

AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR E TRANSTORNO DE CONDUTA: UM ESTUDO DE CASO

Andrea Lorena Stravogiannis¹, Cláudia Maia Memória², Thiago Robles Juhas³,
Denise Coutinho⁴, Mara Cristina Souza De Lucia⁵, Milberto Scaff⁶

RESUMO

Objetivo: Descrever estudo de caso de uma menina de 10 anos encaminhada para avaliação neuropsicológica para esclarecimento de diagnóstico diferencial (transtorno de conduta, transtorno bipolar e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade). **Método:** A criança foi avaliada em 5 sessões. Foram coletados dados com os pais e com a coordenadora pedagógica da escola. O protocolo foi composto por testes e tarefas que compreendiam: funcionamento intelectual, memória, flexibilidade cognitiva, funções executivas através da Escala Wechsler de Inteligência para crianças, Figura Complexa de Rey, Teste Stroop, Trail Making Test, Torre de Hanói, Escala SNAP-IV e Escala de Transtorno do Déficit de Atenção para professores – TDAH. **Resultados:** Os resultados mostraram indícios do transtorno de conduta, assim como prejuízo no desempenho cognitivo, habilidades acadêmicas e ainda rebaixamento das funções executivas. **Conclusão:** A paciente apresenta funcionamento intelectual limítrofe, traços do transtorno de conduta e bipolaridade. O diagnóstico de TDAH não pode ser confirmado.

Palavras-chave: Transtorno de conduta, Avaliação neuropsicológica, Criança.

NEUROPSYCHOLOGICAL ASSESSMENT AND DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF BIPOLAR DISORDER AND CONDUCT DISORDER: A CASE STUDY

ABSTRACT

Objective: Describe a case study of 10-year-old- girl referred for neuropsychological evaluation to clarify the differential diagnosis (conduct disorder, bipolar disorder and attention deficit hyperactivity disorder). **Method:** The child was evaluated in 5 sessions. Additional data were collected with parents and with school's pedagogical coordinator. The protocol was composed by tasks and tests assessing intellectual functioning, memory, cognitive flexibility and, executive functions using Wechsler Intelligence Scale for children, Rey Complex Figure, Stroop Test, Trail Making Test, Hanoi Tower, SNAP-IV scale and, Attention Deficit Disorder Scale for Teachers - ADHD. **Results:** The results showed evidence of conduct disorder, as well as impairment in cognitive performance, academic abilities and even decreased executive functions. **Conclusion:** Patient showed borderline intellectual functioning, traits of conduct disorder and bipolarity. ADHD diagnosis could not be verified.

Keywords: Conduct disorder, Neuropsychological evaluation, Child.

¹ Aluna do Curso de Especialização em Neuropsicologia pelo Centro de Estudos em Psicologia da Saúde (CEPSIC); Doutoranda da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) – São Paulo, Brasil.

² Coordenadora do Curso de Especialização em Neuropsicologia pelo CEPSIC - São Paulo, Brasil.

³ Neuropsicólogo do Instituto Central do Hospital das Clínicas (IHC) – FMUSP – São Paulo, Brasil.

⁴ Neuropsicóloga supervisora do CEPSIC - IHC – FMUSP – São Paulo, Brasil.

⁵ Diretora da Divisão de Psicologia do IHC-FMUSP – São Paulo, Brasil.

⁶ Professor Titular do Departamento de Neurologia da FMUSP – São Paulo, Brasil.

INTRODUÇÃO

O Transtorno de Conduta (TC) é caracterizado por padrão de comportamento repetitivo e persistente onde viola-se os direitos de uma terceira pessoa, ou ainda, normas ou regras sociais. Os comportamentos são marcados por agressividade (direcionados a pessoas e/ou animais), perda ou danos a propriedade, falsidade ou furto e violações graves às regras. Tais condutas devem estar presentes no último ano, com pelo menos um comportamento presente nos últimos seis meses. Geralmente, aparecem no final da infância ou no começo da adolescência (Olveraa et al., 2005; Narhi et al., 2010; *American Psychiatric Association*, 2014; Urazán-Torres et al., 2013).

Segundo Urazán-Torres e colaboradores (2013), a prevalência do TC é 16% para meninos entre idade de 12 a 18 anos. Pajer et al. (2008) relatam que a prevalência do TC em meninas de 15 a 17 anos é maior do que 10%. Este transtorno está associado a prejuízos nos relacionamentos interpessoais e na vida acadêmica, baixa regulação emocional, alta impulsividade, baixa tolerância à frustração e baixo desenvolvimento moral. Pais com histórico de criminalidade, abuso infantil e conflitos maritais também podem ser fatores preditivos do TC (Borges et al., 2008; Urazán-Torres et al., 2016), assim como lesões no lobo pré-frontal ou nas suas conexões com o sistema límbico e estruturas subcorticais (Acosta, 2012). As principais comorbidades associadas ao TC são o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), ocorrendo em 50% dos casos, e o transtorno bipolar (Olveraa et al., 2005; Borges et al., 2008; Urazán-Torres et al., 2013).

Com relação a sua forma de apresentação, estudos indicam que sujeitos com TC apresentam prejuízo no funcionamento executivo, principalmente no

que tange a falta de controle dos impulsos, avaliação de consequências e regulação emocional, ainda déficits de memória e baixa flexibilidade cognitiva (Moffitt's, 1993; Teichener & Gold, 2000; Olveraa et al., 2005; Borges et al., 2008; Pajer et al., 2008; DeLisi & Vaughn, 2011; Urazán-Torres et al., 2013).

Estudo comparando crianças com e sem diagnóstico de TC (Urazán-Torres et al., 2013), com idade entre 6 e 12 anos do sexo masculino e feminino, encontrou baixos escores de QI para as crianças previamente diagnosticadas com TC. Ainda, quando comparados meninos e meninas, estes apresentaram menor QI, maiores dificuldades no quesito flexibilidade cognitiva e nível verbal. Por outro lado, as meninas apresentaram maiores déficits na organização e planejamento.

Narhi et al. (2012) realizaram um estudo com 107 crianças e adolescentes entre 12 e 18 anos de idade diagnosticados com TC internados em hospital psiquiátrico, e descobriram déficits nas habilidades verbais e no funcionamento executivo. Já no estudo realizado por Pajer et al. (2008) com 93 meninas com idade entre 15 e 17 anos, foi encontrado baixo desempenho nas funções de inteligência, visuoespacial, funcionamento executivo e habilidades acadêmicas.

Na literatura existem muitos dados sobre o perfil neuropsicológico de meninos e pouco se sabe sobre as meninas, e as possíveis diferenças e semelhanças entre gêneros, assim como acontece em outras psicopatologias (Narhi et al., 2012), o que torna este estudo relevante. Este artigo tem como objetivo apresentar o perfil neuropsicológico de uma criança do sexo feminino com idade de 10 anos, com ênfase no funcionamento intelectual, memória, flexibilidade cognitiva, funções executivas e sintomas do transtorno de déficit

de atenção e hiperatividade (TDAH) para fins de diagnóstico diferencial entre transtorno bipolar, transtorno de conduta e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.

MÉTODO

Participante: M., uma criança do sexo feminino de 10 anos. Foi encaminhada para avaliação neuropsicológica por apresentar queixas e comportamentos auto e heteroagressivos, além de falta de atenção e hiperatividade. À época do estudo, M. frequentava o 5º ano do Ensino Fundamental. Seus pais são separados e é filha única do casal.

Dados de saúde

Em 2016, aos 10 anos foi internada em hospital psiquiátrico, onde permaneceu por 45 dias, devido ao comportamento disruptivo recorrente e por ter introduzido objetos na vagina.

No momento da avaliação neuropsicológica, realizada em 2016, estava sendo acompanhada por psiquiatra, fazendo uso de topiramato, ziprasidona e fluvoxamina, tendo sido levantadas as hipóteses diagnósticas de Transtorno Afetivo Bipolar e Transtorno de Conduta.

Descrição do caso

Durante a gestação de M., os pais relataram que houve perda do líquido amniótico. Nasceu de parto cesárea, com 2 kg e 45 cm, houve ocorrência de displasia congênita de quadril, não precisou ser operada, apenas fez uso de cinta corretiva. Amamentação deu-se até os quatro meses e o uso de

mamadeira foi até os 6 anos. Ainda, segundo informações coletadas com os pais, os marcos do desenvolvimento neuropsicomotor foram adequados. O controle dos esfíncteres ocorreu no tempo devido, entretanto, a mãe a acompanhava no banheiro até os 7 anos para supervisão. Com relação ao sono, era agitado antes da introdução das medicações psiquiátricas. Já apresentou curiosidade sexual, tendo seu primeiro episódio de masturbação aos 4 anos.

Dados relativos à sua conduta informaram que M. apresentara comportamentos impulsivos e agressivos tais como xingar e agredir fisicamente a mãe e colegas da escola. No ambiente escolar, segundo informações obtidas com a coordenadora pedagógica, M. costumava exibir postura “autoritária e manipuladora”; apresentou dificuldades na leitura, escrita, interpretação de texto e aritmética.

Quanto aos seus antecedentes familiares, apenas a mãe apresentara sintomas depressivos.

Instrumentos de avaliação

Os seguintes instrumentos foram utilizados, de acordo com as funções avaliadas:

- 1) Escala Wechsler de Inteligência para Crianças - 4a ed. - WISC-IV (Rueda et al., 2013): através de 4 domínios avalia habilidades intelectuais e cognitivas, principalmente resolução de problemas verbais e não verbais.

São eles:

- a) Índice de compreensão verbal (ICV), formado por 5 subtestes: semelhanças – mensura o raciocínio verbal e a formação de conceitos;

vocabulário – mensura o conhecimento de palavras e formação de conceitos verbais, assim como o nível de conhecimento, habilidades de aprendizado, memória de longo prazo e nível de conhecimento linguístico; compreensão – verifica o raciocínio verbal e conceituação, compreensão verbal e expressão, habilidade para avaliação e utilização de experiências anteriores e habilidades para transmitir informações de ordem prática, julgamento e maturidade; informação – avalia a capacidade de aquisição, retenção e recuperação de conhecimentos gerais; e raciocínio com palavras – mensura o raciocínio verbal.

- b) Índice de organização perceptual (IOP), formado por 4 subtestes: cubos – mensura habilidade de analisar e sintetizar estímulos visuais abstratos, capacidade de percepção visual e organização, processamento simultâneo e coordenação visual; conceitos figurativos – mensura o nível de abstração e habilidade para raciocinar; raciocínio matricial – verifica a fluidez da inteligência; e completar figuras - mede a capacidade de percepção visual, organização, concentração e reconhecimento visual de detalhes.
- c) Índice de memória operacional (IMO), composto por 3 subtestes: dígitos – mensura memória auditiva de curto prazo, sequenciamento, atenção e concentração; sequência de números e letras – avalia agilidade mental, atenção, memória auditiva de curto prazo e velocidade de processamento; aritmética – mensura agilidade mental, concentração, atenção, memória de curto e longo prazo.

- d) Índice de velocidade de processamento (IVP) – composto por três subtestes: código – avalia a velocidade de processamento, assim como memória de curto prazo, aprendizado e percepção visual; procurar símbolos – mensura velocidade de processamento, coordenação visual e motora, flexibilidade cognitiva, discriminação visual e concentração; e cancelamento – mensura velocidade de processamento, atenção visual seletiva, vigilância ou negligência.
- 2) Figura Complexa de Rey (Oliveira, 2010) – avalia a memória visual imediata, percepção e organização visuo-espacial. O sujeito deve, primeiro, copiar a figura proposta e depois de três minutos, evocar tal figura.
- 3) Teste Stroop – versão Victoria (Charchat-Fichman & Oliveira, 2009): permite a avaliação da atenção seletiva e flexibilidade cognitiva, medindo a habilidade de mudar e inibir uma resposta em detrimento de outra, através de estímulos diferentes: nome da cor *versus* cor da tinta com a qual a palavra foi impressa; e instrução “ler a palavra” e “dizer o nome da cor”.
- 4) *Trail Making Test* (TMT; Spreen & Strauss, 1998): dividido em dois subtestes, o teste “A” avalia a atenção sustentada (capacidade de manter o foco em uma atividade) e alternada (capacidade de mudar de foco); o teste “B” avalia velocidade de processamento, flexibilidade mental e funções executivas.
- 5) Torre de Hanói (Malloy-Diniz et al., 2010): avalia as funções executivas, as quais são responsáveis pela formulação de um objetivo, pela antecipação, planejamento, monitoração e pelo desempenho efetivo. O desafio consiste em mover as peças seguindo as regras: mexer uma peça de cada vez e peças menores nunca devem ficar em cima das maiores. Para resolução

do problema, precisa-se estabelecer um objetivo final, planejar e executar uma sequência lógica de movimentos corretos e com menor número de erros.

6) SNAP-IV – Questionário escolar e familiar (Bordini et al., 2010) – verifica a existência de sintomas primários do TDAH através de 18 afirmativas correspondentes aos sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade. Pontuações maiores ou iguais a 6 indicam presença de tais sintomas.

7) Escala de Transtorno do Déficit de Atenção para professores – TDAH (Benczik, 2000) – respondido pelo professor, a escala é composta por 49 itens com o objetivo de avaliar a presença de sintomas de déficit de atenção, hiperatividade e impulsividade, problemas de aprendizagem e comportamento antissocial.

Procedimentos e análise dos dados

A avaliação neuropsicológica foi solicitada pelo médico psiquiatra e pelos pais, devido a presença de comportamentos agressivos e impulsivos de M., assim como por apresentar dificuldades de atenção e baixo desempenho escolar.

O processo de avaliação foi realizado ao longo de 5 sessões com duração de uma hora e meia cada. Inicialmente, foi realizada anamnese com os pais para obtenção dos dados do desenvolvimento. Em seguida, foi feito contato com o psiquiatra para levantamento de informações sobre as medicações e dados sobre a internação de M. Após, teve início a avaliação somente com a criança. Ao final das cinco sessões, os pais foram chamados

para devolutiva e apresentação dos resultados obtidos. Para a escola, foram enviados questionários para averiguar os sintomas de TDAH, assim como ocorreu uma entrevista não-estruturada para conhecimento do comportamento e interação de M. com os colegas no ambiente escolar.

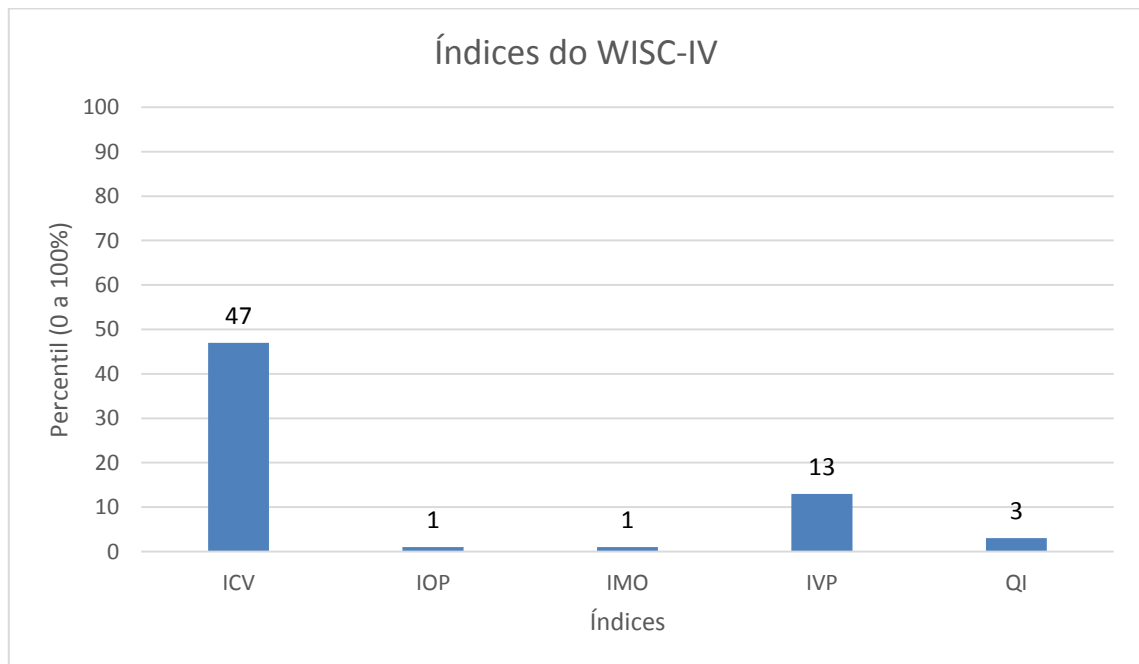
Para as análises, foram utilizadas tabelas normativas dos dados contidas nos seus respectivos manuais teóricos dos testes. Para aqueles testes de cunho qualitativo, as análises foram feitas a partir do escore Z (escore total do caso, média e desvio padrão) recomendado pela literatura vigente.

Para avaliação do transtorno bipolar, foram utilizados dados de observação clínica seguindo as diretrizes do DSM-V (*American Psychiatric Association*, 2014).

Resultados

Os dados obtidos mostraram que M. apresenta funcionamento intelectual limítrofe, com QI total de 71 (percentil 3). Os resultados com o percentil dos quatro domínios do WISC estão dispostos no gráfico 1.

Gráfico 1: Resultados dos domínios do WISC



Legenda: ICV: índice de compreensão verbal; IOP: índice de organização perceptual; IMO: índice de memória operacional; IVP: índice de velocidade processamento; QI: quociente intelectual.

M. obteve ICV preservado, porém, apresentou prejuízo grave no IOP e no IMO e dificuldade média no IVP.

Com relação à memória, flexibilidade cognitiva e funções executivas, M. apresentou problemas leve a graves, conforme dados da Tabela 1.

Tabela 1 - Resultados dos testes de memória, flexibilidade cognitiva e funções executivas

Testes	Resultado bruto	Percentil	Classificação
Memória (Figura de Rey)			
Cópia	19	10	Inferior
Evocação	3,5	10	Médio Inferior
Flexibilidade cognitiva (Teste Stroop)			
Lista de Palavras	22 segundos	55	Médio
Lista de Interferência	44 segundos	<0,1	Deficitário
Funções executivas			

Torre de Hanói	20 movimentos	<0,1	Deficitário
TMT-A (tempo)	22	67	Média
TMT-B (erros de alternância)	3	<0,1	Deficitário
TMT-B (erros de sequência)	3	<0,1	Deficitário
TMT-B (tempo)	66	<0,1	Deficitário

Na escala de TDAH respondida pelo professor, M. apresentou resultados indicativos da presença do transtorno em todos os subitens: déficit de atenção, hiperatividade e impulsividade, problemas de aprendizagem e comportamento antissocial (percentil 99: acima da média). Em outra escala voltada também para os sintomas de TDAH, os resultados foram positivos para o transtorno (Tabela 2).

Tabela 2 - Resultados da escala de sintomas de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade – SNAP-IV

SNAP	Pai	Mãe	Professores	Ponto de corte
Desatenção	6	8	7	≥6
Hiperatividade/impulsividade	8	10	10	≥6

DISCUSSÃO

Este estudo de caso mostrou a paciente de 10 anos com comportamento disruptivo associado à hiperatividade e dificuldades de atenção e concentração. Os resultados apontaram para a ocorrência de TC com baixo desempenho cognitivo.

M. apresentou baixo quociente intelectual (QI). No entanto, o seu índice de compreensão verbal mostrou-se preservado, apontando para inteligência cristalizada conservada, ou seja, a capacidade de adquirir e acessar conhecimentos construídos através da cultura e ao longo da vida apresenta funcionamento adequado, dado este congruente com a literatura (Rueda et al., 2013). Os índices de organização perceptual e memória operacional apresentaram rebaixamento significativo, o que, por si só, pode ter contribuído para o baixo desempenho do teste geral (QI).

M. apresentou dificuldade média no IVP, contudo, vale ressaltar que seu comportamento durante o teste não foi colaborativo, o que pode ter enviesado mais uma vez os resultados finais.

Tais comportamentos de M. estão de acordo com a literatura no que diz respeito ao transtorno de conduta (*American Psychiatric Association*, 2014). Estudos relataram que baixo desempenho na vida acadêmica e no funcionamento intelectual estão ligados com a presença do TC (Olveraa et al., 2005; Narhi et al., 2010; Urazán-Torres et al., 2013). Tais dados estão de acordo também com os relatos apresentados pela escola, na qual M. apresentou baixo desempenho, tanto acadêmico quanto social.

Nas tarefas nas quais M. precisou de maior esforço cognitivo e controle inibitório (por exemplo: TMT-B), apresentou prejuízos moderados, assim como aqueles relatados pela literatura vigente (Olveraa et al., 2005; Narhi et al., 2010; Urazán-Torres et al., 2013). Os dados relativos ao funcionamento executivo de M. estão congruentes com os achados da literatura, onde foram encontrados prejuízos nestas funções em meninas diagnosticadas com TC

(Pajer et al., 2008). Tal achado corrobora a visão dos colegas de classe, que consideravam M. como uma criança autoritária.

Apesar de rastreio com pontuação sugestiva de TDAH, cabe destacar que alguns sintomas (comportamento de autoagressividade, não aceitação de regras, agressividade para com a mãe e colegas) se sobrepuaram às demais comorbidades aventadas pelo médico que solicitou a avaliação. De acordo com os testes aplicados, nos resultados dos testes Stroop (lista de palavras) e TMT-A (tempo), o qual avalia atenção, apresentou pontuação na média, o que pode demonstrar que a sua capacidade atencional encontra-se preservada e sendo prejudicada pelo seu comportamento disruptivo (e não pelo viés atencional), ainda, as suas funções executivas encontravam-se gravemente prejudicadas. Somado a isso, tais testes são aplicados no início da bateria e exigem menos esforço cognitivo e M. não apresentou comportamento de recusa diante desses dois testes.

Para a hipótese aventada pelo psiquiatra sobre a ocorrência do transtorno bipolar, a paciente apresentou critérios sugestivos, tais como redução da necessidade de sono, distratibilidade, agitação psicomotora, envolvimento excessivo em atividades com potencial para consequências dolorosas (ex.: introdução de objetos na vagina e autoagressividade) e período distinto de humor anormal e constantemente elevado (APA, 2014). Além da avaliação clínica, M. apresentou funcionamento neuropsicológico parecido com o descrito pela literatura para tal transtorno: prejuízo na memória, déficit na flexibilidade, velocidade psicomotora e nas funções executivas (Borges et al., 2008).

CONCLUSÃO

A partir dos resultados da avaliação neuropsicológica, pode-se concluir que M. apresentou funcionamento intelectual limítrofe, marcado por baixo desempenho cognitivo, habilidades acadêmicas prejudicadas, assim como o funcionamento executivo, com prejuízos graves nos índices de memória de longo prazo episódica, assim como na memória operacional, funções atencionais e executivas, e no índice de organização perceptual.

Com relação ao seu QI, não se pode afirmar categoricamente que apresente prejuízos graves, pois o seu comportamento de se opor a regras prejudicou bastante o seu desempenho.

Também existem indícios do transtorno de conduta e transtorno bipolar, sem comorbidade com o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.

REFERÊNCIAS

- Acosta, M. R., Triana, J., Chipatecua, A. G., Fonseca, L., Alonso, D. (2012). Neuropsychological assessment of a preteen with conduct disorder. *Psychology & Neuroscience*, 5(1), 47-55.
- American Association of Psychiatric – APA. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtorno DSM-5*. Porto Alegre, Artmed.
- Austerman, J. ADHD and behavioral disorders: assessment, management, and update from DSM-5. (2015). *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 82(1), S2-S7.
- Benczik, E. B. P. (2000). *Manual da Escala de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade: versão para professores*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bordini, D., Orsi, P., Gattás, I. G., Mercadante, M. T. (2010). Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. In: Falcão, L. F. R. (Org.); Fidalgo, T. M., Silveira, D. X. (Coord.). *Manual de Psiquiatria - Manual do Residente da Universidade Federal de São Paulo*. Associação dos Médicos Residentes da Escola Paulista de Medicina, São Paulo, Gen-Roca, pp. 314-318.

Borges, J. S., Trentini, C. M., Bandeira, D. R., Dell'Aglio, D. D. (2008). Avaliação neuropsicológica dos transtornos psicológicos na infância: um estudo de revisão. *Psico-USF*, 13(1), 125-133.

Charchat-Fichman, H., Oliveira, R. M. (2009). Performance of 119 Brazilian children on Stroop paradigm – Victoria version. *Arq Neuropsiquiatr*, 67(2-B), 445-449.

DeLisi, M., Vaughn, M. G. (2011). The importance of neuropsychological deficits relating to self-control and temperament to the prevention of serious antisocial behavior. *International Journal of Child, Youth and Family Studies*, 1(2), 12-35.

Felt, B., Biermann, B., Christner, J.G., Kochhar, P., Harrison, R.V. Diagnosis and management of ADHD in children. (2014). *American Family Physician*, 90(7), 456-464.

Malloy-Diniz, L. F., Fuentes, D., Mattos, P., Abreu, N. (2010). *Avaliação neuropsicológica*. Porto Alegre: Artmed.

Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701.

Narhi, V., Lehto-Salo, P., Ahonen, T., Marttunen, M. (2010). Neuropsychological subgroups of adolescents with conduct disorder. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51, 278-284.

Oliveira, M. S. (2010). *Figuras Complexas de Rey: teste de cópia e de reprodução de memória de figuras geométricas complexas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Olvera, R.L., Semrud-Clikeman, M., Pliszka, S. R., O'Donnell, L. (2005). Neuropsychological deficits in adolescents with conduct disorder and comorbid bipolar disorder: a pilot study. *Bipolar Disorders*, 7, 57-67.

Pajer, K., Chung, J., Chung, J., Leininger, L., Wang, W., Gardner, W., Yeates, K. (2008). Neuropsychological Function in Adolescent Girls With Conduct Disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(4), 416-425.

Rueda, F. J. M., Noronha, A. P. P., Sisto, F. F., Santos, A. A. A., Castro, N. R. (2013). *Escala de Inteligência Wechsler para Crianças – WISC-IV*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Spreen, O., Strauss, E. (1998). *A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms and commentary* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

Tarver, J., Darley, D., Sayal, K. (2014). Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): an updated review of the essential facts. *Child: care, health and development*, 40(6), 762-774.

Teichner, G., Golden, C. J. (2000). The relationship of neuropsychological impairment to conduct disorder in adolescence: a conceptual review. *Aggression and Violent Behavior*, 5(6), 509–528.

Urazán-Torres, G. R., Puche-Cabrera, M. J., Caballero-Forero, M., Rey-Anaconda, C. A. (2013). Cognitive and Executive Functions in Colombian School Children with Conduct Disorder: Sex Differences. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 42(4),324-332.

CONTATO

E-mail: alorena.costa@gmail.com