2014). Se requeriría de un análisis de los criterios aplicados en el diagnóstico diferencial de esos casos, para poder considerar que los porcentajes de individuos con dichos diagnósticos sean correctos y realmente representativos.

V. VISION CLÁSICA DEL TND

A lo largo de esta tesis se ha considerado el TND desde un punto de vista meramente semiológico; sin embargo, es importante conocer qué factores etiológicos pueden influir directamente o indirectamente en la aparición de este padecimiento. En este capítulo se plasmarán algunos de los códigos encontrados en la comparación teórica: factores biológicos, sociales y familiares que originan el TND.

5.1 Factores Biológicos

En este apartado se revisarán los factores biológicos (códigos que fueron agrupados como “visión médica”) que son considerados parte de la etiología del TND. Primero se abarcarán los déficits neuropsicológicos dentro del trastorno, seguido por las estructuras cerebrales y sustancias químicas neurotransmisores y hormonas que influyen en la génesis del TND.

Según Fonseca-Parra y Rey-Anacona (2013) los niños que son diagnosticados con TND comparten déficits neuropsicológicos con otros desórdenes de comportamiento disruptivo. Dichos déficits compartidos son fallas en la planeación de metas, pensamiento alternativo, conciencia en sí mismo y en el entorno. Best, Miller y Jones (2009) especifican déficits en funciones ejecutivas como autorregulación, flexibilidad cognitiva, habilidad para resolver problemas mediante planificación y organización (lo cual podría explicar sus dificultades a nivel social y académico).

Es importante mencionar que los déficits neuropsicológicos antes mencionados son considerados como factores etiológicos. Sin embargo, se debe destacar que estos déficits están relacionados a factores postnatales. Como ejemplo de esto se retoma la investigación realizada por Calle (2016), donde considera que hay dos etapas de desarrollo de las funciones ejecutivas. La primera se refiere a los tres primeros años de vida, donde emerge la capacidad básica del control inhibitorio, retención de información y control cognitivo de la propia conducta.

La segunda etapa que plantea Calle (2016) abarca de los tres a los cinco años, en la cual aumenta la autorregulación de la conducta ante los cambios del entorno. Por ende, durante los primeros años es vital que exista un desarrollo adecuado de las funciones ejecutivas por lo que se

requiere una correcta alimentación, estimulación, contacto afectivo, reforzadores (positivos ante conductas esperadas o negativos en caso de una conducta no deseada).

Best, Miller y Jones (2009) explica que las funciones ejecutivas, como el control inhibitorio, la memoria de trabajo y la flexibilidad cognitiva, tienen una conexión con las funciones sociales, morales y empatía (lo que se relaciona con la cognición social y autorregulación).

Por su parte Ríos-Flores y López-Gutiérrez (2017) explican que puede existir una predisposición hacia el TND cuando existe una disfunción cerebral mínima³ que produce dificultades de aprendizaje, comportamiento, a nivel cognitivo y motriz. Por ende, se relacionan alteraciones en procesamiento del lenguaje, fallas en aritmética, vocabulario y procesamiento de semejanzas.

En el estudio realizado por Fonseca-Parra y Rey-Anacona (2013) muestra evidencias de dificultades en seguimiento de instrucciones y comprensión del discurso; esto coincide con argumentos que señalan Burke, Loeber y Brimaher (2002) quienes consideran que los niños con TND presentan habilidades verbales deficientes. Dentro de esta investigación, se obtuvieron resultados que indican dificultades en el área de habilidades conceptuales; es decir, en tareas que requieren detectar similitudes entre objetos, situaciones o acontecimientos. De igual forma que se ve afectado el razonamiento deductivo y en la comprensión de los patrones y elementos involucrados en situaciones complejas.

Anteriormente, se han explicado las correlaciones de las fallas en funciones ejecutivas y el desarrollo del TND, para comprender lo explicado por Rigau, *et al.* (2009), donde establece que las funciones ejecutivas están correlacionadas con el desarrollo de las conductas disruptivas. Las funciones ejecutivas antes mencionadas como son memoria de trabajo, autorregulación, flexibilidad cognitiva, resolución de problemas, planeación; podrían afectar la capacidad de los niños con TND para responder de forma adaptativa a su entorno, fomentando el origen de sus comportamientos oposicionistas.

³ Al hablar de una disfunción cerebral mínima, se refiere a una afección del sistema nervioso central (durante la vida intrauterina). Se relacionan con diferentes fenómenos patológicos como: trastornos de movilidad, trastornos de concentración, entre otros.

Asimismo, Rigau, *et al.* (2009) define la memoria de trabajo como la capacidad del individuo para mantener en la mente eventos o información y operar con ellos. Para este autor la memoria de trabajo es el centro de las funciones ejecutivas ya que todas las demás se vinculan con ella. Los déficits en las funciones ejecutivas afectan a la capacidad del niño para responder de forma adaptativa al entorno o a las directrices del adulto. El niño con dificultades en la memoria tiene dificultades para discriminar las consecuencias de un comportamiento basándose en la experiencia previa. Por la misma razón, no puede anticipar las consecuencias de sus actos. Estas dificultades cognitivas del niño pueden contribuir a la aparición de una gran variedad de comportamientos que son considerados oposicionistas.

Partiendo de la información obtenida de Rigau, *et al.* (2009), Burke, Loeber y Brimaher (2002), Fonseca-Parra y Rey-Anacona (2013), Best, Miller y Jones (2009), Ríos-Flores y López-Gutiérrez (2017) y Calle (2016) se crea el código llamado “funciones ejecutivas”; el cual permitirá funcionar base para lograr una conceptualización bidimensional del TND.

Aunado a los déficits neuropsicológicos, es importante mencionar las estructuras cerebrales y sustancias químicas que pueden estar comprometidas con el origen del TND. A partir de aquí se generó otro código “neurotransmisores” y “hormonas” que permite realizar una conexión con el código “funciones ejecutivas” para explicar la categoría de “visión médica del TND”; de esta forma se logra una base para la categoría central de este estudio.

Soria, *et al.* (2008) destacan que el hipotálamo desempeña un papel fundamental en el control de la conducta agresiva y tiene tanto sistemas facilitadores como inhibidores de la misma. Señala que la estimulación cerebral del hipotálamo medial provoca la conducta ofensiva; mientras que la del dorsal desencadena patrones conductuales de defensa; por otra parte, la estimulación del hipotálamo lateral facilita la conducta predatoria⁴.

Aunado al hipotálamo, se ha encontrado que la amígdala es una estructura cerebral que desempeña un papel sumamente importante en la regulación de la agresión. Así mismo, Soria, *et al.*

⁴ Se define como conducta predatoria al comportamiento de ataque dirigido por un animal en contra de una presa adecuada; es decir, existe una conducta de ataque motivada. (Gil-Verona. *et al.*, 2002).

(2008) menciona que otras estructuras como el tálamo, bulbo olfatorio y la corteza cerebral también participan en la regulación de la agresión.

En cuanto a la corteza cerebral, Dajas (2010) explica que la corteza cerebral es la encargada de la expresión de la conducta agresiva a través de los sistemas sensoriomotores, para su expresión mediante su función inhibitoria (principalmente la corteza orbitofrontal). Esto se puede explicar mejor retomando el caso clásico de Phineas Gage; quien tuvo un accidente el cual le provocó lesiones en la corteza orbitofrontal. En el estudio de este caso, realizado por Molina (2012); se explica que la lesión sufrida por Phineas Gage provocó conductas “anormales” en él, por ejemplo: falta de empatía, impulsividad, déficits en sus relaciones sociales. Lo anterior coincide con lo reportado por Soria, *et al.* (2008) respecto a que después de la lesión de esta corteza, los individuos presentan signos típicos asociados a la personalidad antisocial.

Martín (2006) menciona que actualmente se han relacionado a neurotransmisores tales como la serotonina y la norepinefrina como causantes de problemas en la conducta de los niños. La serotonina (5-HT) tiene acción sobre diferentes tipos de receptores; lo cual se relaciona con funciones fisiológicas como violencia impulsiva, ansiedad, regulación del dolor, temperatura corporal, entre otros. Soria, *et al.* (2008) expresa que en estudios recientes realizados con animales de laboratorio se observa que la estimulación de los receptores 5-HT da como resultado una disminución de comportamientos agresivos. En los seres humanos, se piensa que una serie de agentes sociales estresantes disminuyen los niveles de 5-HT y por ende disminuyen los umbrales biológicos⁵ de la violencia, es decir; al disminuir la concentración de serotonina en el cerebro, se incrementará las conductas agresivas.

Por su parte, Dajas (2010) explica que las alteraciones en el metabolismo intermediario de la serotonina provocan una disfunción prefrontal de los individuos con conducta antisocial o psicopática y tendencias agresivas, lo cual resultaría en una falla de la inhibición regulatoria que la corteza prefrontal ejerce normalmente sobre la activación límbica-amigdalina y se abriría con ello la posibilidad de respuestas motoras desinhibidas e impulsivas, sin adecuación al contexto.

⁵ Se entiende como umbral biológico al nivel mínimo y máximo a partir del cual un individuo puede experimentar una sensación, a partir de la detección de ciertos estímulos.

Dentro del estudio del comportamiento agresivo, las hormonas que han sido objeto de la mayoría de las investigaciones son, por un lado, los esteroides sexuales (en particular la testosterona) y, por el otro, el cortisol.

Diversos estudios, como los de Serrano y Moya (2009) han relacionado los andrógenos con el comportamiento agresivo; y se ha demostrado que estas hormonas pueden ser un factor causal en la manifestación del comportamiento agresivo. Asimismo, se plantea la existencia de una relación bidireccional en la que los andrógenos pueden ser tanto la causa como la consecuencia de un comportamiento agresivo.

Pajer *et al.* (2001) ha estudiado la influencia de la agresión, particularmente en la competencia, los niveles de ciertas hormonas, principalmente testosterona y cortisol. Los resultados son variados, algunos estudios no informan cambios en los niveles de testosterona después de una competencia deportiva y otros encuentran un aumento en los ganadores.

En un análisis realizado por Pacheco (2017) sobre la relación entre la testosterona y la agresión, se encontró una asociación positiva moderada pero significativa entre los dos factores.

En la investigación realizada por Sánchez-Martín, *et al.* (2000) se encontró que en niños de 4 años de edad (no en niñas de 4 años), la testosterona se relacionó positivamente con el comportamiento agresivo. Sin embargo, por Constantino *et al.* (1993) no encontró ninguna relación entre la testosterona y el comportamiento agresivo; por otro lado, autores como Verona *et al.*, (2002) observaron una asociación positiva entre los niveles de testosterona y el comportamiento de agresividad o externalización.

Del mismo modo, Azurmendi *et al.* (2016) encontraron una relación positiva entre los niveles de estradiol⁶ y el comportamiento agresivo en las adolescentes. También observó una relación positiva entre los niveles altos de estrógeno y la agresión en las niñas pre-púberes, que se encontró que tenían niveles de agresión similares a sus compañeros masculinos de edad. Sin embargo, a pesar de esta evidencia que indica una relación positiva entre los niveles de estradiol y el

⁶El estradiol es una hormona esteroide sexual femenina; mientras que la testosterona es la correspondiente hormona esteroide para el sexo masculino.

comportamiento agresivo no se puede asumir como causa única de conductas opositoras y agresivas. Por otro lado, encontró que, aunque el estradiol estaba relacionado positivamente con la agresión en los hombres, en las mujeres esta relación fue negativa, es decir, los niveles más altos de estradiol se asociaron con menos agresión física y verbal en las mujeres.

En la investigación realizada por Azurmendi, *et al.* (2016) se señala que, a los 10 años, se observaron diferencias entre los sexos en relación con el comportamiento agresivo que no se observaron a los 8 años (se observó que los niños de 10 años eran más agresivos que las niñas de su edad). Asimismo, dicha investigación, considera que, a los 8 años, el estatus de mujer puede estar sujeto a una demostración de agresión directa por parte de las niñas que luchan por obtener una posición de liderazgo. A esta edad, las niñas utilizan estrategias de confrontación menos sutiles que las que tienden a emplear en etapas posteriores. Sin embargo, a la edad de 10 años, el estatus femenino ya no depende de una demostración de poder físico o agresión directa, sino que se obtiene a través de otras estrategias, más indirectas, que requieren más inteligencia social.

En una revisión realizada por Oropeza & Morali (2015), se explica que la regulación neuroestrogénica del comportamiento sociosexual del sexo masculino es necesaria una concentración basal de estrógenos para mantener el equilibrio socio-sexual. En el comportamiento de los hombres (incluida la agresión), las concentraciones más altas de estas hormonas pueden inhibir el comportamiento agresivo.

En relación con el cortisol, ha sido una de las hormonas más estudiadas al respecto a su influencia en conductas agresivas y ciertos trastornos de personalidad. Sartori *et al* (2015) definen al cortisol con una hormona esteroidea o glucocorticoide, producida por la glándula suprarrenal. Esta hormona es regulada por el eje HPA (hipotálamo-hipófisis-corteza de la glándula suprarrenal). El cortisol cuenta con un ciclo de tiempo a lo largo del día. En condiciones fisiológicas normales, durante los primeros minutos del día después de despertar el cortisol incrementa entre un 50-75%; posteriormente declinará su concentración de manera paulatina.

La relación entre personalidad antisocial y niveles de cortisol ha sido descrita en las investigaciones de Moss, *et al.* (1999) donde se reporta como anomalía neuroendocrinológica, en

hombres antisociales, la disminución de los niveles de secreción de cortisol. Moss, *et al.* (1999) realizaron un estudio de caso para comparar la secreción de cortisol ante situaciones de estrés en niños de entre 10 y 12 años con riesgo de presentar conducta agresiva y abusiva en la adolescencia a partir de su historia familiar. Teniendo dos grupos: el control y experimental. En este último grupo los menores tenían historia familiar (por parte de los padres) de agresión y abuso de sustancias. Los resultados encontrados mostraron que los niños presentaban mayor riesgo de conducta antisocial, si sus padres tenían historial de abuso de sustancias y conducta violenta; así como que se tenían menores niveles de secreción de cortisol ante situaciones de estrés que los niños del grupo control.

Por otro lado, Sartori, *et al* (2015) evaluaron los niveles de cortisol en adolescentes embarazadas que presentaban síntomas de conducta antisocial. El análisis de los resultados mostró que una menor concentración de cortisol está asociada a un mayor número de signos de conducta antisocial. Se investigaron los niveles matutinos de cortisol plasmático en una muestra de mujeres adolescentes con síntomas de personalidad antisocial. Los resultados indicaron que las mujeres adolescentes con conducta antisocial presentaban niveles más bajos de cortisol plasmático matutino, hecho que apoya la hipótesis de que dichas mujeres podrían tener desregulación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HPA) similar a la encontrada y reportada en los hombres antisociales.

Sin embargo, Azurmendi *et al.* (2016) realizaron una investigación en donde se midieron los niveles de tres hormonas esteroides: testosterona, estradiol y cortisol. Los participantes (ambos sexos) iniciaron los estudios con 8 años y finalizaron con 10 años. Al analizar los resultados, se observó que los sujetos que más habían incrementado sus niveles de agresión a los 10 años eran aquellos cuyos niveles de cortisol también habían aumentado. Por el contrario, los niños que más habían disminuido sus niveles de agresividad eran aquellos cuyos niveles de estradiol habían aumentado más entre los 8 y 10 años. Los resultados parecen indicar un efecto hormonal en la diferente conducta agresiva en función del tipo de hormona; es decir, a mayor aumento de cortisol, mayor conducta agresiva, y a mayor incremento de estradiol, menor conducta agresiva.

Para fines de esta tesis, se realizó una entrevista con la neuropsicóloga Martha de la Torre, directora del Centro de Neuropsicología de Ecuador, quien menciona que es importante recordar que

el cortisol es liberado en momentos de estrés, esto genera que reaccione de forma desproporcionada por una activación paralela de la serotonina. Considera que los pacientes con TND cuentan con un nivel de alerta (elevado a las personas con otros diagnósticos), esto hace que sus niveles de cortisol sean demasiado elevados en estos pacientes. Esto explica que porqué un mínimo detalle del ambiente puede llevarlos a reaccionar de forma exacerbada.

Hablando de aspectos vinculados a la personalidad, Reyna & Brussino (2015) propusieron un modelo de temperamento con tres dimensiones básicas: extraversión (emocionalidad positiva y sociabilidad), afecto negativo (alto nivel de emociones negativas) y control autorregulado (planificación y manejo voluntario de la conducta), el cual se considera puede contribuir de forma diferencial al riesgo de TND en los niños pequeños.

Por su parte, Antunez (2017) menciona que hay estudios realizados con preescolares que indican que los niños con altos niveles de afecto negativo y bajos niveles de control autorregulado presentan dificultades para regular su intensa reactividad emocional, para modular flexible y adaptativamente su comportamiento y su atención, lo que aumentaría el riesgo de que muestren más síntomas externalizados (entre ellos síntomas de TND o problemas conductuales).

Por otro lado, altos niveles de afecto negativo y desregulación emocional temprana tendrían un papel significativo en el desarrollo y la evolución del TND, siendo predictores de este trastorno. A su vez, los niños con bajos niveles de control autorregulado son más propensos a presentar síntomas de TND.

Asimismo, Morales et al. (2015) menciona que el comportamiento derivado del temperamento difícil hace que los niños respondan de manera poco sensible a las prohibiciones y sanciones de las autoridades. Afirma que existen pocas teorías del desarrollo que integran el papel del temperamento o comportamiento desinhibido, para explicar el desarrollo de ciertos comportamientos oposicionistas.

Como se ha revisado a lo largo de este apartado, existen diferentes investigaciones que relacionan déficits neuropsicológicos, estructuras cerebrales, temperamento, hormonas y

neurotransmisores con el TND. Es importante reconocer que los factores biológicos deben ser tomados en un conjunto; es decir, como un modelo multifactorial que podría tener relación con la etiología del TND.

5.2 Factores Sociales

Dentro de esta sección se ahondarán los posibles factores etiológicos sociales del TND (conjunto de códigos arrojados a lo largo de la metodología); abarcando desde los aspectos familiares (tipo de familia, estilo de crianza), apego, desarrollo emocional y aprendizaje social.

Un factor de suma importancia a tomar en cuenta es lo relacionado a la familia y crianza de niño con TND. Como es sabido, la familia es la unidad social básica, en la cual las personas se forman desde sus primeros años hasta su edad adulta, buscando (por lo menos idealmente) que la persona se integre adecuadamente en la sociedad en la que se desarrolla. Sin embargo, la familia puede intervenir de manera negativa en el desarrollo de la persona; no se consolida seguridad personal y emocional. Esto entorpece el desarrollo social, provocando reacciones desadaptativas ante situaciones adversas, como poca tolerancia a la frustración. Debido a la importancia de este factor; se asigna como código para la aplicación metodológica.

Plaza (2014) define a la familia como una institución en la cual se enseñan valores y pautas de conducta, representados especialmente por los padres, los cuales van conformando un modelo de vida para sus hijos, ilustrando normas, costumbres y valores que contribuyan en la madurez y autonomía de sus hijos.

Para Pillcorema (2013) existen diversos tipos de familia y por ello son múltiples las maneras en que cada uno de sus miembros se relacionan y viven cotidianamente. Entre estos tipos están: rígida, sobreprotectora, centrada en los hijos, permisiva, estable, inestable, funcional y disfuncional. Para cuestiones de esta tesis, se tomará en cuenta el concepto de familia disfuncional, ya que como menciona Pillcorema (2013) la familia es el núcleo primario de la persona, donde el ser humano (inscriben sus primeros sentimientos, vivencias, incorporan principales pautas de comportamientos

socialmente aceptadas. Al hablar de una familia disfuncional, se entiende que dichos sentimientos, vivencias y comportamientos no se han desarrollado e integrado en la persona de forma funcional.

Villamarín (2015) define a las familias disfuncionales como aquellos núcleos sociales donde el desarrollo de sus integrantes se afecta negativamente (por las relaciones o situaciones conflictivas existentes). Dentro de este tipo de familia existe una incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales básicas de cada uno de sus miembros; aunque pueda existir el deseo de encargarse y proteger a los niños, no se sabe o no se entiende claramente cómo hacerlo en una manera natural.

Según Plaza (2014), cuando en la familia las normas no están claras y no hay una figura de autoridad establecida, los menores con TND desarrollan más su padecimiento. Es sumamente importante que los menores entiendan de manera clara los límites que se establecen en la convivencia. Las reglas también incluyen aplicar consecuencias/castigos y mantenerse firme en dicha decisión; ya que, si el niño percibe falta de consecuencias ante conductas no deseadas, los padres pierden credibilidad y sobrepasará su autoridad.

Por el otro lado, Alonso *et al.* (2012) menciona que las familias excesivamente estrictas y sancionadoras que no toleran ningún error o desvío de la conducta de las reglas impuestas, pueden dar lugar a que el menor perciba un castigo injusto y se genere una desidia en el cumplimiento normativo por considerar que cualquier acción que haga va a ser concebida errónea y por ende se fomentará la conducta opositora ante cualquier límite.

En la Fundación Integrar (2009) se asocia el TND a una inmadurez emocional que debería haber sido superada en las primeras etapas de la niñez y que provoca que el niño reaccione con comportamientos propios de dicha edad en la medida en que no es capaz de gestionar sus emociones, por lo que responde a través de rebeldía y contrariedad hacia las normas establecidas y socialmente aceptables. Esto se explica retomando las ideas de Plaza (2014) y Alonso, *et al.* (2012) quienes hablan de una familia con normas no claras o excesivamente punitivas. Estos tipos de familia crean un ambiente inseguro (en lugar de facilitador) para el desarrollo del niño, generando así reacciones ambivalentes ante las normas que se buscan establecer en la familia.

La etapa preoperacional del desarrollo cognitivo, según Piaget (1991) comienza a los dos años y se extiende hasta los siete años. En esta etapa del desarrollo se presenta un periodo de egocentrismo. El egocentrismo se produce cuando un niño es incapaz de distinguir entre su propio punto de vista y el de otra persona. Los niños tienden a seguir con su propio punto de vista, en lugar de tomar el punto de vista de los demás. Este punto egocéntrico puede reforzar las conductas contrarias a la autoridad de los adultos. Este egocentrismo puede percibirse exacerbado si la maduración emocional se encuentra poco desarrollada; por lo tanto, el menor responde a sus padres con ataques de ira, impaciencia o una actuación pasiva para no cumplir con lo establecido (quejas recurrentes, excusas, etc.), ya que viven los límites establecidos por los padres como inaceptables.

Otra manera de explicar el desarrollo del TND es profundizar en el siguiente código considerado durante este estudio “el apego” lo cual relaciona la posible relación entre las anomalías de apego⁷ y los trastornos de conducta. Díaz (s.f.) explica que ciertas anomalías en el apego pueden estar asociadas con la etiología, desarrollo o mantenimiento de los problemas de conducta. Para ejemplificar lo anterior, se puede considerar que las conductas precursoras de los trastornos de conducta (rabieta, berrinches, agresiones, oposicionismo, desafío, entre otras) podrían ser estrategias que utiliza el niño para llamar la atención o acercamiento a la figura de apego.

Ainsworth (1979) diseñaron una situación experimental, “La situación del extraño”, para examinar el equilibrio entre las conductas de apego y de exploración, bajo condiciones de alto estrés. Se realizó con niños de doce meses de edad, y tiene como objetivo comprobar la calidad de la relación entre el bebé y su cuidador/a o madre, por lo que durante la observación se evalúa las reacciones del niño al separarlo de la madre y cuando vuelve a reunirse con ella. El experimento consta de ocho episodios, los cuales se explican la figura 2.

Figura 2

⁷ Moneta (2014) retoma el concepto de apego de Bowlby (1969); donde se define al apego como la primera relación del recién nacido con su madre o con un cuidador principal que se supone es constante y receptivo a las señales del pequeño o el niño de pocos años.

Episodio	Personas presentes	Duración	Breve descripción de la acción
1	Madre, bebé y observador	30 minutos.	El observador introduce a la madre y al bebé en la sala experimental, y sale.
2	Madre y bebé	3 minutos	La madre no participa mientras el bebé explora. Si es necesario, se estimula el juego pasados dos minutos.
3	Desconocido, madre y bebé	3 minutos	Entra el desconocido. En el primer minuto, el desconocido permanece en silencio. Posteriormente, el desconocido conversa con la madre. En el último minuto, el desconocido se aproxima al bebé. Después de eso, la madre sale discretamente.
4	Desconocido y bebé	3 minutos	Primer episodio de separación. La conducta del desconocido se coordina con la del bebé.
5	Madre y bebé o más	3 minutos	Primer episodio de reencuentro. La madre entra, saluda, y reconforta al bebé. Después intenta que vuelva a jugar. La madre sale entonces despidiéndose.
6	El bebé solo	3 minutos	Segundo episodio de separación.
7	Desconocido y bebé	3 minutos	Continúa la segunda separación. El desconocido entra y coordina su conducta con la del bebé. Intenta interactuar con él.
8	Madre y bebé	3 minutos	Segundo episodio de reencuentro. La madre entra, saluda al bebé, y le toma en brazos. Mientras tanto, el desconocido sale discretamente.

Figura 2. Obtenido de María del Carmen Ruíz (2016)

En el apego inseguro-evitativo, el niño muestra poca ansiedad durante la separación y un claro desinterés en el posterior reencuentro con el cuidador. Esa respuesta se interpretó como si el niño no tuviera confianza en que la madre estaría disponible; por ende, cuando la madre buscaba el contacto, los niños rechazaban dicha cercanía. Díaz (s.f.) explica que los niños con tipo de apego inseguro-evitativo presentan dificultades emocionales, ya que su desapego era semejante al mostrado por los niños que habían experimentado separaciones dolorosas.

De esta manera, el apego inseguro puede conducir a sesgos hostiles en la percepción del otro, dando lugar a reacciones de agresividad de tipo reactivo. En tanto que el apego seguro daría lugar a relaciones interpersonales basadas en la confianza. Estas relaciones se convierten en el primer ambiente emocional que vive el niño y que le introduce en el grupo familiar. Trianes (2002) explica que la familia es el primer referente social, por lo que su papel es esencial a la hora de configurar los esquemas que regularán la interacción futura del niño con el entorno social. La importancia de las tareas evolutivas características de cada etapa comienza en los primeros meses, y tienen que ver con el establecimiento de un buen lazo afectivo con los padres y la regulación biológica: interacción madre-padre, formulación de una buena relación de apego, exploración, experimentación y dominio del mundo del objeto.

De acuerdo a Erikson (1959) la sociedad y la cultura influyen de manera importante en el desarrollo de la personalidad, por lo que una atención negligente por parte de los padres en los primeros años puede llevar a que el niño desarrolle un sentimiento de desconfianza e intérprete los estímulos afectivos como hostiles, reaccionando de manera impulsiva y muchas veces agresiva.

Así pues, Díaz (s.f.) retoma la idea que los niños con un Trastorno Negativista Desafiante presentan de forma significativa un apego inseguro tanto a la figura paterna como materna; indicándolo como un aspecto más de los implicados en la etiología de los trastornos de conducta.

El ser humano aprende de diferentes maneras; una de ella es de manera vicaria; es decir, sin ejecución abierta del que aprende. Las fuentes comunes de aprendizaje vicario consisten en observar o escuchar a modelos, los cuales pueden ser personas o no humanos (programas de televisión, personajes, videojuegos, etcétera). Los factores socioemocionales que buscan explicar la etiología

del TND se ven influidos por el aprendizaje contextual , por lo que se considera como otro código para fundamentar esta investigación.

Según la teoría del aprendizaje social de Rotter (1954), las pautas de conducta aprendidas tienden a generalizarse a situaciones distintas de aquellas en que se aprendieron, estando el grado de generalización en función del parecido entre la situación original de aprendizaje y los nuevos estímulos. Esto a su vez hace que las respuestas pueden generalizarse con base en señales irrelevantes, y en tales casos se dará una conducta sin valor adaptativo (como podría ser el oposicionismo ante las reglas de comportamiento; por ejemplo, el menor reacciona de forma exacerbada cuando un adulto le indica que tiene que guardar silencio). Por lo que es de suma importancia recordar que el aprendizaje social efectivo requiere tanto una generalización adecuada como finas discriminaciones.

Bandura y Walters (1974) hacen referencia al modelo de conflicto de Miller. Lo abordan como una base para predecir qué es lo que ocurrirá (usando los principios de la teoría del aprendizaje). Para este modelo, las respuestas inhibitorias (de miedo o ansiedad) y las respuestas que compiten, se generalizan en situaciones estimulares semejantes a aquellas que originalmente se aprendieron.

Algunas de las aplicaciones del modelo de conflicto de Miller en el aprendizaje social se han encargado de explicar las reacciones de frustración y agresivas a otras personas como respuestas de miedo aprendidas ante la percepción de las interacciones con los agentes de socialización. Esto hace sumamente probable que los individuos desplacen dichas respuestas agresivas a otras personas u objetos.

Asimismo, la probabilidad de que se dirija contra un determinado objetivo una respuesta agresiva desplazada, se pone en función del parecido de los posibles objetos de agresión con los agentes de socialización, así como de la fuerza de las respuestas originales de agresión y de miedo. Por ejemplo: el menor que es oposicionista con padres y desplaza dicha agresividad a los profesores.

Por ende, el niño puede aprender a comportarse de manera agresiva porque lo imita de padres, adultos u otros compañeros. A este proceso se le llama modelamiento; como ejemplo puede manejarse los castigos impuestos por los padres mediante violencia física o verbal; se convierten para el niño en modelos de conductas agresivas.

Por otro lado, como menciona Serrano y Moya (2009) es importante retomar que cuando un niño vive en interacción con modelos agresivos, va adquiriendo un repertorio conductual con tendencia a respuestas agresivas ante situaciones de conflicto.

El proceso de modelamiento a que está sometido el niño con el aprendizaje social no sólo le informa de modos de conductas agresivos, sino que también le informa de las consecuencias que dichas conductas agresivas tienen para los modelos. Por tanto, dichas consecuencias son agradables porque se consigue lo que se quiere; tienen una mayor probabilidad de que se vuelvan a repetir en un futuro.

Los factores sociales son un punto importante de referencia para la etiología del TND, ya que al considerar el contexto social del niño se pueden plantear diferentes alternativas de intervención, abordaje y entendimiento de esta patología.

5.3 Visión Integradora

Salazar, et al. (2012) retoman el modelo de Barkley para entender los trastornos conductuales como el producto de la interacción de factores socioemocionales, biológicos y neuropsicológicos (problemas en las funciones ejecutivas). Establece que en el TD los factores sociales y familiares de riesgo están relación y son interdependientes; por lo que dichos elementos se establecen en la niñez. Irán incrementando en función de las condiciones psicosociales que viva el menor.

Triana (2017) resalta la importancia que existe en que los niños (aunque tengan un diagnóstico de TND) asuman la responsabilidad de sus actos y actitudes. Menciona la posibilidad de que algunos de los niños que están diagnosticados con dicho trastorno presentan conductas oposicionistas como consecuencia de la incidencia de diferentes factores (biopsicosociales), déficit en las funciones ejecutivas, presentar un apego inseguro, entro otros. A pesar de todos estos factores

es necesario que el niño ubique que es responsable de ubicarse en dichas conductas y actitudes (figura 3).

FIGURA 3

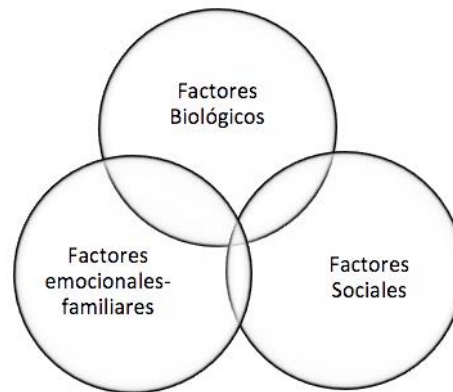


Figura 3. Visión integradora de la etiología del TND.

A modo de conclusión, cuando se piensa en la etiología del TND; es sumamente importante abordarlo desde un modelo biopsicosocial. A través de este modelo se pueden explicar la interrelación e interdependencia de los factores de riesgo, y la progresión de los síntomas psicopatológicos en los diferentes contextos sociales. Como se ha mencionado a lo largo del capítulo, es importante retomar factores biológicos (como son: temperamento, hormonas, estructuras cerebrales, neurotransmisores) y los factores sociales (familia, estilo de crianza, apego, aprendizaje social). Al tomar en cuenta el TND como una patología con una etiología multifactorial se podrá tener un abordaje e intervención adecuada a cada caso y cada paciente.

VI. VISIONES ALTERNATIVAS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TND

Esta investigación tiene como propósito identificar y explicar algunas bases etiológicas del TND, para lograr una intervención más adecuada en cada paciente. Asimismo, a partir de dichos fundamentos etiológicos, poder explicar y tratar el TND como un diagnóstico secundario y no tanto como un diagnóstico primario.

Por eso, a continuación, se explicarán diferentes modelos, abarcando desde la Teoría de Integración sensorial, Modelo del Iceberg, Modelo de Developmental, Individual Differences and Relationship-based, entre otros, que proporcionan una nueva alternativa para entender el origen del TND. A este conjunto de códigos se le nombró como “respuestas adaptativas”, lo cual permitirá generar una conexión y comparación con las categorías anteriores.

Retomando los argumentos de Best, Miller y Jones (2009) y Fonseca-Parra y Rey-Anaconda (2013) se señala que el TND presenta déficits neuropsicológicos, especialmente fallas en las funciones ejecutivas, que podrían explicar dificultades de autorregulación tanto a nivel social como académico y que tienen su expresión observable en el comportamiento. Para explicar esto es importante tomar en cuenta la Teoría de Integración Sensorial (IS) de Jean Ayres (2010) creada para abordar los problemas de aprendizaje en niños.

Ayres (2010) explica que el lento aprendizaje y los problemas de comportamiento en los niños frecuentemente son causados por una integración sensorial inadecuada en el cerebro. Es importante recalcar que la integración sensorial es la organización de sensaciones para su uso; por ejemplo, se debe organizar dichas sensaciones si la persona debe moverse, aprender y comportarse normalmente.

En la explicación de su teoría, Ayres (2010) hace una comparación entre el cerebro y un policía de tráfico. El cerebro tiene como función localizar, clasificar y ordenar las sensaciones (al igual que el policía a los coches en el tráfico). Cuando se da una organización adecuada, el cerebro utiliza las sensaciones para formar percepciones, comportamientos y aprendizajes. Por otro lado,

cuando el caudal de sensaciones es desorganizado; la percepción, comportamiento y aprendizaje no tendrá respuestas adaptativas⁸.

Fajardo y Salgado (2018) explican que, durante los primeros siete años de vida, toda la actividad del cerebro es parte del proceso de organización de sensaciones en el sistema nervioso. La mayor organización sensorio motriz ocurre durante una respuesta adaptativa a una sensación; con esta la persona maneja su cuerpo y el ambiente que la rodea de manera funcional y creativa.

Es sumamente importante destacar que las habilidades académicas, comportamiento y desarrollo emocional, tienen como base el fundamento sensoriomotor; por ende, se explicará de manera breve el desarrollo de la integración sensorial, explicado por Ayres (2010); para lograr entender con claridad dónde se puede entorpecer el proceso de integración y generar una desorganización (la cual puede afectar en el comportamiento de los niños).

Primeramente, el cerebro debe organizar las sensaciones del propio cuerpo y las del medio ambiente. Una persona es capaz de adaptarse a una situación, únicamente si el cerebro conoce de qué se trata; es decir, cuando un niño responde de manera adaptativa es porque su cerebro está organizando las sensaciones eficientemente. Cada respuesta adaptativa lleva a una mayor integración de las sensaciones que surgen al tener esa respuesta.

Serna, *et al.* (2017) explican el proceso de la integración sensorial a través de cuatro fases que muestran cómo la información sensorial llega al SNC y se procesa dicha información para que tenga sentido. Las fases se explican la figura 4.

FIGURA 4

⁸ Ayres (2010) define una respuesta adaptativa es una respuesta a una experiencia sensorial provista de un propósito y una meta.

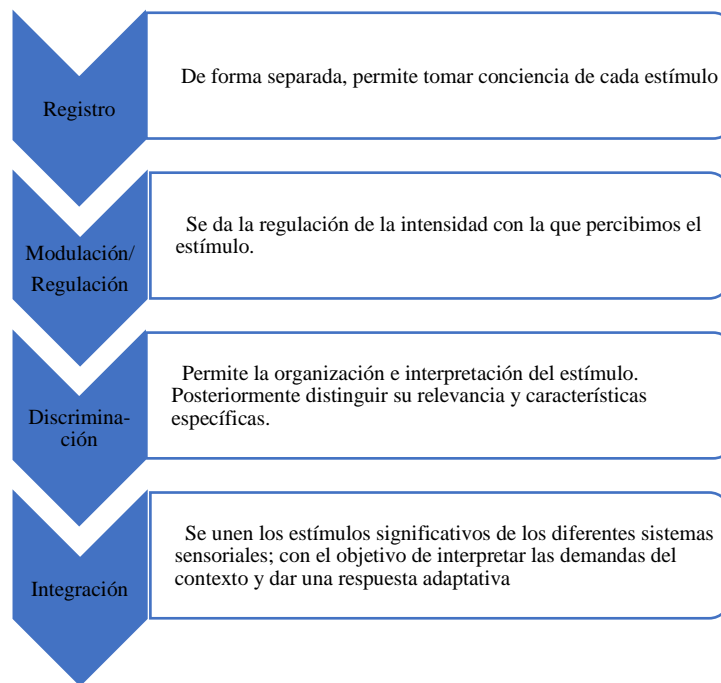


FIGURA 4. Fases de la integración sensorial

Una vez comprendidas las fases de la integración sensorial, se presentan los sistemas que están involucrados en el proceso de integración sensorial como tal. Fajardo y Salgado (2018) explican que la percepción visual, permite al niño observar, interpretar e interactuar con el entorno y las personas que le rodean; esto va favoreciendo la coordinación manual lo cual le permitirá el desarrollo de otras habilidades como procesos de recepción y emisión de la emocionalidad, la comunicación, el lenguaje gestual y la interacción.

En cuanto a lo relacionado con lo auditivo, Fajardo y Salgado (2018) menciona que el estímulo sonoro pasa por una cadena de estructuras para lograr llegar a la escucha como tal. Este proceso ayuda a tener un mejor nivel de escucha como un proceso activo y la capacidad para oír al captar la información relevante (dentro de un proceso pasivo).

Por otro lado, se debe mencionar que el sistema vestibular se estimula por los movimientos de la cabeza y los efectos de la gravedad sobre el cuerpo; este sistema, aunado al propioceptivo,

regulan el control postural y el tono muscular, logrando un reconocimiento de las funciones de cuerpo, que en el niño constituyen la base para la adquisición de habilidades y dominio de funciones, como por ejemplo esfínteres, función grafomotora, carrera, marcha, entre otros. Asimismo, el sistema propioceptivo (encargado de controlar la percepción de la posición del cuerpo, la velocidad y el ritmo de los movimientos en la fuerza de los músculos) así como el sistema táctil, son la base para el desarrollo del control del movimiento del cuerpo, así mismo, el desarrollo de habilidades tales como imagen corporal, ajuste postural el cual le ayudará al niño a mejorar la planificación de los movimientos.

El sistema olfativo y el del gusto están relacionados entre ellos, ya que potencializan elementos de identificación, gusto y rechazo. Específicamente, Fajardo y Salgado (2018) mencionan que el gusto desde los primeros años de vida es la base de las sensaciones que demarcan la vida del niño, y que a futuro puede ser un agente motivador o de repulsión ante situaciones, alimentos, sensaciones, actividades, etcétera.

El desarrollo de cada uno de los sistemas es de suma importancia ya que existe una necesidad de que padres, docentes y personas dedicados a la educación; logren una adecuada estimulación de cada uno dichos sistemas. Ayres (2010) afirma que todo lo que el niño haga tiene un principio, un desarrollo y un fin; es decir que cada aprendizaje nuevo se logra a través de consolidación de procesos; por eso es necesario una adecuada estimulación que beneficie la integración sensorial.

Retomando tanto las fases de la integración sensorial, los sistemas involucrados y la consolidación adecuada de la unificación sensorial, se entiende que un problema de aprendizaje está relacionado con una integración sensorial deficiente. Serna, *et al.* (2017) explican que en el proceso de aprendizaje depende de la habilidad del niño para captar, tratar, integrar y usar dicha información sensorial para planificar y organizar el comportamiento. Por ende, cuando hay una integración sensorial no adecuada; el niño tiene dificultades para planificar y producir un comportamiento.

Tomando en cuenta los factores biológicos presentados en el capítulo anterior, se puede relacionar esta falla en la integración sensorial con los déficits neuropsicológicos explicados por

Fonseca-Parra y Rey-Anaconda (2013) y Best, Miller y Jones (2009). Estos autores manejaban fallas en la planeación de metas, pensamiento alternativo, conciencia en sí mismo y en el entorno, autorregulación, flexibilidad cognitiva, habilidad para resolver problemas mediante planificación y organización.

Al no lograr una unificación adecuada de sensaciones, es probable que presenten poca flexibilidad y pensamiento alternativo, ya que es la forma en que logran compensar dicha deficiencia en la integración sensorial y lograr una compensación (y por ende dar una respuesta medianamente funcional), por lo que no cuenta con otras opciones de resolución de conflicto.

Lo mismo ocurre con la falla en la conciencia en sí mismo y el entorno, puesto que las sensaciones relacionadas con el sistema propioceptivo no se logran unificar de forma adecuada los estímulos, por ende, el niño no es capaz de unificar sus propias sensaciones; esto hace que se comprometan los estímulos contextuales (es decir, los estímulos del ambiente no son percibidos de una manera adecuada). Aribau (2018), explica que el sistema propioceptivo es la conciencia del cuerpo. Retoma la idea que el primer aprendizaje del niño es a partir de la experiencia sensorial, sino se logra una adecuada conciencia del cuerpo, no se logrará unificar los estímulos del contexto; por lo que el menor responderá de la a dichos estímulos y sensaciones con una respuesta no adaptativa.

Se puede pensar que dicha integración sensorial deficiente lleva al niño a reaccionar de manera irritable, mostrando enojo, poca tolerancia a la frustración (perdiendo los estribos y actuando resistente; por lo que discute con personas adultas), desobediencia (la respuesta del niño no es lo que el adulto espera, sin embargo, el niño no logra responder de una manera más adaptativa) y su conducta hace que las personas que están cerca de él se alteren.

Por ende, cabría la posibilidad de que las fallas neuropsicológicas (especialmente en las funciones ejecutivas) dentro del TND, podrían estar encubriendo una falla en la base del desarrollo de la integración sensorial. De ser así, se debe identificar las áreas de integración sensorial que se encuentran comprometidas y dar una intervención adecuada, para mejorar el procesamiento de la información sensorial; y, por ende, una mejor organización en sus respuestas adaptativas. Al lograr

una mayor organización, mejorará la capacidad del menor para relacionarse socialmente y tener un mayor autocontrol.

Además de dichas fallas en las bases de la integración sensorial, se debe retomar que actualmente existen técnicas para estudiar las estructuras cerebrales implicadas con impulsividad y/o agresividad, las más usadas son la resonancia magnética, tomografía computarizada y tomografía de flujo. Es importante recordar que el cerebro tiene una naturaleza bioquímica, la cual complementa a la anatómica.

Con respecto a esto, Díaz (s.f.) explica que un solo neurotransmisor puede estar implicado en numerosas funciones dependiendo del receptor en el que actúe; por ende, este autor mantiene que para entender el control cerebral de la agresividad es necesario saber cómo interactúan las estructuras cerebrales y los neurotransmisores. Esto es muy importante para los fines de esta tesis; ya que al conocer esta interacción se podrá discutir la pertinencia del tratamiento farmacológico para el padecimiento de TND; así como en la superposición de síntomas con otros trastornos (tomando en cuenta la interacción estructural y neuroquímica del cerebro).

Retomando las investigaciones de Soria, *et al.* (2008) en las que se destaca al hipotálamo como una estructura fundamental en el control de la conducta agresiva. Se debe recordar que el hipotálamo estimula las glándulas endocrinas mediante factores de liberación que tienen efectos sobre el comportamiento. Complementario a eso, Díaz (s.f.) explica que la vasopresina es un neuropéptido con función de neurotransmisor. Las células hipotalámicas dependen de ella como señal para otras células del cerebro y esto genera que sea una hormona iniciadora para algunas conductas. La vasopresina se relaciona con memoria, atención, aprendizaje, supervivencia (si hay niveles bajos, no hay percepción de un contexto peligroso).

Asimismo, es sumamente importante mencionar la vasopresina es testosterona-dependiente; por lo que se entiende que, a niveles altos de testosterona, mayores niveles de vasopresina, y por ende se percibe el contexto como peligros y/o amenazante. Al tener dicha sensación de estar en peligro, los niveles de agresividad aumentan.

Asimismo, la vasopresina actúa directamente en la glándula suprarrenal; estimulando la secreción de glucocorticoides, los cuales dan origen al cortisol. Retomando las investigaciones de Azurmendi *et al.* (2016) y la entrevista con la neuropsicóloga Martha de la Torre, se explica cómo los niveles altos de vasopresina y de cortisol, estimulan mayores niveles de agresividad.

Como se ha mencionado a lo largo de esta tesis, la vasopresina y el cortisol aumentan sus niveles cuando el contexto es percibido como agresivo o estresante. Delahooke (2018) explica las conductas desafiantes de los niños dentro de un ciclo que incluye periodos de estrés y recuperación del mismo.

Delahooke (2018) explica los comportamientos de los niños a partir del Modelo del Iceberg (figura 5); donde establece que los desafíos de comportamiento son la parte visible del iceberg, y las respuestas para ayudar a los niños a menudo se encuentran debajo de la superficie de los comportamientos. La punta del iceberg únicamente dará el “¿qué?” del comportamiento, mientras que lo que no se ve dará respuesta al “¿por qué?” del comportamiento. Se debe dejar a un lado la suposición de que hay algo malo con el niño, sino que se debería hacer la pregunta "¿qué está experimentando el niño en este momento en cuerpo y mente?".

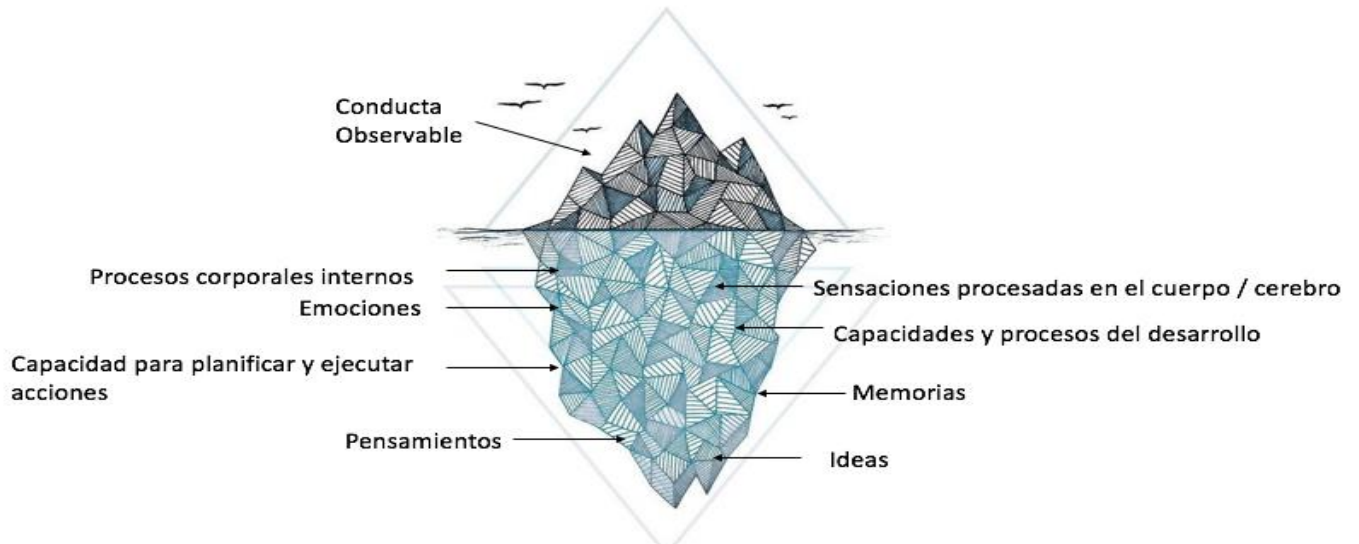


FIGURA 5

Figura 5. Modelo del Iceberg (Delahooke, 2018)

A partir de la Teoría Polivagal del Dr. Stephen Porges (2007) se explica cómo el cerebro y el cuerpo trabajan de manera bidireccional para ayudar a los seres humanos a sobrevivir y prosperar. Las respuestas de comportamiento representan cómo el sistema nervioso de una persona está regulando constantemente la respuesta del cuerpo ante el estrés.

Tomando en cuenta lo anterior, se puede entender que cuando un niño experimenta desafíos de comportamiento persistentes; se trata de una indicación de que el sistema nervioso del niño se está ajustando y respondiendo automáticamente a estas diversas formas de estrés.

Retomando la Teoría Polivagal se observa a los comportamientos como adaptivos y como una demostración de la competencia filogenética del ser humano a la supervivencia.

Es importante mencionar que para Porges (2007) existen tres estados neurofisiológicos para la supervivencia: compromiso social (vía vagal ventral), defensa (vía simpática) o la amenaza a la vida (vía vagal dorsal). Como se mencionó antes, el compromiso social (filogenéticamente) es el

más funcional; sin embargo, los tres estados son adaptativos porque están motivados por nuestros instintos de supervivencia para llevar nuestro cuerpo a un lugar seguro cuando no nos sentimos seguros. Esencialmente, el estado visceral (estado fisiológico de nuestro cuerpo) influye en el comportamiento y la reacción de los niños para ayudarlos a enfrentar las experiencias que viven.

A modo de resumen, Porges replantea el modelo médico clásico, centrado en los comportamientos observables y en ver los grupos de síntomas como trastornos a tratar. La Teoría de Polyvagal, se centra en los procesos subyacentes que causan los comportamientos.

Porges (2007) y Delahooke (2018) establecen que la raíz de muchos trastornos psiquiátricos (incluido el TND) es una falla en la neurocepción.

La neurocepción es el proceso de vigilancia subconsciente del cerebro y del cuerpo, si existe seguridad o amenaza en el medio ambiente. A veces, el cuerpo y el cerebro de una persona detectan una amenaza cuando la persona está realmente segura, o viceversa. Porges (2007) llama a esto como neurocepción defectuosa.

Profundizando más sobre la neurocepción defectuosa, se tomarán en cuenta las investigaciones de Tudela-Torras, Abad-Mas y Tudela-Torras (2017) en el cual se analiza el desarrollo neuronal desde las primeras fases; se observa que las primeras conexiones neuronales se crean desde que el recién nacido recibe un estímulo (a través de los sentidos) y éstos llegan al sistema nervioso. En el sistema nervioso central, se reconocen dichos estímulos y se emite una respuesta adaptada a la situación que vive. Por ejemplo: cuando un niño está llorando, escucha la voz del cuidador y se tranquiliza.

En los postulados de Ayres (2010) y retomando a Tudela-Torras, Abad-Mas y Tudela-Torras (2017) se establece que la repetición del proceso de reconocimiento y respuesta de estímulos; forjan procesos neurológicos estables y patrones motores. Dichos procesos y patrones serán la base para la adquisición de funciones ejecutivas superiores (como la regulación de conducta).

A partir de este proceso de integración sensorial, se explica la neurocepción defectuosa desde una falla en el proceso básico de integración sensorial, en el cual el menor no logra manejar y

unificar los estímulos presentes en su entorno; es por eso que percibe como una situación amenazante. Al ser percibida de manera amenazante, se incrementarán los niveles de estrés generando un aumento en los niveles de vasopresina y cortisol; y por ende aumentando las conductas agresivas (en el caso de los niños, conductas opositoras).

Es decir, las conductas serias y persistentemente desafiantes son respuestas a la percepción de riesgo del niño en el entorno físico o relacional. Cuando un niño actúa de manera defensiva, el cuerpo del niño está involucrado en un proceso dirigido a la supervivencia básica. Estos procesos, estarían debajo de la parte visible del iceberg en el modelo que establece Delahooke (2018), ya que internos son invisibles y lo que se observa son las conductas desafiantes que resultan.

La neurocepción defectuosa puede ser detectada, ya que a veces los niños reaccionan de manera exagerada o no reaccionan de manera adecuada en las evaluaciones de situaciones o del entorno. Un niño con un sistema nervioso vulnerable o una situación traumática puede detectar de manera equivocada en una amenaza en el medio ambiente; incluso cuando el niño está en un ambiente seguro, provocando reacciones defensivas.

Por ende es sumamente importante reconocer que para Porges (2007) y Delahooke (2018) la salud mental de los niños está influenciada por la manera en que los cuidadores o adultos cercanos se enfrentan a la neurocepción del entorno relacional y físico de los niños.

Tomando en cuenta la teoría manejada por Delahooke (2018) y Porges (2007) el comportamiento del menor se debe analizar desde dos puntos de vista: desde su desarrollo socioemocional y desde las señales de un niño en el momento en que llevan a cabo el comportamiento.

Algunos comportamientos son el resultado de una intención reflexiva y la capacidad voluntaria del individuo para realizar una acción particular. Bryson & Siegel (2011) describen que el pensamiento se debe ir desarrollando con el tiempo hasta lograr conexiones en la corteza prefrontal (“upstairs brain”). Como se ha mencionado, el área prefrontal es esencial para planificar y dirigir el comportamiento motor, cognitivo, afectivo y social. Por ende, el desarrollo integral del niño

depende de las relaciones (incluyendo el cuidado y atención brindada por los adultos); ya que a partir de éstas el menor logra desarrollar un control intencional, aprende, reflexiona, planifica y busca consolidar objetivos a largo plazo.

Bryson & Siegel (2011) explican que antes de que se dé el desarrollo de un pensamiento eficiente arriba hacia abajo; el niño utiliza los comportamientos de abajo hacia arriba (*downstairs brain*) para ayudar a mantener la vida. Estas conductas surgen de manera inconsciente (no implican un procesamiento consciente). La percepción subconsciente de seguridad y amenaza subyace a estos comportamientos, que son adaptativos y emergen del impulso instintivo hacia la autoprotección. El área cerebral asociada a estos comportamientos es el sistema límbico.

Retomando lo anterior, es común que los adultos cercanos al niño creen que ellos están actuando deliberadamente, pero en realidad el comportamiento es una respuesta al estrés, motivado por la neurocepción de la amenaza.

Por ende, las conductas de los niños deben entenderse desde las directivas de *upstairs brain* y *downstairs brain*; de esta forma se podrán dirigir las intervenciones para apoyar a los niños y las familias.

Las ideas de Delahooke (2018), Porges (2007), Bryson & Siegel (2011) dan la base para el desarrollo social-emocional; es importante que haya una percepción de seguridad y un contexto potencializador para lograr fortalecer la comunicación social.

Casals y Abelenda (2012) retoman el modelo DIR (Developmental, Individual Differences and Relationship-based) creado por Stanley Greenspan en los años 70. En este modelo se retoma la idea de que, en el desarrollo (D de DIR), las capacidades emocionales funcionales (CEF) están formadas por habilidades relacionadas con la interacción, comunicación y pensamiento.

Como se mencionó en el párrafo anterior, las CEF dependen de habilidades. Casals y Abelenda (2012) las explica como: la regulación e interés por el mundo (gestionar y seleccionar los estímulos que recibe de su entorno, se desarrolla mediante la corregulación con el adulto, es decir, el referente social), vinculación (la capacidad de atención se dirige hacia el cuidado, dando una

atención mutua. Esto da las bases del apego). También se menciona la comunicación simple de ida y vuelta, la cual se define como la capacidad de comunicarse con un propósito. También se habla de la capacidad del menor para comunicar sus necesidades, deseos y resolución de problemas de manera conjunta; comienzan a leer el lenguaje no verbal del adulto. A esta habilidad se le conoce como comunicación gestual compleja.

Aunado a lo anterior, Casals y Abelenda (2012) mencionan las ideas emocionales (capacidad de representar y expresar ideas, emociones y deseos a través del juego y el lenguaje), el pensamiento lógico (capacidad del menor para comunicar sus deseos, intenciones de manera lógica. Esto genera las bases para la formación de habilidades sociales).

Por otro lado, es importante mencionar que las diferencias individuales (I de DIR) se refiere a los elementos que hacen única a cada persona. En este apartado, se deben considerar puntos relevantes tales como el diagnóstico, ya que a partir de éste se da la vinculación entre el niño y las personas que le rodean; tomando en cuenta el uso del diagnóstico como una etiqueta para guiar el abordaje que influye en la comunicación y la relación con el niño. Dentro de las diferencias individuales, es importante retomar las bases neurológicas; es decir, discriminación sensorial (integración sensorial) y regulación del sistema nervioso (relacionado con las ideas descritas de Ayres (2010), Delahooke (2018) y Porges (2007)).

Dentro de las investigaciones de Casals y Abelenda (2012), las relaciones entre adultos y niños (R de DIR) se trata de adaptar las interacciones entre los cuidadores y los niños.

A continuación, en la figura 6 se muestra un diagrama del modelo DIR donde se explica la interacción y la secuencia de estos elementos.

FIGURA 6

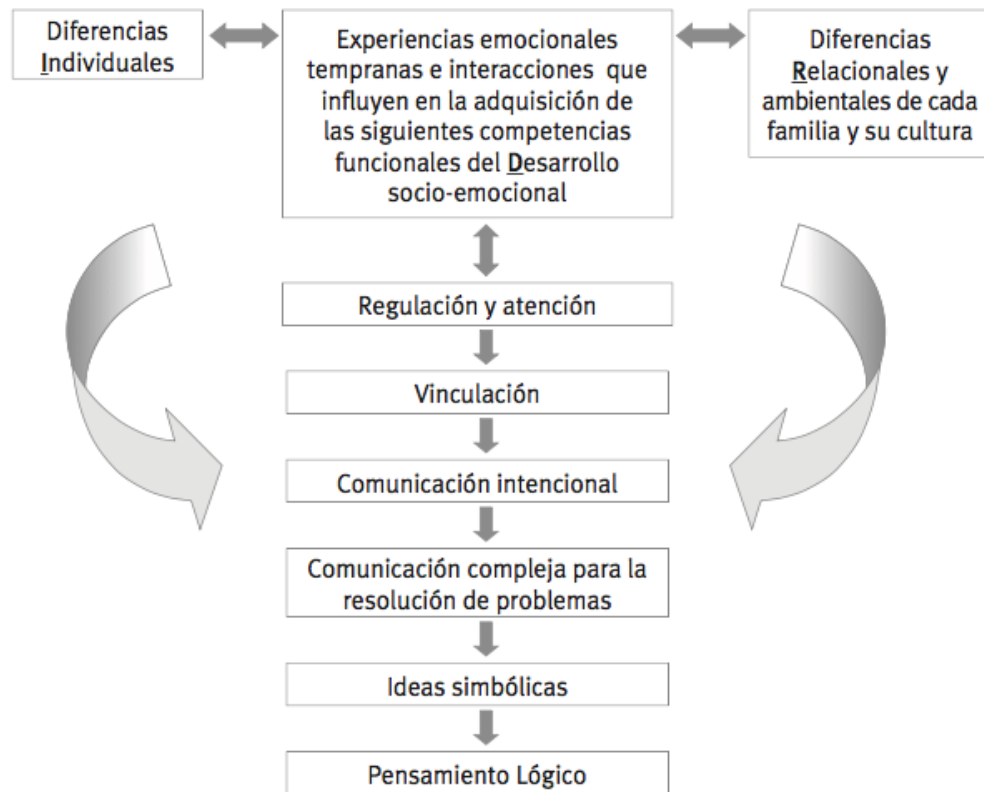


Figura 6. Modelo DIR (obtenido de Casals y Abelenda, 2012)

El modelo DIR permite una pauta para poder ubicar mejor el desarrollo socioemocional del menor y poder entender qué conductas y habilidades sociales se pueden esperar del niño. De esta forma, cuando se presentan comportamientos desafiantes, es necesario reubicar la fase del desarrollo emocional para lograr una intervención adecuada a la raíz de dicha conducta.

A partir del análisis de este modelo, se pueden retomar las ideas de Plaza (2014) y Pillcorema (2013) y Ruelas (2013) donde se toma en cuenta a la familia como el núcleo donde se dan los primeros sentimientos, vivencias y se incorporan principales pautas de comportamientos socialmente aceptadas.

Cuando el contexto familiar, no se vuelve un marco de referencia de ambiente seguro, el niño no logrará consolidar de forma adecuada las habilidades sociales esperadas para su edad. Como se mencionó anteriormente, Plaza (2014) y Alonso, *et al.* (2012) los estilos de crianza de cada familia (refiriéndose principalmente a un estilo punitivo o con normas no claras) generará problemas desde la atención e interés por el contexto (esto generando déficits en todas las habilidades subsecuentes).

El niño requiere un ambiente facilitador en el cual exista una figura que le ayude a una correulación y como un referente social. Cuando el menor no cuenta con esa figura, es lógico pensar que percibe su entorno como inseguro; es aquí cuando reacciona el proceso de neurocepción, por lo cual el menor reaccionará de manera ambivalente o con conductas defensivas ante dicho adulto, en el momento en que busca imponer normas (las cuales el niño no ha logrado integrar en su vida diaria).

Sin lugar a duda, el apego es esencial para poder desarrollar la habilidad de vinculación; y de esta manera lograr un ambiente facilitador para lograr las conexiones con el área prefrontal y favorecer la planeación de conductas.

Cuando se habla de vinculación desde el modelo DIR, se toma en cuenta el conocimiento de otro que está pendiente y cuidando al menor; de esta manera se genera una atención mutua entre el cuidado y el menor. Sin embargo, como planteaba Díaz (s.f.) cuando existe un apego inseguro- evitativo, el niño no confía en la atención del cuidador. Después de la separación del cuidado, el niño no le reconoce cuando le vuelve a prestar sus cuidados; ya que no es una situación que ocurre de forma constante.

Por otro lado, Oliva (2004) explica que en el apego inseguro muestran respuestas emocionales como resistencia al contacto, irritación y la búsqueda continua de la atención del cuidador. Esto se debe a que el niño percibe al cuidador como “no siempre disponible”, ya que emocionalmente es inconsistente o puede mostrarse dependiente ante las conductas del niño.

El apego tiene como función garantizar la supervivencia del niño dentro de diferentes tipos de ambiente. Esto lleva a que se aprendan diferentes intensidades de la reacción emocional y la

interpretación de dichas situaciones como seguras o amenazantes. Se debe recordar que el apego genera la base de la vinculación y por ende el desarrollo de un modelo mental (teniendo como fin último el desarrollo del pensamiento lógico).

Si el apego es de tipo evitativo o inseguro el menor percibirá el ambiente y los adultos dentro de él como no seguros; por ende, la integración de creencias, emociones y pensamientos de ellos mismos y el mundo social, será deficiente.

Al englobar las ideas de Delahooke (2018), Porges (2007), Bryson & Siegel (2011), Casals y Abelenda (2012), Díaz (s.f.), Oliva (2004), Ayres (2010), Plaza (2014), Alonso, *et al.* (2012), Ruelas (2013) y Picollerma (2013); se comprende que neurocepción de cada niño se puede desarrollar favorablemente desde un contexto que brinde seguridad y cuidado hacia el menor. Asimismo, el papel de la familia y cuidadores cercanos es sumamente importante ya que gestan las primeras experiencias emocionales e interacciones con el mundo social.

De esta manera, cuando hay un ambiente percibido como amenazante; el menor consolida aprendizajes del contexto social que generan respuestas no adaptativas o acordes a las situaciones que se viven. Asimismo, como mencionó Serrano y Moya (2009) se rodean de ambientes no seguros o modelos agresivos, el repertorio conductual tendrá tendencia a respuestas agresivas en el momento de resolver problemas.

Si el menor percibe de manera amenazante lo que le rodea, responderá defensivamente e incluso con conductas opositoras. Como se mencionó, Rotter (1954) y Bandura y Walters (1974) hablan de una generalización de las respuestas; gracias a la situación original de aprendizaje. Por lo que el modo de relacionarse con otras personas será a partir de desafíos de conducta.

Para visualizar el TND se debe tomar en cuenta una visión integradora, como la que retoma Salazar, *et al* (2012) como una interacción de factores socioemocionales y biológicos.

A lo largo de este apartado se ha explicado desde diferentes hipótesis como las conductas opositoras y desafiantes pueden estar encubriendo un conflicto en el desarrollo biológico y social. Se debe ir más allá de la conducta observable, para poder comprender qué es lo que genera que el

menor reaccione de dicha manera. Por ende, se debe cuestionar el uso de fármacos para el diagnóstico de TND; ya que cuando la situación tiene una base más profunda, los medicamentos controlarán los síntomas de manera momentánea, lo cual puede ser contraproducente a largo plazo, al reducir la ansiedad del niño y de la familia por el comportamiento oposicionista, y alejar su atención de las causas reales del problema.

Al lograr que el menor perciba el contexto de maera segura y facilitadora, se podrán regular las respuestas al estrés; e incluso biológicamente se podrán disminuir niveles de cortisol y vasopresina, ya que el nivel de alerta del menor disminuirá porque se logrará sentir seguro y con confianza en lo que le rodea.

VII. ANÁLISIS

En este capítulo se mostrará el análisis de los datos que surgieron de la investigación sobre el TND. Como se explicó en el capítulo II, en esta tesis se llevó a cabo aplicando la teoría fundamentada como modelo metodológico.

Los incidentes, es decir la unidad de muestreo que se utilizó en esta tesis, fueron los artículos científicos sobre neurociencia cognitiva social, etiología neuropsicológica del TND, así como los manuales diagnósticos (CIE 10 y DSM-5), diferentes definiciones de comportamientos oposicionistas, apego y vinculación, los modelos alternativos para explicar el origen del TND, la neuroendocrinología y la bioquímica de la agresión.

Las bases de datos científicas que fueron consultadas son ScienceDirect, Scopus, Ebsco Host, DynaMed, Medline. A modo complementario para profundizar en la importancia del cortisol en el TND se realizó una entrevista a la neuropsicóloga Martha de la Torre.

A partir del análisis y comparación de los incidentes antes mencionados, se obtuvieron diferentes códigos. Los cuales fueron los siguientes:

- a) Causas
- b) Manifestaciones
- c) Epidemiología
- d) Tratamiento

A partir del método comparativo constante de los códigos y del surgimiento de categorías, existen similitudes entre los códigos (es decir, los incidentes analizados dan información de uno o más códigos). En la figura 7, se explica a través de un diagrama de Venn, los nombres de los autores (incidentes analizados) y su relación con los códigos. De este proceso surgen las categorías utilizadas durante esta tesis.

FIGURA 7

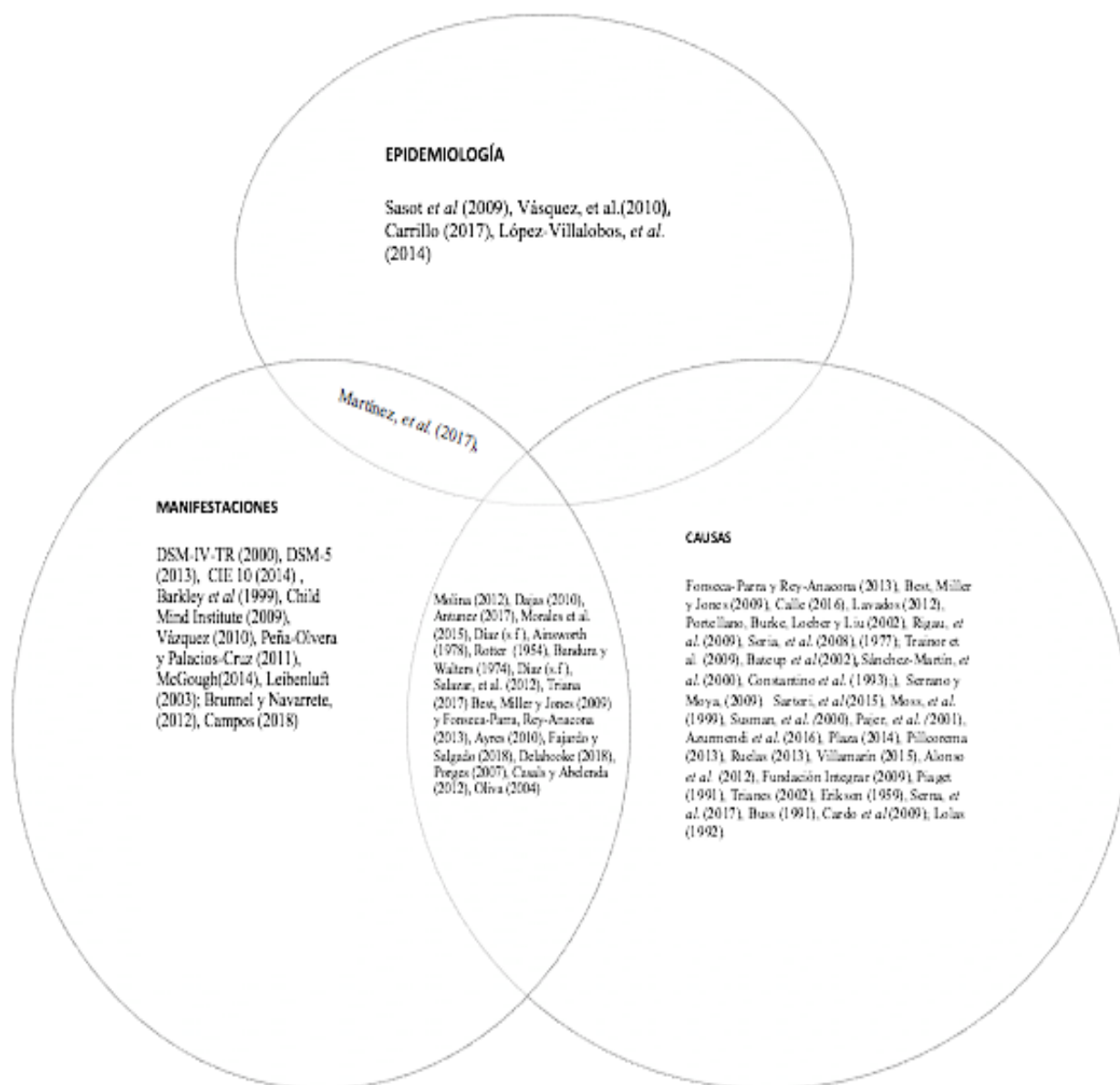


Figura 7. Análisis de resultados a partir del método comparativo constante

FIGURA 8

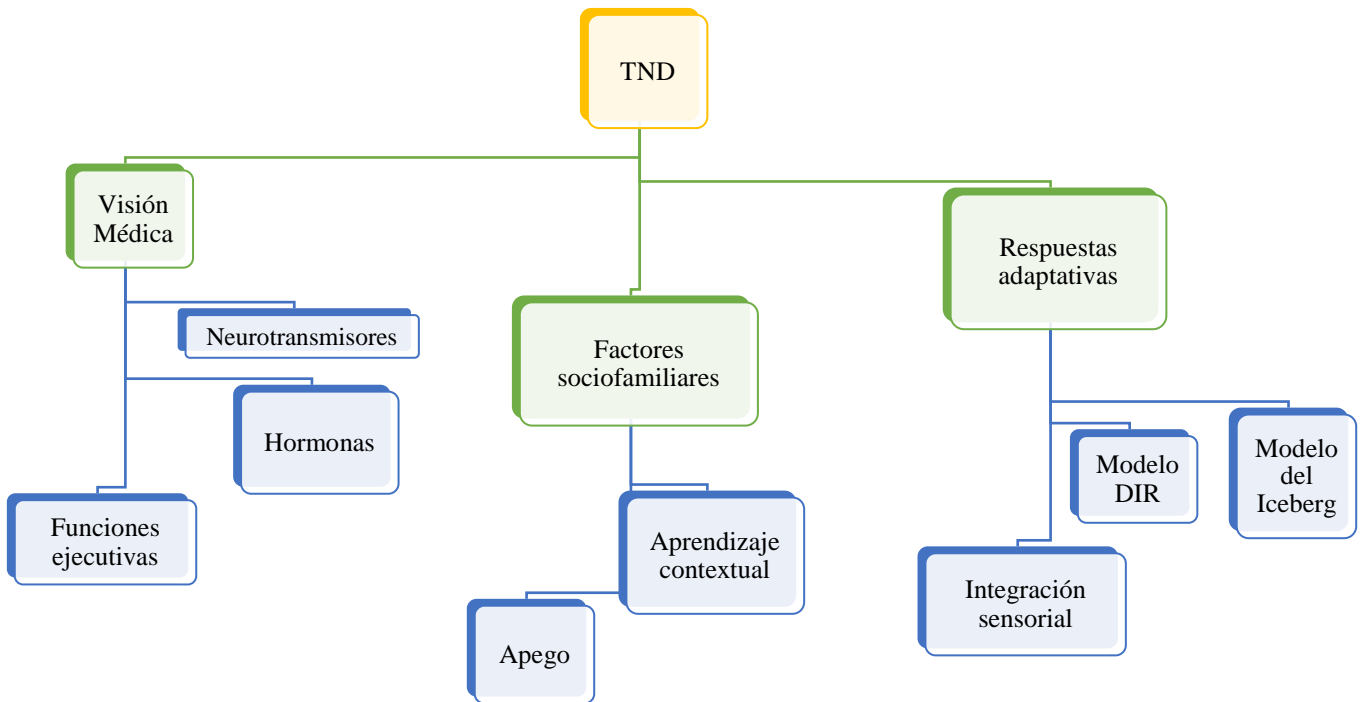


Figura 8. Categorías plantadas

Los datos fueron analizados a partir de categorías y subcategorías. Las categorías incluyeron “visión médica” (teorías clásicas que explican la etiología del TND desde una concepción déficit-enfermedad; es decir, a partir de una falla biológica se originaría el trastorno). Dentro de esta categoría se crearon subcategorías, las cuales fueron: “neurotransmisores” (rol que juegan dentro del TND), “funciones ejecutivas” (implicaciones en el diagnóstico estudiado) y “hormonas” (específicamente cortisol y testosterona; y sus afectaciones en el TND).

Otra categoría incluida fue “los factores sociofamiliares” (rol de la familia, cuidadores y agentes sociales en la concepción y origen del TND); dentro de esta categoría se manejaron dos subcategorías: “apego” (relación del tipo de apego con la etiología de comportamientos

oposicionistas) y “aprendizaje contextual” (relación de conductas oposicionistas como el resultado del proceso de aprendizaje a partir de modelos).

Para finalizar la categorización de datos, se realizó el análisis y comparación de los incidentes relacionados con las visiones alternativas de la concepción del TND; a partir de esto, se creó una categoría denominada “respuestas adaptativas”. A partir de esta categoría se manejaron tres subcategorías: “integración sensorial” (relación de una integración sensorial incompleta con comportamientos y reacciones oposicionistas), “modelo DIR” (capacidad del niño para comunicarse y tener una adecuada resolución de problemas), “modelo del Iceberg” (análisis de los comportamientos oposicionistas y las intervenciones adecuadas para dichos comportamientos).

Finalmente, las categorías fueron conectadas entre sí, llegando a una categoría central denominada como “concepción bidimensional del TND”.

Al obtener dicha categoría central, se puede realizar una teoría sustantiva en donde se entiende al TND como una patología que puede ser entendida desde dos visiones: las visiones clásica y alternativa, que se describirán con más detalle en el siguiente capítulo.

VIII. DISCUSIÓN

El objetivo de esta tesis consiste en conceptualizar el diagnóstico del TND desde un punto de vista bidimensional. A lo largo de esta investigación se realizó un análisis basado en la metodología de teoría fundamentada. Se manejó como categoría central la “concepción bidimensional del TND”; ya que se explican las dos visiones a través de las que se enfoca el diagnóstico. A lo largo de este trabajo se han ido explicando los códigos que fueron utilizados para ahondar en dicha categoría central.

Por un lado, el primer hallazgo de esta tesis es la visión clásica en la cual se plantea un modelo salud-enfermedad, que se enfoca en las fallas en las funciones ejecutivas, el nivel hormonal (un nivel alto de cortisol y testosterona), y déficits en la secreción de neurotransmisores. Dentro de los artículos revisados de Molina (2012), Martín (2006), Dajas (2010), Antunez (2017), Morales et al. (2015), Díaz (s.f.), Ainsworth (1978), Rotter (1954), Bandura y Walters (1974), Díaz (s.f.), Serrano y Moya (2009), Salazar, et al. (2012), Triana (2017), Sasot *et al.* (2009), Vásquez, *et al.* (2010), Carrillo (2017), así como los manuales DSM-IV-TR (2000), DSM-5 (2013), CIE 10 (2014), se toma en cuenta al diagnóstico como el punto central del tratamiento. Asimismo, dentro de los artículos revisados no se encontraron medicamentos específicos para el TND, es decir, se administran fármacos dentro de la comorbilidad con otros trastornos.

Orozco (2003) explica que una de las terapias que se encuentra en auge son las flores de Bach; las cuales son un sistema de medicina natural basado en 38 esencias naturales. Para Bach (creador de este sistema) el principio básico de la terapia es que la enfermedad nace de un trastorno psíquico; en las cuales las causas curables por las flores se pueden resumir en: miedo que bloquea las iniciativas vitales, incertidumbre, falta de interés, soledad, hipersensibilidad al juicio de los demás, desesperación, preocupación excesiva por los demás.

Fabrocini (2018) explica que la manera en que se hace la elección de flores es a través de la jerarquización de síntomas y buscar la causa clave de la enfermedad. En el caso del TND; algunas de las flores que se han utilizado como parte del tratamiento son:

- Chicory: se utiliza en niños que presentan irritabilidad y/o mal humor, llanto en situaciones que no logran adaptarse, hiperactividad a la hora de exigir atención y que puedan recurrir a chantaje para manejar las situaciones a su gusto.
- Chesnut Bud: lleva a un comportamiento más atento en la persona incapaz de poner de acuerdo el mundo interior con su propia realidad).
- Holly: los niños que se ven dominados por pensamientos agresivos o de miedo, así como por trastornos psíquicos que influyen en el carácter, como los celos, la envidia, la ira, la desconfianza, la venganza o el odio
- Vine: es administrada en personalidad inflexibles, intolerantes (que no admiten la crítica), hiperactividad, carencia afectiva, prepotencia, imitación de adultos.

Sin embargo, es importante mencionar que no se han encontrado suficiente evidencias científicas que expliquen el tratamiento de Flores de Bach como una intervención objetiva y con resultado palpables.

Dentro de esta misma visión de salud- enfermedad-, Sasot *et al.* (2009), Vásquez *et al.* (2010) y Carrillo (2017); establecen una epidemiología la cual se relaciona con la necesidad actual de controlar todo lo que sucede al rededor de las personas (incluyendo el comportamiento y reacciones de los niños) lo que lleva un riesgo de sobrediagnosticar y llevar a un aumento de las cifras de prevalencia, a nivel epidemiológico. Es importante retomar el modelo integrador establecido por Salazar, *et al.* (2012) para entender de qué manera los factores sociales (y las exigencias de los mismos) afectan a los factores biológicos y emocionales. De igual forma, el TND ha sido foco de estudio desde hace relativamente poco, por eso es importante continuar con la investigación dentro de la visión médica o clásica, para lograr una conceptualización más profunda y por ende un tratamiento más específico hacia el TND.

Otro hallazgo de este estudio es la conceptualización desde una visión alternativa hacia el TND, la cual se describió desde los artículos de Ayres (2010), Fajardo y Salgado (2018), Delahooke (2018), Porges (2007), Casals y Abelenda (2012), Oliva (2004). En éstos, se ha establecido al TND como una respuesta adaptativa a las exigencias del desarrollo del propio niño y las exigencias de la parte social. Desde esta perspectiva se permite entender al TND como una corresponsabilidad, es

decir, no es algo que únicamente afecta al menor, sino que involucra a todos los agentes responsables de la educación del menor. Dentro de este abordaje, se manejan alternativas a un tratamiento farmacológico ya que no se busca la supresión de una sintomatología sino conocer cuáles son las circunstancias que generan dicha respuesta hacia el contexto.

Desde esta visión alternativa a la etiología del TND, la estafeta (hablando en cuestión de la intervención y tratamiento) no se entrega únicamente a una parte; sino que se requiere de un trabajo multidisciplinario para lograr una disminución de la conducta opositora y una reeducación de las respuestas del menor hacia un punto de funcionalidad. Es a partir de esta conceptualización que el ámbito educativo, en particular los profesionales que participan en el mismo, ocupan un rol importante para el cambio en dichas respuestas. El profesional de educación es capaz de marcar límites y servirle como modelo al menor mostrándole y explicándole porqué sus comportamientos no le están funcionando para desarrollarse adecuadamente, ya que de esta manera será consciente de que su forma de responder al entorno no está siendo correcta o funcional ante el problema que se está enfrentando.

De igual manera, como se ha mencionado anteriormente, el hablar de intervenciones y tratamiento, se trata de una corresponsabilidad, por lo que también el rol de la familia ejerce un papel sumamente importante. Debe existir una continuidad entre las estrategias planteadas dentro de la institución educativa y la casa para que los límites y acuerdos sean similares; de esta forma, se puede evitar que el menor perciba mensajes contradictorios y por ende pueda unificar sus respuestas ante los estímulos.

No se trata de tomar una de las dos visiones que pueden conceptualizar el TND como una verdad absoluta; por el contrario, se debe buscar ahondar en lo que ocurre con el menor y el ambiente que lo rodea. Solo así se puede lograr un tratamiento e intervención adecuada a las necesidades de cada uno. En ambas visiones, se debe asumir la importancia que tiene el educador, ya que se funge un papel de gran impacto en la vida de los niños.

Como limitante en este estudio se encontró que en México no hay una gran cantidad de estudios que profundicen sobre la etiología y tratamiento del TND, lo que lleva a pensar en una

contradicción de una problemática actual: existe un mayor diagnóstico del TND, pero al mismo tiempo existen pocas investigaciones en nuestro país que puedan sustentar teóricamente el incremento de dicha epidemiología.

Desde una conceptualización bidimensional del TND se pueden generar nuevas líneas de intervención, así como un análisis integral del diagnóstico existente, es decir, si se trata realmente de un TND o se trata de algún proceso no completado en el desarrollo del menor.

A través de esta tesis basada en una metodología de teoría fundamentada, se considera pertinente guiar las líneas de investigación hacia cuestionamientos nuevos como los siguientes: ¿el TND es una consecuencia del cambio sistémico y meramente social? ¿Este diagnóstico se relaciona exclusivamente hacia algo conductual y no tanto neurológico? ¿Son los pacientes con TND realmente conscientes de su patología? Se sugiere seguir utilizando un método de comparación constante entre artículos, teorías y modelos potencializando los factores psicosociales para dar un mayor dinamismo en el abordaje a este padecimiento, lo que podría generar resultados diferentes y mejores pronósticos para los pacientes con TND.

Como menciona Antoine de Saint-Exupéry (1943): "...Pero tú no debes olvidarlo. Eres responsable para siempre de lo que has domesticado. Eres responsable de tu rosa". (p.24). Con esta conceptualización bidimensional del TND, se hace responsable a la sociedad que rodea al niño de generar intervenciones y de hacerse cargo (cada uno desde sus respectivas responsabilidades) de generar avances y quitar estigmas acerca del propio diagnóstico.

IX. REFERENCIAS

- Ainsworth, M. D. (1979). "Infant – Mother Attachment". *American Psychologist*, 34(10): 932-937.
Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/5576/ca056c7c286e0e73dd0b1a4236f324d32280.pdf>
- Alonso, C., D. Gallego, y P. Honey. (2012). Los estilos de aprendizaje. Ediciones Mensajero: España.
Obtenidjo de: https://www.academia.edu/28631359/Alonso_Catalina_M._et.al._Los_Estilos_de_Aprendizaje
- Aniceto (2008), J.J. *¿Pirómano o incendiario?*. [Trabajo de grado]. Universidad de Cádiz. Obtenido de: http://www.juntadeandalucia.es/justicia/portal/adriano/.content/recursosexternos/formacion_juecesV_incedopiro.pdf
- Antúnez, Z. (2017). *Relación Recíprova Entre la Psicopatología de los Padres y el Trastorno Negativista Desafiante de los Hijos*. [Tesis Doctoral]. Universidad Autónoma de Barcelona: España. Obtenido de: <https://www.tesisenred.net/handle/10803/457743>
- Aribau, E. (2018). Disfunción en el sistema propioceptivo. [Mensaje en un Blog]. Elisa Aribau. Obtenido de: <http://www.elisaribau.com/disfuncion-sistema-propioceptivo/>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. Estados Unidos: American Psychiatric Publishing.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2000). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- Ayres, A. (2010) La integración sensorial y el niño. México : Trillas. Obtenido de: <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/terapia-ocupacional/PRACTICA%201/AYRES%20-%20LA%20INTEGRACION%20SENSORIAL%20Y%20EL%20NIÑO.pdf>

- Azurmendi, A, et al. (2013). Negative Maternal and Paternal Parenting Styles as Predictors of Children's Behavioral Problems: Moderating Effects of the Child's Sex. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 847-856.
- Bandura, A. y Walters, R. (1974). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Alianza. Obtenido de:
https://www.academia.edu/6300073/APRENDIZAJE_SOCIAL_Y_DESARROLLO_DE_LA_PERSONALIDAD
- Barkley, RA, Edwards, GH, Robin, AL (1999). *Defiant Teens: A Clinician's Manual for Assessment and Family Intervention*. New York; Guilford Press Publications. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2538476/>
- Barrio , V. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de Historia de la Psicología*. 30(2): 81-90. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3043153>.
- Beltrán, N. (2010). Actualización de las consecuencias físicas del abuso sexual infantil. *Revista Pediatría Atención Primaria*. 12(46): 273-285. Obtenido de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1139-76322010000300010
- Bermejo, J.C. (2007). Psiquiatría y Lenguaje: Filosofía e Historia de la Enfermedad Mental. *Revista Chilena Neuro-Psiquiatría*; 45 (3): 193-210. Obtenido de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272007000300004
- Best, J. R., Miller, P. H. & Jones, L. L. (2009). Executive functions after age 5: Changes and correlates. *Developmental Review*, 29, 180-200. doi: 10.1016/j.dr.2009.05.002.
- Brunnel, I., & Navarrete, N. (9 de junio 2012). El trastorno oposicionista desafiante: Una mirada crítica desde un análisis crítico del discurso. [Mensaje en un blog]. Psico-Tópicos Obtenido

de <https://revistapsicotopicos.wordpress.com/2012/06/09/el-trastorno-oposicionista-desafiante-una-mirada-critica-desde-un-analisis-critico-del-discurso/>

Burke, J.D., Loeber, R., y Birmaher, B. (2002). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A review of the past 10 years, Part II. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1275-1293. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12410070>

Buss, A.H (1961). *The psychology of aggression*. Oxford, England: Wiley.

Calle Sandoval, D.A. (2016). Desarrollo de funciones ejecutivas y prematuridad: Lo que nos cuenta la neuropsicología de la primera infancia. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 16(2), 23-32. Retrieved from <https://doaj.org/article/550bd296d6d04a83a74e8a087afa23e9>

Campos, S. (27 de junio 2018). Problemas de conducta y trastornos de aprendizaje. Tabasco, México: Telereportaje. Obtenido de from <https://www.xevt.com/verpagina.php?id=52833>

Cardo, E., Servera, M., Meisel, V., García-Banda, G., Palmer, C., Riutort, L., & Bernad, M. (2009). Trastorno Negativista Desafiante: aspectos relacionados con el sexo y el evaluador. *Revista de Neurología*, 48(48), 17-21. Obtenido de <https://medes.com/publication/47478>

Carrero, V; Trinidad, A. y Soriano, R. (2006). Teoría Fundamentada “Grounded La construcción de la teoría a través del análisis interpretacional. *Cuadernos Metodológicos*, N°37. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Obtenido de <https://www.uv.mx/mie/files/2012/10/LaConstrucciondeLaTeoriadelAnalisisInterpretacional.pdf>

Carrillo, D. (2017). Prevalencia del trastorno de la conducta, trastorno negativista desafiante y trastorno explosivo intermitente en adolescentes tempranos. *Revista de Educación Académica*; I (11): 31-37. Obtenido de: http://www.ice.uabjo.mx/media/15/2018/05/Academicus_11_4.pdf

Casals Hierro, V., & Abelenda, J. (2012). El modelo DIR®/Floortime™: un abordaje relacional e interdisciplinar para las dificultades de relación y comunicación. *Norte de Salud Mental*, (44), 54-61. Obtenido de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=4116552>

- Céspedes, A. (2012) Niños con pataletas. Adolescentes desafiantes. Cómo manejar los trastornos de conducta en los hijos. Santiago de Chile: Ediciones B Chile S.A.
- Charmaz, K. (2000). "Grounded Theory in the 21st Century: Applications for Advancing Social Justice Studies". En: N. K. Denzin; Y. S. Lincoln (eds.). *The Sage Handbook of Qualitative Research* (3.a ed.) (págs. 507-535). Londres: Sage. Obtenido de <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/ss/wp-content/uploads/2018/10/21.pdf>
- Clarke, A. E. (2005). *Situational analysis : Grounded theory after the postmodern turn*. Los Angeles: SAGE Publications Inc. Obtenido de [https://ebookcentral.proquest.com/lib/\[SITE_ID\]/detail.action?docID=3032534](https://ebookcentral.proquest.com/lib/[SITE_ID]/detail.action?docID=3032534)
- Constantino, J.N., Grosz, D., Saenger, P., Chandler, D.W., Nandi, R., y Earls, F.J. (1993). Testosterone and aggression in children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1217-1222. Obtenido de <https://psycnet.apa.org/record/1994-13742-001>
- Cuesta-Benjumea, C. (2006). La teoría fundamentada como herramienta de análisis. España: Disponible en Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana. doi.org/10.14198/cuid.2006.20.19
- Dajas, F. (2010). El cerebro violento. Sobre la psicobiología de la violencia y los comportamientos agresivos. *Revista Psiquiatria*; 74(1):22-37. Obtenido de: http://www.spu.org.uy/revista/ago2010/03_EL%20CEREBRO_VIOLENTO.pdf
- De la Peña-Olvera, F; Palacios-Cruz, L; (2011). Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: diagnóstico y tratamiento. *Salud Mental*, 34(3) 421-427. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58221288005>
- Delahooke, M. (2018). *Beyond Behaviours. Using Brain Science and Compassion to Understand and Solve Children's Behavioural Challenges*. Estados Unidos: PESI Publishing & Media.
- Díaz, J. (s.f.). Manual sobre trastornos de conducta. [Mensaje en un blog]. El Tábano. Infancia, adolescencia y familia. Obtenido de: <https://diazatienda.es/trastornos-de-conducta/?pdf=267>

- Dougherty LR, Smith VC, Buerd SJ et al (2014). DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder: correlates and predictors in young children. *Psychological Medicine* 44:2339-2350 Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5407501/>.
- Erikson, E (1959). *Infancia y Sociedad*. Buenos Aires: Editorial Hormé.
- Fajardo P, A.L., Salgado A. W. (2018). *Importancia de la integración sensorial en el desarrollo y el aprendizaje infantil: Aplicaciones prácticas en el aula preescolar del Colegio Instituto Técnico Internacional de Fontibón*. [Trabajo de grado]. Facultad de Educación: Colombia. Obtenido de https://repository.uniminuto.edu/bitstream/handle/10656/6386/T.PED_FajardoPinillosAngieLizeth_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Fabrocini, V. (2018). *La guía del bienestar. Flores de Bach*. USA: Editorial de Vecchi. Obtenido de: <https://es.scribd.com/read/388236066/Flores-de-Bach-Guia-del-bienestar-38-Remedios-para-curar-de-forma-natural>
- Fonseca-Parra, L. F., & Rey-Anaconda, C. A. (2013). Características neuropsicológicas de niños con trastorno negativista desafiante [Neuropsychological characteristics in children with oppositional defiant disorder]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(3), 233–244. doi.org/10.5944/rppc.vol.18.num.3.2013.12923
- Fundación Integrar (2009). *Niños rebeldes. El “NO” por el sistema*. [Mensaje en un blog]. Fundación Integrar. Obtenido en: <http://fundacionintegrar.blogspot.com/2009/01/ninos-rebeldes-el-no-por-sistema.html>
- Gil Verona, J. A., Pastor, J. F., De Paz, F., Barbosa, M., Macías, J. Ángel, Maniega, M. A., Rami-González, L., Boget, T., & Picornell, I. (2002). THE PSYCHOBIOLOGY OF AGGRESSIVE BEHAVIOURS. *Anales De Psicología / Annals of Psychology*, 18(2), 293-303. Retrieved from <https://revistas.um.es/analesps/article/view/28511>
- Glaser, B. G. (1978): *Theoretical sensitivity*. Mill Valley. CA: Sociology Press. California. Obtenido de <https://trove.nla.gov.au/work/8796178?q&versionId=10177421>

- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of Grounded theory: Strategies for qualitative research*. New York: Aldine Publishing. Obtenido de http://www.sxf.uevora.pt/wp-content/uploads/2013/03/Glaser_1967.pdf
- Goldman MJ. (1991). Kleptomania: making sense of the nonsensical. *Am J Psychiatry*; 148 (8): 986-96. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1853988>
- Institute Child Mind. (2009). ¿Qué es el trastorno oposicional desafiante? Obtenido de <https://childmind.org/article/trastorno-oposicional-desafiante/>
- Leibenluft E, (2003). Dening clinical phenotypes of juvenile mania. *American Journal of Psychiatry*, 160:430– 437. Obtenido en <https://iacapap.org/content/uploads/E.3-Disruptive-mood-dis-SPANISH-2017.pdf>
- Loeber, M. y Liu, J. (2006). The Reactive – Proactive Aggression Questionnaire: Differential correlates of reactive and proactive aggression in adolescent boys. *Aggressive Behavior*, 32, 159 – 171. doi: 10.1002/ab.20115
- Lolas, F.(1992). Estudio neurobiológico de la agresividad. *Revista Universitaria*, 36, 36-39. Obtenido de <http://www.robertexto.com/archivo4/agresividad.htm>
- López-Villalobos, J.A., Andrés-De Llano,J., Sánchez-Azón M.L., Sanguino-Andrés, R. , & Alberola-López, S. . (2012). Disruptive behavior disorders: Multidimensional analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(3), 405-417. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/337/33723713003.pdf>
- Lora, A., Munera A.A., L., y Montes A.J. (2017). La teoría fundamentada en el marco de la investigación educativa. *Saber, Ciencia Y Libertad*, 12(1), 236-245. doi:10.18041/2382-3240/saber.2017v12n1.1475

- Luengo Martin, M. Á. (2014). Cómo intervenir en los problemas de conducta infantiles. *Padres Y Maestros. Publicación De La Facultad De Ciencias Humanas Y Sociales*, (356), 37. doi:10.14422/pym.v0i356.3071
- Martín, J. (17 de septiembre 2006). Neuroreguladores de la agresión. Psicofarmacología de las conductas agresivas. [Mensaje en un blog]. Méto de Universita de Valencia. Obtenido de: <https://metode.es/revistas-metode/monograficos/neuroreguladores-cerebrales-de-la-agresion.html>
- Martínez, A.L.; Fernández, C.E.; Lemus, R.; Mendoza, M.A. y Ramírez, L. Guía Clínica para el Diagnóstico y Manejo de los Trastornos de Conducta. Secretaria de Salud: México. Obtenido de: http://www.sap.salud.gob.mx/media/61181/nav_guias2.pdf
- Medina, A.; Lillo, R. y Guija, J. (2015). Los trastornnos de control de los impulsos y las psicopatías. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental: España. Obtenido de: https://fepsm.org/files/publicaciones/Los_trastornos_del_control_de_los_impulsos_y_las_psicopat%C3%ADas.pdf.
- Molina, F. (2012). El caso Phineas Gage, una revisión de la historica de la neurobiología. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*; 17 (3): 227:248. Obtenido de https://www.alcmeon.com.ar/17/67/04_molina.pdf.
- Moneta C, M. E. (2014). Apego y pérdida: Redescubriendo a John Bowlby. *Revista Chilena De Pediatría*, 85(3), 265-268. doi:10.4067/S0370-41062014000300001
- Morales Chainé, S., Félix Romero, V., Rosas Peña, M., López Cervantes, F., & Nieto Gutiérrez, J. (2015). Prácticas de crianza asociadas al comportamiento negativista desafiante y de agresión infantil. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 33(1), 57-76. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v33n1/v33n1a05.pdf>
- Moss, H.B.; Vanyukov, M.M.; Yao JK y Kirillova, G.P. Salivary cortisol responses in the prepuberal boys: the effects of parental substance abuse and association with drug use behavior during adolescence. *Biol Psychiatry* 1999;45(10):1293-9. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10349035>.

- Myers, D.G. (2006). *Psicología*. Madrid: Editorial Medica Panamericana. Obtenido de <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/12917/12/Tema%2012.%20Trastornos%20Psicológicos%20y%20Tratamientos%20Psicológicos..pdf>
- Oliva, A.(2004). *Estado actual de la teoría del apego*. [Trabajo de grado]. Universidad de Sevilla: España. Obtenido en: <https://psiquiatriainfantil.org/numero4/Apego.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). OMS | salud mental: Un estado de bienestar. Retrieved from https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Oropeza, M.V. y Morali, G. (2015). Las hormonas y la conducta sexual masculina. *Revista Ciencia*:30-37. Obtenida de: https://www.amc.edu.mx/revistaciencia/images/revista/66_4/PDF/HormonasMasculina.pdf
- Orozco, R. (2003). Las flores de Bach hoy. *Revista Natura Medicatrix*. 21(5), 300-309. Obtenido de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4956327>
- Pacheco, J.L. (2017). Enfoque Criminológico de la Conducta Agresiva y su Etiología Hormonal. *Vox Juris*; 33(1): 159-165. Obtenido de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6058754>.
- Pajer, K., Gardner, W., Rubin, R. T., Perel, J., & Neal, S. (2001). Decreased cortisol levels in adolescent girls with conduct disorder. *Archives of General Psychiatry*, 58(3), 297-302. doi:10.1001/archpsyc.58.3.297
- Pérez Nieto, M. A., Franco Nerín, N., & Dios Pérez, María José de. (2014a). Relación entre los estilos de crianza parental y el desarrollo de ansiedad y conductas disruptivas en niños de 3 a 6 años. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(2), 149-156. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=4742071>
- Piaget, J. (1991). *Seis Estudios de Psicología*. México: Siglo Veintiuno Ediciones.

Pillcorema, B.A. (2013). *Tipos de familia estructural y la relación con sus límites*. [Trabajo de grado]. Universidad de Cuenca: Ecuador. Obtenido de: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4302/1/Tesis.pdf>

Plaza, G. (2014). *Influencia de la familia en el Trastorno Negativista Desafiante en niños entre 5 y 11 años que asisten a consulta psicológica en el Hospital Manuel Ignacio Monteros Valdivieso (IESS) de la Ciudad de Loja durante el período mayo-noviembre*. [Trabajo de grado]. Universidad Nacional de la Loja: Ecuador. Obtenido de: <http://dspace.unl.edu.ec:9001/jspui/bitstream/123456789/14207/1/TESIS.pdf>

Porges, S. (2007). The polyvagal perspective. *Biological Psychology*, 74, 116-143. doi.org/10.1016/j.biopsycho.2006.06.009

Portela, A.; Carbonell, M.; Hechavarría, M. y Jacas, C. (2016). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: algunas consideraciones sobre su etiopatogenia y tratamiento. *Medisan*. 20(4). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000400016

Quezada, V.; Neno, R.; Luzoro, J. (2006). Abuso sexual infantil: ¿Cómo conversar con los niños?. Chile: Ediciones de la Universidad Internacional SEK.. Obtenida de <http://www.eumed.net/libros-gratis/2013a/1336/abuso-sexual.html>

Real Academia de la Lengua Española (2014). Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. España. Recuperado el 9 de octubre del 2018 de <http://lema.rae.es/drae/?val=cirunstancial>

Red Autismo, A. C. (s.f., s.f.). Autismo. Retrieved from <http://redautismo.org/autismo/>

Reyna, C., & Brussino, S. (2015). Diferencias de edad y género en comportamiento social, temperamento y regulación emocional en niños argentinos. *Acta Colombiana De Psicología*, 18(2), 51-64. doi:10.14718/ACP.2015.18.2.5

- Rigau Ratera, E., García Nonell, C., & Artigas Pallarés, J. (2006). Tratamiento del trastorno de oposición desafiante. *Revista de Neurología*, 42(S02), S083. doi:10.33588/rn.42S02.2005818
- Ríos- Flores, J.A. y López-Gutiérrez, C.R. (2017). Neurobiología de los trastornos del aprendizaje en el desarrollo infantil: propuesta de una nueva perspectiva conceptual. *Revista Virtual de Ciencias Sociales y Humanas*; 11(9): s.p. Obtenido de: <http://revistas.iue.edu.co/revistasiue/index.php/Psicoespacios/article/view/942>
- Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. Obtenido de [https://books.google.com.mx/books?id=kx1sAAAAMAAJ&q=Rotter,+J.+B.+\(1954\).+Social+learning+and+clinical+psychology.+Englewood+Cliffs,+NJ:+Prentice+Hall&dq=Rotter,+J.+B.+\(1954\).+Social+learning+and+clinical+psychology.+Englewood+Cliffs,+NJ:+Prentice+Hall&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjWzZC0vsnkAhUSGKwKHY1cBbMQ6AEILDAA](https://books.google.com.mx/books?id=kx1sAAAAMAAJ&q=Rotter,+J.+B.+(1954).+Social+learning+and+clinical+psychology.+Englewood+Cliffs,+NJ:+Prentice+Hall&dq=Rotter,+J.+B.+(1954).+Social+learning+and+clinical+psychology.+Englewood+Cliffs,+NJ:+Prentice+Hall&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjWzZC0vsnkAhUSGKwKHY1cBbMQ6AEILDAA)
- Ruelas, E. (2013). La depresión y otros trastornos psiquiátricos. Academia Nacional de Medicina: México. Recuperado en: https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L27_ANM_DEPRESION.pdf
- Saint-Exupéry, A. (1943). El Principito. Biblioteca Digital. Obtenido de: http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/Colecciones/ObrasClasicas/_docs/ElPrincipito.pdf
- Salazar, J. A. A., Ñustes, J. M. B., & Ramírez, C. X. L. (2012). Factores de riesgo biopsicosocial que influyen en el desarrollo del trastorno disocial en adolescentes colombianos. *Revista Internacional De Psicología*, http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/Colecciones/ObrasClasicas/_docs/ElPrincipito.pdf
- Sánchez Martín, J. R. (2000). Testosterone level may be a marker of conflict behavior in male and female preschool children. XIV world meeting of the International society for research on aggression IS-5.1. Obtenido de <https://core.ac.uk/download/pdf/19713115.pdf>

- Sartori, M. (2015). Aportes al estudio del cortisol como marcador biológico del trastorno de personalidad antisocial. *Archivos de Neurociencias*; 20 (4): 250-257. Obtenido de: <https://www.researchgate.net/publication/316066415>
- Sasot, J.; Ibañez R.M.; Soto-López, A., Montañés-Rada, F.; Gastaminza, X.; Alda, A.; ... Ruiz, P. (2016). Consenso del GEITDAH sobre los trastornos de conducta en niños y adolescentes. *Revista Neurológica*; 61 (4): 167-182. Obtenido de: <http://www.adolescenciasema.org/wp-content/uploads/2015/06/Estilo-educativo-y-conducta-Sasot-rev-neurol2015.pdf>
- Serna, S.E., Torres, K.K. L., & Torres, M.A. (2017). Disorders in the sensory processing and the learning of preschool and school children: Review of the literature. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 17(2), 81-89. Obtenido de <https://doaj.org/article/27a9b79372b44f6c9e9dea92efee7e58>
- Serrano, M. Á, & Moya, L. (2009). Relación entre testosterona y violencia en adultos: el estado actual de la cuestión. *REME*, 12(32-33) Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=3178261>
- Siegel, D. J., & Bryson, T. P. (2015). *The whole-brain child workbook : Practical exercises, worksheets and activities to nurture developing minds*. Eau Claire, WI: PESI Inc. Retrieved from <http://www.aspresolver.com/aspresolver.asp?CTV4;3168073>
- Soria, C.; Pérez, I. ; Flores, M. y Feria, A. (2008). Papel de la serotonina en la conducta agresiva. *Revista Mexicana de Neurociencia*; 9(6): 480-489. Obtenido de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=44394&IDPUBLICACION=4590&IDREVISTA=82&NOMBRE=Revista%20Mexicana%20de%20Neurociencia>
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Triana Osorio, L. A. (2017). Entre la teoría y la realidad: Una revisión reflexiva sobre los procesos de intervención de niños con trastorno negativista desafiante. *JSR Funlam Journal of Students' Research*, (2), 107. doi:10.21501/25007858.2592

Trianes, M.V. (2002). Estrés en la infancia: prevención y tratamiento. Madrid: Narcea.

Tudela-Torras, M.; Abad-Mas, L. y Tudela-Torras,E. (2017). Integración sensorial: beneficios y efectividad del abordaje terapéutico en los trastornos del procesamiento sensorial. *Revista de Neurología*; 64(supl 1): 73-77. doi.org/10.33588/rn.64S01.2017016

Vásquez, J., Feria, M., Palacios, L., & de la Peña,F . (2010). Guía Clínica para el Trastorno Negativista Desafiante. México: Instituto Nacional de Psiquiatria. Obtenido Fde http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/trastorno_disocial.pdf

Villamarín, M.G. (2015). *Familias disfuncionales como predictoras de conductas asociales en los estudiantes de primero y segundo año de bachillerato de un colegio público del Noroccidente de Pichincha, año lectivo 2013-2014*. [Trabajo de grado]. Centro universitario San Miguel de los Bancos Ecuador. Obtenido de: http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/12636/1/Villamarin_Mino_Monica_Gicela.pdf

Zapata, J.P. y Palacio, J.D. (2016). Trastorno explosivo intermitente: un diagnóstico controversial. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 45 (3): 214-223. Obtenido de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v45n3/v45n3a10.pdf>.

Zuluaga-Valencia, J.B. y Fandiño-Tabares, D.C. (2016). Comorbilidades asociadas al déficit de atención con hiperactividad. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*. 5 (1): 61-66. doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.57031