

XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIX Jornadas de Investigación. XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. IV Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. IV Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2022.

Terapia de la interacción padres-hijos en familias con niños con diagnóstico de TDAH: resultados preliminares.

Carbajal-Valenzuela, Cintli Carolina.

Cita:

Carbajal-Valenzuela, Cintli Carolina (2022). *Terapia de la interacción padres-hijos en familias con niños con diagnóstico de TDAH: resultados preliminares. XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIX Jornadas de Investigación. XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. IV Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. IV Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-084/653>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eoq6/TrB>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

TERAPIA DE LA INTERACCIÓN PADRES-HIJOS EN FAMILIAS CON NIÑXS CON DIAGNÓSTICO DE TDAH: RESULTADOS PRELIMINARES

Carbajal-Valenzuela, Cintli Carolina
Universidad Autónoma de Querétaro. Querétaro, México.

RESUMEN

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del neurodesarrollo más comunes y es usualmente acompañado por conductas disruptivas. La Terapia de Interacción Padres Hijos (TIPH) es un entrenamiento parental de manejo conductual que ha demostrado eficacia en el tratamiento de dificultades conductuales. El objetivo de esta investigación es conocer la eficacia de la TIPH en familias con hijos con TDAH. Se lleva a cabo un estudio mixto de diseño pre-experimental con muestra no probabilística. Presentamos resultados preliminares de 3 familias, dos tríadas y una diada, dos niñas y un niño, los tres con 7 años y diagnóstico de TDAH. La percepción paterna del número y la intensidad de conductas disruptivas que representan un problema disminuyó. Respecto a la percepción de los maestros de los niños, en un caso disminuyó y en dos casos aumentó. Las características del TDAH según el reporte paterno y el reporte del maestro disminuyeron en los tres casos. Se muestran además resultados cualitativos, que identifican factores facilitadores de la intervención. La conclusión preliminar es que, en general, la TIPH interviene adecuadamente en familias con hijos con TDAH en el manejo de conductas características de este trastorno y conductas disruptivas.

Palabras clave

TDAH - TIPH - Conducta disruptiva - Hiperactividad

ABSTRACT

PARENT CHILD INTERACTION THERAPY IN ADHD:
PRELIMINAR RESULTS

Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most common neurodevelopmental disorders and is usually accompanied by disruptive behaviors. Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) is a parental behavioral management training that has been shown to be effective in treating behavioral difficulties. The objective of this research is to learn about the efficacy of PCIT in families with ADHD-diagnosed children. A pre-experimental mixed study was carried out with a non-probabilistic sample. We present preliminary results for 3 families comprised of two triads and one dyad, two girls and one boy, all of them 7 years old, with an ADHD diagnosis. Parental perception of the number of occurrences and intensity of disruptive behaviors represent-

ing a problem decreased. Regarding the teachers' perception of the children, in one case it decreased and in two cases it increased. According to the parental and the teacher reports, the ADHD characteristics decreased in all three cases. Qualitative results which can identify facilitating factors of the intervention are also shown. The preliminary conclusion is that, in general, the PCIT is an appropriate intervention for families with children with ADHD in the management of characteristic behaviors of this disorder and disruptive behaviors.

Keywords

PCIT - ADHD - Disruptive behavior - Hyperactivity

INTRODUCCIÓN

El TDAH es uno de los trastornos del neurodesarrollo más comunes en la infancia. Su prevalencia global se encuentra entre el 6 y el 7% de los niños y niñas (Thomas et al., 2015). Se caracteriza por distintos grados de desatención, hiperactividad e impulsividad que interfieren de manera constante con el funcionamiento y desarrollo de las distintas áreas: familiar, escolar y social. Otras características son baja tolerancia a la frustración, arrebatos emocionales, testarudez, insistencia excesiva y frecuente para satisfacer sus demandas, disforia, baja autoestima, bajo rendimiento académico y oposicionismo (APA, 2013). El 67% de los niños y niñas diagnosticados con TDAH suelen desarrollar comorbilidades (Hervás Zúñiga & Durán Forteza, 2014). La Asociación Americana de Pediatría señaló recientemente en su guía para el diagnóstico y tratamiento del TDAH que la estrategia de intervención que cuenta con más evidencia científica de su eficacia es el entrenamiento parental de manejo conductual (Wolraich et al., 2019).

La Terapia de la Interacción Padres-Hijos (TIPH) está diseñada para padres de niños que tienen entre 3 y 7 años, que presentan dificultades de conductas externalizantes, de incumplimiento de normas, conductas desafiantes, agresión física hacia los demás y problemas de conductas internalizantes. Se considera una intervención corta pues dura aproximadamente 12 sesiones que se dividen en dos fases: interacción dirigida por el niño e interacción dirigida por el padre. Mientras los padres interactúan con su hijo o hija, son entrenados en tiempo real por parte del

terapeuta desde una sala de observación con un espejo de una sola vía en habilidades características de la terapia de juego. Simultáneamente se enseña y entrena a los padres a evitar que ordenen, pregunten y/o critiquen. Los padres deben entrenar estas habilidades por 5 minutos diarios en casa, a lo que se denomina juego especial y una vez a la semana en la sala de observación. Finalmente, en esta fase, se enseña y entrena a los padres a ignorar selectivamente las conductas negativas que buscan atención.

Una vez que los padres dominan estas habilidades, se inicia con la enseñanza y el entrenamiento de las habilidades de la segunda fase que buscará entrenar a los padres para que den instrucciones efectivas, identifiquen cuando el niño o niña sigue dichas instrucciones, elogien el seguimiento cuando la instrucción se cumplió o utilicen el tiempo fuera cuando la instrucción no se siguió. El proceso terapéutico termina cuando los padres dominan las habilidades de ambas fases y el comportamiento del niño o de la niña mejora sustancialmente (McNeil & Hembree-Kigin, 2010).

La TIPH ya se ha probado como estrategia terapéutica en las familias de niños y niñas con TDAH. Matos et al., (2009) realizó un estudio con 32 familias puertorriqueñas de preescolares de entre 4 y 6 años de edad, cuyos padres reportaban problemas de conducta e hiperactividad a quienes se administró la TIPH con adaptaciones culturales. Luego de la intervención las madres expresaron mejoras significativas en la hiperactividad-impulsividad, la inatención y los problemas oposicionistas y agresivos, así como en la reducción del estrés en la relación padres-hijos y un incremento en sus habilidades parentales.

Por otro lado, Bobal (2019) trabajó con dos familias con hijos con TDAH. La autora refiere que durante la intervención se realizaron modificaciones a la terapia para solventar las necesidades presentadas, en relación al modelamiento de solución de problemas. Al concluir se encontraron cambios significativos en conductas inapropiadas, aumentaron las habilidades prosociales y bajaron los niveles de estrés tanto en ellos como en las madres. Disminuyeron las conductas negativas parentales y aumentaron las conductas positivas.

El TDAH es uno de los trastornos del neurodesarrollo más comunes. La TIPH es uno de los entrenamientos parentales con más soporte científico y existen algunos estudios recientes que han planteado que puede ser una alternativa de tratamiento para las familias con un hijo o hija con TDAH, sin embargo no todos los estudios han utilizado herramientas que midan específicamente las características principales del TDAH, aún hay poca evidencia de cuáles son las áreas en las que las familias experimentan beneficios y en cuáles áreas no hay cambios, ni qué factores afectan o benefician la eficacia de la TIPH. Con el objetivo de seguir aportando en esta problemática, este estudio se planteó entrenar a familias con un hijo o hija con diagnóstico de TDAH con la TIPH.

MÉTODO

Se realiza un estudio mixto, de diseño pre-experimental de un solo grupo comparativo de pre-prueba y pos-prueba, de muestra no probabilística por conveniencia. Los criterios de inclusión de la familia son tener un hijo o hija con diagnóstico de TDAH realizado por un neuropediatra o paidopsiquiatra, que la niña o niño tengan entre 3 y 7 años de edad, si se presentan características compatibles con otro trastorno del neurodesarrollo deben predominar las características del TDAH y no presentar discapacidad motora o sensitiva que comprometa el desempeño durante el entrenamiento.

Las familias fueron derivadas por servicios de salud y educación locales. Se realizó una entrevista semiestructurada que permitió identificar si la familia cumplía con los criterios de inclusión y los aspectos específicos sobre los que había que enfocar la intervención. Durante la evaluación previa, a lo largo de todas las sesiones y posterior a la intervención, se aplicó la escala sugerida por la TIPH Inventario de Conducta Infantil Eyberg (ICIE) (Eyberg & Pincus, 1999). También sugerida por la TIPH pero solo al inicio y al final de la intervención se aplicó el Inventario de Conducta para Maestros Sutter-Eyberg Revisado (ICMSE-R) (Eyberg & Pincus, 1999). Ambas herramientas ofrecen dos puntuaciones, una de la percepción del número de problemas y otra de la percepción de la intensidad de los problemas. Además, se aplicó antes y después de la intervención la Escala de Valoración Connors para Padres (EVCP) (Connors, 2008) y la Escala de Valoración Connors para Maestros (EVCN) (Connors, 2008). Ambas se utilizan ampliamente para detectar la presencia del TDAH. En la EVCP nos enfocamos en las subescalas problemas de conducta, impulsividad-hiperactividad e Índice de hiperactividad, en la EVCN nos enfocamos en las subescalas trastorno de conducta e Índice de hiperactividad.

Las familias llevaron un entrenamiento típico (no-modificado) de la TIPH como se describe en el libro Parent Child Interaction Therapy de Cheryl Bodiford McNeil y Toni L. Hembree-Kigin (2011). Todos los padres conocieron el procedimiento de la TIPH para dar su consentimiento informado y los niños y niñas dieron su asentimiento. Antes de su inicio, este proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Autónoma de Querétaro.

RESULTADOS PRELIMINARES

Presentamos a continuación las características, los resultados cuantitativos y los resultados cualitativos de 3 familias que han sido incluidas en el protocolo de investigación y han iniciado y concluido la TIPH.

Características generales de las familias

Caso 01

Tríada (ambos padres e hijo) con un niño de 7 años diagnosticado con TDAH, pre diagnosticado a los 2 años de edad. Los padres aunque están juntos presentan problemas en la relación marital. Menor sin medicar debido a la alta resistencia a los medicamen-

tos por recomendación del neuropediatra, bajo dieta restrictiva de azúcares, colorantes, gluten y otros. Se presenta con alto índice de hiperactividad, habla en exceso, un alto índice de desatención, impulsividad y rasgos de oposicionismo. Los padres reportan múltiples problemas escolares, debido a lo cual debe asistir bajo supervisión de maestra “sombra”, dificultades de socialización y una alta demanda de necesidad de atención. Sin control de esfínteres nocturno. Madre diagnosticada con TDAH y Distimia simultáneamente al diagnóstico del niño, sin tratamiento actual. Hay sospecha de TDAH en abuelo materno. El niño se presenta con una alta demanda de atención por parte de los terapeutas y de los padres, se comunica a base de gritos, con demandas que deben ser atendidas de inmediato por los padres.

Caso 02

Díada (solo madre e hija) con una niña de 7 años diagnosticada con TDAH, con padres separados y escaso involucramiento del padre en el proceso de crianza. La madre y la niña viven en casa sostenida y compartida por abuelos maternos, quienes ejercen una fuerte influencia en el proceso de crianza, lo que hace sentir a la madre juzgada constantemente en su ejercicio parental y con una alta presión social. La menor sin seguimiento neuropsiquiátrico, sin tratamiento farmacológico debido al adormecimiento como efecto secundario y por decisión de la madre. Se presenta con síntomas de hiperactividad, impulsividad, conductas agresivas y alto índice de conductas oposicionistas-desafiantes. La madre fue diagnosticada con Distimia, fue tratada con terapia psicológica y farmacológica y sospecha de TDAH sin diagnosticar, el padre presenta una tendencia a la depresión, recibió tratamiento farmacológico, tío materno con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista y abuelo materno con sospecha de TDAH no diagnosticado. La niña se presenta retraída, de mal humor, cuando se comunica lo hace de mala gana y con una evidente agresividad, se observa una tensión constante entre la madre y la niña que hace que esta reaccione con insultos.

Caso 03

Tríada (ambos padres e hija) con niña de 7 años con diagnóstico de TDAH, los padres están juntos y expresan buena relación marital y buenos acuerdos en el proceso de crianza, con una hija menor que la participante de 5 años, los cuatro viven en casa propia. La menor se presenta con co-morbilidad de retraso importante en el desarrollo del lenguaje y trastorno del aprendizaje secundario. Reportan que varios psicólogos sospechan de características de trastorno del espectro autista (no hay contacto ocular, expresiones faciales forzadas, falta de espontaneidad, retraso en el desarrollo del lenguaje oral, sin capacidad para mantener conversaciones). No se reportan antecedentes en salud mental significativos. La niña se presenta retraída, con un lenguaje expresivo incomprensible, dificultad para socializar y en el aprendizaje escolar con retraso de 1 año. Los padres reportan un alto índice de hiperactividad controlada con medicación, atención neuropsiquiátrica simultánea.

Resultados Cuantitativos

Respecto al ICIE que contestan los padres, en los tres casos se identificó una disminución en la Puntuación Total de la Percepción de la Intensidad de los Problemas (PTPIP) del inicio respecto del final. Esto resulta especialmente importante en los dos primeros casos, en los que la evaluación inicial mostró puntajes por arriba del umbral clínico (mayor a 131) y la evaluación final era menor a este, acercándose más al puntaje asociado a una conducta típica (114). En el caso de la Puntuación Total de la Percepción del Número de Problemas (PTPNP) si bien en todos los casos se logró una disminución, esta se mantuvo en rangos clínicos (mayor a 15) para el Caso 01 en la percepción del padre y para el Caso 02 en la percepción de la madre. En el Caso 03 aunque el puntaje inicial no se encontraba en rangos clínicos desde el inicio, la disminución fue considerable. Ver Tabla 1.

Tabla 1. Resultados del ICIE. PTPIP (Puntuación Total de la Percepción de la Intensidad de los Problemas) y PTPNP (Puntuación Total de la Percepción del Número de Problemas) aplicado a lo largo del tratamiento a padres y madres de las 3 familias.

Tabla 1. Resultados del ICIE.

Sesión Familias		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Caso 01 Madre	PTPIP	195	216	206	188	139	164	117	122	131	123	125	107	119
	PTPNP	30	34	34	33	25	27	22	7	10	5	6	6	3
Caso 01 Padre	PTPIP	195	174	171	158	151	152	130	100	93	80	85	92	87
	PTPNP	30	34	34	34	34	28	24	18	13	15	17	14	16
Caso 02 Madre	PTPIP	137	170	180	109	120	96	120	104	96	102	94	85	107
	PTPNP	27	24	25	23	22	21	20	19	17	22	16	22	22
Caso 03 Madre	PTPIP	107	134	133	102	118	112	95	84	85	85	71	75	62
	PTPNP	12	15	18	0	0	0	2	6	6	3	0	0	4
Caso 03 Padre	PTPIP	107	101	96	91	93	89	82	82	73	67	70	71	61
	PTPNP	12	10	8	9	0	10	6	4	8	6	4	5	5

En relación a la aplicación del ICMSE-R que contestan los maestros, los resultados no fueron tan consistentes como los reportes paternos. En el caso 1, se observa una disminución considerable, tanto de la PTPIP como de la PTPNP cuya evaluación inicial se encontraba en rangos clínicos (mayor a 151 y mayor a 18 respectivamente). En el caso 2, la PTPIP disminuyó, sin embargo la PTPNP aumentó ubicando a la niña en el rango clínico. En el caso 3 aumentaron ambas puntuaciones, sin embargo estas estuvieron muy alejadas del rango clínico desde la evaluación inicial. Es importante hacer notar que en los casos 2 y 3 la evaluación inicial fue reportada por los maestros que trabajaban con las niñas de forma virtual por la pandemia por COVID-19, mientras que la evaluación final se llevó a cabo cuando ambas niñas se había incorporado al menos parcialmente a la escuela en forma presencial. Ver tabla 2.

Tabla 2. Resultados ICMSE-R. PTPIP (Puntuación Total de la Percepción de la Intensidad de los Problemas) y PTPNP (Puntuación Total de la Percepción del Número de Problemas). Aplicado a los maestros pre y post tratamiento.

Tabla 2. Resultados del ICMSE-R

Familia		PRE	POST
Caso 01	PTPIP	231	93
	PTPNP	35	5
Caso 02	PTPIP	126	114
	PTPNP	10	21
Caso 03	PTPIP	93	108
	PTPNP	0	2

En la EVCP los resultados fueron diversos, en el caso 1, las tres subescalas disminuyeron su puntaje hasta quedar por debajo del rango clínico (mayor a 70), en el caso 2, disminuyeron las subescalas problemas de conducta e índice de hiperactividad, sin embargo, solo la primera quedó por debajo del rango clínico, además la subescala impulsividad-hiperactividad se mantuvo

igual en rango clínico. En el caso 3 todas las subescalas disminuyeron, al inicio solo una se encontraba en rango clínico y esta disminución la dejó por debajo del mismo.

Respecto a la EVCN que contestan los maestros, los resultados son similares. Para el caso 1 disminuyeron ambas subescalas y al finalizar el tratamiento se encontraron debajo del rango clínico (70). En el caso 2, las dos escalas aumentaron, entrando el Índice de hiperactividad al rango clínico. Para el caso 3, disminuyeron ambas subescalas, sin embargo ambas se encontraban debajo del rango clínico desde antes de la intervención. Ver Tabla 3.

Resultados cualitativos

Caso 1

De forma cualitativa, los terapeutas y los padres coincidieron en que se observó una disminución en los problemas de conducta tanto en casa como en la escuela, siendo algunos de los logros más característicos la admisión del niño sin el apoyo de una maestra sombra y el control de esfínteres, una mayor atención sostenida en las actividades escolares que pudieron observarse también durante el juego con sus padres y la adquisición de habilidades prosociales que le permitieron una mejor interacción con sus pares y establecer relaciones amistosas. Así mismo, se observó una disminución en la impulsividad y la hiperactividad y se empezaron a observar actitudes de empatía y mejor control de las emociones. Los vínculos entre padres e hijo fueron fortalecidos especialmente con la madre, lo que permitió que la parte disciplinar de la terapia tuviera efectos sobre las exigencias a los padres de manera constante.

Caso 2

Aunque hubo avances innegables en las estrategias parentales, la autoestima y las habilidades prosociales de la hija y en algunas conductas disruptivas, no se consiguieron todos los resultados esperados. Específicamente en la fase de interacción dirigida por la madre, el tiempo fuera no se logró establecer como una consecuencia al incumplimiento a las instrucciones.

Tabla 3. Resultados ICMSE-R. PTPIP (Puntuación Total de la Percepción de la Intensidad de los Problemas) y PTPNP (Puntuación Total de la Percepción del Número de Problemas). Aplicado a los maestros pre y post tratamiento.

Tabla 3. Resultados EVCP y EVCN

		Caso 01		Caso 02		Caso 03	
		PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
Puntajes T EVCP	Problemas de Conducta	94	69	98	58	67	40
	Impulsividad-hiperactividad	85	68	81	81	64	59
	Índice de Hiperactividad	87	59	99	87	73	62
Puntajes T EVCN	Trastorno de Conducta	88	58	57	64	57	50
	Índice de Hiperactividad	83	65	60	71	58	55

Algunas de las condiciones familiares en medio de las cuales se llevó a cabo la intervención afectaban constantemente el desarrollo de la misma. Por una parte, la falta de apoyo en casa que vivía la madre para que se pudiera seguir coherentemente con el entrenamiento y generalizarlo a las situaciones de la cotidianidad, por otra la conciencia cada vez mayor de la hija de la ausencia por parte del padre y la exigencia explícita de querer tener contacto con él, así como evasión de la madre para hablar del tema con su hija. La falta de seguimiento neuropsiquiátrico y de tratamiento farmacológico a pesar de la gravedad de las conductas violentas y la fuerte carga de antecedentes heredo-familiares en psicopatologías.

Caso 3

Algunos de los logros más significativos que se pudieron observar fueron el aumento de habilidades prosociales que le han permitido relacionarse con sus pares tanto en lo escolar como en lo familiar, mejora del lenguaje expresivo, logrando mantener conversaciones de larga duración, un notorio cambio en las expresiones faciales que ahora se presentan de manera más espontánea, una mejora en la incorporación de la niña en la dinámica familiar y aumento de los periodos de atención mientras realiza actividades y en el aprendizaje escolar, también disminución de la hiperactividad y mejora de la autoestima. Un factor que benefició considerablemente los logros del proceso terapéutico es la armonía en la relación de los padres y la comunicación y retroalimentación que existe entre ellos en cuanto a los temas de crianza.

CONCLUSIONES PRELIMINARES

EL objetivo de esta investigación es conocer la eficacia de la TIPH en familias con hijos e hijas con diagnóstico de TDAH, especialmente en las conductas características de este trastorno del neurodesarrollo y en conductas disruptivas que usualmente se presentan simultáneamente.

Con los resultados de 3 familias que fueron incluidas en el protocolo de investigación y que iniciaron y terminaron la TIPH, proponemos algunas conclusiones preliminares.

La TIPH ayuda a disminuir la percepción paterna del número y la intensidad de las conductas disruptivas. Aún no se cuenta con evidencia suficiente para concluir lo mismo respecto a la percepción de los maestros.

La TIPH logra disminuir los puntajes en pruebas que evalúan características principales del TDAH, aunque no necesariamente ubica por debajo de los rangos clínicos todas las subescalas, esto es así tanto para reportes paternos como para reportes por parte de los maestros.

Se han detectado factores favorecedores de la eficacia de la TIPH en las familias con hijos e hijas diagnosticadas con TDAH como el círculo de apoyo con el que cuentan los padres para lograr de forma consistente llevar el entrenamiento recibido a espacios cotidianos, la existencia de una relación entre padre y

madre armoniosa y con capacidad para llegar a acuerdos respecto a la crianza de los hijos, el acompañamiento neuropsiquiátrico que coadyuve con terapia farmacológica en caso de ser necesario y un menor número de antecedentes heredo-familiares en salud mental.

Por lo que en términos generales y de forma preliminar concluimos que la TIPH puede ser una estrategia terapéutica adecuada en el tratamiento de las conductas disruptivas y de las características del TDAH en niños y niñas que viven con este diagnóstico.

NOTA

1. Este trabajo fue realizado con los pasantes de la Licenciatura en Psicología Karla Janeth Domínguez Gaspar y Víctor Francisco Rojas Villegas.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association, APA (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
- Bobal, C. (2019) Improving parent-child interactions and generalized problem-solving skills in families of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder through adapted parent child interaction therapy. In *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* (Vol. 81, Issues 9-B). <https://ezproxy.unav.es/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,uid&db=psyh&AN=2020-28117-038&lang=es&site=eds-live&scope=site%0Ahttps://ezproxy.unav.es/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true>
- Conners, C.K. (2008) *Conners 3ª Edition*. Toronto Ontario: Multi-Health Systems.
- Eyberg, S.M. & Pincus, D. (1999) *Eyberg child behavior inventory and Sutter-Eyberg student behavior inventory - Revised*. Professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Hervás Zúñiga, A., & Durán Forteza, O. (2014) El TDAH y su comorbilidad. *Pediatría Integral*, 18(9), 643-654.
- Matos, M., Bauermeister, J. J., & Bernal, G. (2009) Parent-child interaction therapy for puerto rican preschool children with ADHD and behavior problems: A pilot efficacy study. *Family Process*, 48(2), 232-252. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2009.01279.x>
- McNeil, C.B., & Hembree-Kigin, T.L. (2010) *Parent-Child Interaction Therapy* (Second, Vol. 0, Issue 15). Springer US. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-88639-8>
- Palacios-Cruz, L., de la Peña, F., Valderrama, A., Patiño, R., Calle Portugal, S. P., & Ulloa, R. E. (2011) Conocimientos, creencias y actitudes en padres mexicanos acerca del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Salud Mental*, 34(2), 149-155.
- Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., & Glasziou, P. (2015) Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 135(4), e994-e1001. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3482>



Wolraich, M.L., Hagan, J.F., Allan, C., Chan, E., Davison, D., Earls, M., Evans, S.W., Flinn, S.K., Froehlich, T., Frost, J., Holbrook, J.R., Lehmann, C.U., Lessin, H.R., Okechukwu, K., Pierce, K.L., Winner, J.D., & Zurhellen, W. (2019) Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, *144*(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2528>