

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**Caracterización clínica y sociodemográfica de niños y niñas con diagnóstico de trastorno  
oposicionista desafiante, entre los 4 años y los 12 años, atendidos en el Hospital Nacional de  
Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera”, durante el periodo de enero de 2015 a diciembre de  
2017**

∞

Tesis sometida a la consideración de la Comisión del  
Programa de Estudios de Posgrado en Psiquiatría Infantil  
para optar al grado y título de  
Especialista en Psiquiatría Infantil

∞

**DRA. PEGGY ARGUEDAS GARITA**

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

## **Páginas preliminares**

## **Dedicatoria**

A toda mi familia dedico este trabajo, por su apoyo en las buenas y en las no tan buenas,

especialmente

A Nelson, por su amor incondicional.

A Ariana, por su paciencia y comprensión.

A Felipe, por sus palabras de ánimo y amor.

A Mateo, por su energía contagiosa.

A Andrés, por ser un luchador.

A los niños que conocí.

Los amo.

∞

## **Agradecimiento**

Agradezco este trabajo a Dios,

por haberme otorgado una familia tan especial, quienes siempre han creído en mí, enseñándome a valorar lo que tengo, ellos son ejemplo de sacrificio, amor incondicional y comprensión.

Gracias infinitas a mi esposo, por protegerme, amarme y apoyarme en cada uno de mis proyectos, sin ti esto no tendría sentido.

A mis hijos les agradezco la paciencia, el amor y su comprensión en mis noches de ausencia, son mi motor incansable para seguir adelante.

Doy gracias a mi compañera y amiga, además mi tutora de tesis, por su ayuda, consejos y guía en el cierre de este capítulo.

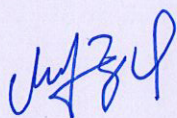
Gracias al Coordinador de este Postgrado que me acompañó y dio ánimos en este proceso, su confianza y energía me inspiraron a culminar esta meta.

A todos los profesores, colegas y compañeros de trabajo que a lo largo de esta formación hicieron que en mí permaneciera el deseo de superación y triunfo, tengan por seguro que atesoraré sus recuerdos por siempre, gracias de corazón.

∞

Gracias a los niños que de una manera u otra llegaron a mi vida y me enseñaron con su ejemplo a seguir luchando.

Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Postgrado en Psiquiatría Infantil de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar por el grado académico en Psiquiatría Infantil

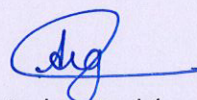


Dr. Vernor Barboza Ortiz

Especialista en Psiquiatría infantil

Coordinador del Postgrado

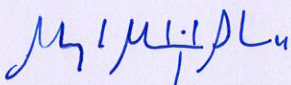
de Psiquiatría Infantil



Dra. Andrea Rodríguez Gonzalez

Especialista en Psiquiatría infantil

Tutora Académica



Dra. Myleen Madrigal Solano

Especialista en Psiquiatría

Lectora



Dr. Roberto Chavarría Bolaños

Especialista en Psiquiatría

Lector



Dra. Peggy Arguedas Garita

Especialista en Psiquiatría

Autora

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

“Caracterización clínica y sociodemográfica de niños y niñas con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante, entre los 4 años a los 12 años, atendidos en el Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera”, en el periodo de enero 2015 a diciembre 2017”.

Trabajo de graduación aceptado por el Comité Director del Postgrado en psiquiatría Infantil para optar por el grado académico de Especialista en Psiquiatría Infantil



Dr. Vernor Barboza Ortiz  
Especialista en Psiquiatría infantil  
Coordinador del Postgrado  
de Psiquiatría Infantil



Dra. Andrea Rodríguez Gonzalez  
Especialista en Psiquiatría infantil  
Tutora Académica



Dra. Peggy Arguedas Garita  
Especialista en Psiquiatría  
Autora

## Tabla de contenidos

Páginas preliminares.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Hoja de Aprobación.....	iv
Acta de Revisión del Proyecto de Investigación.....	v
Abstract.....	xi
Licencia de Publicación.....	xvii
Carta de la Filóloga.....	xviii
Parte I: Marco conceptual.....	19
Parte II: Introducción.....	5
A. Introducción.....	6
B. Metodología.....	8
1. Antecedentes internacionales.....	8
2. Antecedentes nacionales y locales.....	20
C. Marco teórico.....	23
1. El trastorno oposicionista desafiante (TOD).....	24
2. Evolución nosológica.....	25
3. Epidemiología.....	27
4. Neurofisiopatología.....	28
5. Perfil neuropsicológico.....	31
6. Etiología.....	33
7. Factores genéticos.....	34
8. Factores predisponentes.....	37
9. Factores ambientales.....	40
10. Factores familiares.....	41
11. Factores extrafamiliares.....	48
12. Factores protectores.....	49
13. Teorías.....	53
13.1 Teoría del apego.....	53
13.2 Teoría coercitiva.....	55
13.3 Teoría del procesamiento de información social.....	58
14. Curso natural del trastorno oposicionista desafiante.....	59
15. Comorbilidades asociadas.....	60

16. Manifestaciones clínicas.....	63
17. Criterios diagnósticos.....	66
18. Diagnósticos diferenciales .....	69
19. Factores favorecedores y desfavorecedores en el TOD .....	74
20. El impacto del TOD y el estrés parental .....	78
21. Evaluación .....	81
22. Escalas de evaluación.....	91
23. Intervenciones Psicosociales .....	94
24. Tratamiento.....	95
25. Prevención .....	98
Parte III: Desarrollo del tema de investigación.....	99
B. Marco metodológico .....	100
1. Tipo de investigación .....	100
2. Planteamiento del problema .....	100
3. Hipótesis .....	102
4. Objetivos .....	103
4.1 Objetivo general .....	103
4.2 Objetivos específicos.....	103
5. Criterios de inclusión .....	104
6. Criterios de exclusión.....	104
7. Límites y alcances de la tesis.....	105
8. Consideraciones bioéticas.....	106
9. Evaluación del riesgo/beneficio del estudio .....	107
10. Materiales y métodos .....	108
11. Variables del estudio.....	109
11.1 Operacionalización de las variables .....	110
12. Método para el análisis de datos .....	116
12.1 Análisis descriptivo .....	116
12.2 Análisis inferencial.....	116
12.3 Estimaciones .....	116
13. Diseño Muestral.....	117
13.1 Tipo de muestreo.....	117
14. Análisis secundarios.....	119



C. Resultados:.....	120
1. Características de los pacientes .....	120
1.1 Sexo.....	120
1.2 Edad al inicio de la atención .....	121
1.3 Provincia y cantón de residencia.....	123
1.4 Nivel educativo del menor.....	125
2 Características de los padres .....	126
2.1 Estado civil de los padres de familia.....	126
2.2 Nivel educativo de los padres .....	127
3 Características de la familia.....	128
3.1 Tipo de familia.....	128
4 Presentación clínica.....	129
4.1 Asignación diagnóstica.....	129
4.2 Patrones de presentación .....	130
4.3 Patrón de enfado .....	131
4.4 Patrón desafiante .....	132
4.3 Patrón rencoroso .....	132
4.4 Comorbilidades.....	133
4.5 Factores de riesgo genéticos o predisponentes .....	135
4.6 Factores de riesgo del ambiente familiar.....	136
4.7 Factores de riesgo del ambiente extra familiar a nivel social .....	137
4.8 Factores de riesgo del ambiente extra familiar a nivel escolar .....	138
4.9 Factores protectores .....	139
4.10 Intervenciones clínicas .....	140
4.11 Intervenciones educativas.....	146
4.12 Intervenciones socio familiares.....	147
5. Análisis bivariados .....	147
5.1 Patrones de enfado, desafiante y rencoroso por sexo.....	147
5.2 Patrones de enfado, desafiante y rencoroso por edad de inicio de atención.....	149
5.3 Comorbilidades y factores de riesgo .....	150
5.3.1 Comportamientos agresivos según factores de riesgo del ambiente familiar.....	150
5.3.2 Comportamientos agresivos según factores de riesgo del ambiente extra familiar a nivel escolar	

5.3.3 Problemas de aprendizaje según factores de riesgo del ambiente familiar .....	153
5.3.4 Problemas de aprendizaje según factores de riesgo del ambiente extra familiar a nivel escolar.	155
5.3.5 Discapacidad cognitiva según factores de riesgo del ambiente familiar.....	156
5.3.6 Discapacidad cognitiva según factores de riesgo del ambiente extra familiar a nivel escolar ....	158
D. Discusión.....	160
E. Conclusiones.....	173
F. Recomendaciones.....	178
Parte final: anexos y referencias .....	179
1. Anexos .....	180
Anexo 1: Componentes del gráfico de caja (Box Plot) .....	180
Anexo 2: Instrumento para la recolección de datos TOD.....	181
2. Referencias.....	185

## Resumen

**Diseño:** observacional, descriptivo, retrospectivo.

**Antecedentes y justificación:** el trastorno oposicionista desafiante es una de las patologías más frecuentes de inicio en la infancia temprana, se caracteriza por alteraciones en la conducta social, además de un patrón de enfado, desafiante o rencoroso. En Costa Rica, al momento de realizar esta investigación, no se encontraron estudios de caracterización clínica ni sociodemográfica previos, por lo que se consideró importante realizar este estudio, dado que es un trastorno que provoca disfunción en los niños y adolescentes en el entorno familiar, escolar y social.

**Objetivo:** examinar las características del perfil clínico y sociodemográfico de los niños con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante en la población de 4 a 12 años atendida en el Hospital Nacional de Niños Carlos Sáenz Herrera, de enero de 2015 a diciembre de 2017.

**Metodología:** se contó con una muestra de 397 pacientes atendidos por el diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante durante el periodo de enero de 2015 a diciembre de 2017. Se calculó el tamaño de la muestra con un nivel de confianza del 95% y con un error del 8% y varianza máxima, se obtuvo una población de estudio representativa de 109 pacientes seleccionados de forma sistemática y aleatoria para la revisión de la información de los expedientes médicos.

**Resultados:** se evidenció una prevalencia del 85,3% de pacientes con trastorno oposicionista desafiante masculinos y un 14,7% femeninas. El promedio de edad, al inicio de la atención, fue de 6,6 -11,2 años, mayormente provenientes de familias nucleares (30,1%), el nivel socioeconómico no se logró calcular por falta de información. Los patrones más prevalentes fueron el enfado y el patrón desafiante. Las dos comorbilidades más significativas fueron déficit atencional con hiperactividad (88,1%) y los comportamientos agresivos (73,4%) En las intervenciones clínicas, el 96,3% de los pacientes recibieron medicación: psicoestimulantes (86,7%) y antipsicóticos (67,6%), el 51,4% recibió psicoterapia. La principal intervención educativa fueron los apoyos educativos: adecuación curricular (48,6%) y asistir al servicio de apoyo educativo y problemas conductuales 24,8%).

**Conclusiones:** Se observó que, en la población en estudio, los factores de riesgo familiares como la violencia intrafamiliar, castigo físico / maltrato infantil, exposición a la agresión (verbal, física, sexual) se asociaron estadísticamente a un mayor riesgo de desarrollar problemas de comportamiento, aumentando la agresividad, problemas de aprendizaje y la discapacidad cognitiva. El principal factor protector encontrado se encuentra en los apoyos educativos. Dada la fuerte asociación entre la familia y el ámbito escolar, se recomienda promover intervenciones en cuanto a cero tolerancias al maltrato infantil y la implementación de apoyos educativos para los menores de edad con trastornos oposicionistas desafiantes.

**Palabras claves:** trastorno oposicionista desafiante, trastornos disruptivos, factores de riesgo, niños, adolescentes, tratamiento.

## Abstract

**Design:** observational, descriptive, retrospective.

**Project background & Justification:** The oppositional defiant disorder (ODD) is one of the most frequent pathologies with onset in early childhood, characterized by alterations in social behavior, it presents an angry, defiant, or spiteful pattern. This disorder can generate in the family, school and social environment. It was considered valuable to carry out this study since in Costa Rica, at the time of this investigation, no other similar to the issue raised was found

**Objective:** Examine the characteristics of the clinical and socio-demographic profile of children with a diagnosis of oppositional defiant disorder (ODD) in the population aged between 4 - 12 years old attending the National Children's Hospital; Carlos Sáenz Herrera, from January 2015 to December 2017.

**Methodology:** there was a sample of 397 patients treated for the diagnosis of oppositional defiant disorder (ODD) in the period from January 2015 to December 2017, calculating the sample size with a confidence level of 95% and with an error of 8% and maximum variance, a representative study population of 109 patients was obtained, selected systematically and randomly for information review in the medical records.

**Results:** It emerged a prevalence of 85.3% of patients with oppositional defiant disorder were evidenced in males and 14.7% in females; the average age at onset of care for boys and girls is equal 6.6 -11.2 years, mostly from nuclear families (30.1%), the socioeconomic level could not be calculated due to lack of information. The most prevalent patterns were anger and defiance. The two most significant comorbidities were attention deficit hyperactivity (88.1%) and aggressive behaviors (73.4%). In clinical interventions the 96.3% of patients received medication: psychostimulants (86.7%) and antipsychotics (67.6%), 51.4% received psychotherapy. The main educational intervention was educational supports: curricular adaptation (48.6%) and attending the educational support service and behavioral problems 24.8%).

**Conclusions:** It observed that in the study population, family risk factors such as domestic violence, physical punishment / child abuse, exposure to aggression (verbal, physical, sexual) are statistically associated with a higher risk of developing behavioral problems, increasing aggressiveness, learning disabilities and cognitive disability. The main protective factor found is educational supports. Given the strong association between the family and the school environment, it is recommended to promote interventions regarding zero tolerance to child abuse and the implementation of educational supports for children with oppositional defiant disorders.

**Keywords:** oppositional defiant disorder (ODD), disruptive disorders, risk factors, children, adolescents, treatment.

## Lista de Cuadros

Cuadro 1. Cálculo del tamaño muestral para los pacientes con trastorno oposicionista negativista de 4 a 12 años. 2015-2017. HNN. ....	117
Cuadro 2. Costa Rica. Estadísticas descriptivas de la edad al inicio de la atención (años) por sexo de los niños diagnosticados con trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. (n = 109 pacientes) .....	121
Cuadro 3. Costa Rica: Patrones de enfado, desafiante y rencoroso según sexo, en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. (n = 109 pacientes) .....	148
Cuadro 4. Costa Rica: Patrones de enfado, desafiante y rencoroso según edad al inicio de la atención (años), en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. (n = 109 pacientes) .....	149
Cuadro 5. Costa Rica: Comportamientos agresivos según factores de riesgo del ambiente familiar, en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. (n = 109 pacientes).....	151
Cuadro 6. Costa Rica: Comportamientos agresivos según factores de riesgo del ambiente extra familiar a nivel escolar, en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. . (n = 109 pacientes) .....	153
Cuadro 7. Costa Rica: Problemas de aprendizaje según factores de riesgo del ambiente familiar, en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. (n = 109 pacientes).....	154
Cuadro 8. Costa Rica: Problemas de aprendizaje según factores de riesgo del ambiente extra familiar a nivel escolar, en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. (n = 109).....	156
Cuadro 9. Costa Rica: Discapacidad cognitiva según factores de riesgo del ambiente familiar, en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. (n = 109 pacientes).....	157
Cuadro 10. Costa Rica: Discapacidad cognitiva según factores de riesgo del ambiente extra familiar a nivel escolar, en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. (n = 109 pacientes) .....	158

## Lista de Figuras

Figura 1 Modelo IDEA de vías múltiples .....	19
Figura 2 Sistema de control ejecutivo .....	29
Figura 3 Conectividad de las áreas involucradas en el TOD y los Trastornos de la conducta .....	30
Figura 4 Categorización de los factores ambientales .....	40
Figura 5 Modelo de la teoría del apego .....	55
Figura 6 Modelo de los ciclos coercitivos.....	57
Figura 7 Modelo de desarrollo del trastorno de conducta desde la perspectiva del procesamiento de la información, adaptado de Dodge (1993).....	58
Figura 8 Modelo bifactor del TOD .....	65
Figura 9 Resumen de competencias parentales. ....	81

## Lista de tablas

Tabla 1 Resumen de factores genéticos y predisponentes del TOD.....	39
Tabla 2 Resumen de factores ambientales familiares del TOD .....	47
Tabla 3 Resumen de factores ambientales extrafamiliares del TOD.....	49
Tabla 4 Resumen de factores protectores del TOD .....	52
Tabla 5 Resumen de las comorbilidades del TOD .....	63
Tabla 6 Diagnósticos diferenciales del TOD .....	74
Tabla 7 Recomendaciones de la AACAP .....	88

## Lista de Gráficos

Gráfico 1 Costa Rica. Sexo de los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. ....	120
Gráfico 2 Costa Rica. Estadísticas descriptivas de la edad al inicio de la atención (años) por sexo de los niños diagnosticados con trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. (n = 109 pacientes) .....	122
Gráfico 3 Costa Rica: Provincia de residencia de los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. ....	123
Gráfico 4 Costa Rica: Cantón de residencia de los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante que residen en la provincia de San José. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. (n = 83 pacientes).....	124
Gráfico 5 Costa Rica: Escolaridad de los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017 .....	125
Gráfico 6 Costa Rica: Estado civil de los padres de los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. ....	126
Gráfico 7 Costa Rica: Nivel de escolaridad de los padres de los niños con trastorno oposicionista desafiante en la población de 4 a 12 años. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. HNN. (n = 82 madres y n = 55 padres) .....	127
Gráfico 8 Costa Rica: Tipo de familia de los niños con trastorno oposicionista desafiante en la población de 4 a 12 años. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017.....	128
Gráfico 9 Costa Rica: Asignación diagnóstica en los niños con trastorno oposicionista desafiante en la población de 4 a 12 años. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. HNN. (n = 109 niños).....	129
Gráfico 10 Costa Rica: Patrón en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. ....	130
Gráfico 11 Costa Rica: Patrón de enfado en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. ....	131
Gráfico 12 Costa Rica: Patrón desafiante en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017 .....	132
Gráfico 13 Costa Rica: Comorbilidades en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. ....	133
Gráfico 14 Costa Rica. Otras comorbilidades en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. ....	134

Gráfico 15 Costa Rica: Factores de riesgo genéticos o disposicionales en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. (n = 109 pacientes) .....	135
Gráfico 16 Costa Rica: Factores de riesgo del ambiente familiar en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. (n = 109 pacientes) .....	136
Gráfico 17 Costa Rica: Factores de riesgo del ambiente extra familiar a nivel social en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. (n = 109 pacientes) .....	137
Gráfico 18 Costa Rica: Factores de riesgo del ambiente extra familiar a nivel escolar en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. (n = 109 pacientes) .....	138
Gráfico 19 Costa Rica: Factores protectores en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. ....	139
Gráfico 20 Costa Rica. Tratamiento en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. (n = 109 pacientes).....	140
Gráfico 21 Costa Rica. Tipos de Tratamientos suministrados a los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. (n = 105 pacientes).....	141
Gráfico 22 Costa Rica. Tratamientos con antidepresivos en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. (n = 47 pacientes) .....	142
Gráfico 23 Costa Rica. Tratamientos con antipsicóticos en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. (n = 70 pacientes).....	143
Gráfico 24 Costa Rica. Tratamientos con otros fármacos en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. (n = 40 pacientes).....	144
Gráfico 25 Costa Rica: Otros tratamientos en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. ....	145
Gráfico 26 Costa Rica: Intervenciones educativas en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. ....	146
Gráfico 27 Costa Rica: intervenciones socio familiares en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. (n = 109 pacientes).....	147



## Lista de abreviaturas

- ACE: Adverse Childhood Experiences.
- APA: Asociación de Psiquiatría Americana.
- CBCL: Lista de Verificación de Comportamiento Infantil.
- CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social.
- CEC: Comité Ético Científico.
- DSM-II: Manual Estadístico Diagnóstico, Segunda Edición.
- DSM-5: Manual Estadístico Diagnóstico, Quinta Edición.
- FE: Funciones Ejecutivas.
- HNN: Hospital Nacional de Niños.
- REDES: Registros y Estadísticas de Salud.
- TDHA: Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad.
- TOD: Trastorno Opositorista Desafiante.



UNIVERSIDAD DE  
COSTA RICA

SEP Sistema de  
Estudios de Posgrado

**Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.**

Yo, Peggy Melissa Arguedas Garita, con cédula de identidad 109550688, en mi condición de autor del TFG titulado Caracterización clínica y sociodemográfica de niños y niñas con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante, entre los 4 años y los 12 años, atendidos en el Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera", durante el periodo de enero del 2015 a diciembre del 2017.

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI  NO \*

\*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: \_\_\_\_\_ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

PEGGY MELISSA  
ARGUEDAS GARITA  
(FIRMA)

Firmado digitalmente por PEGGY  
MELISSA ARGUEDAS GARITA  
(FIRMA)  
Fecha: 2021.09.28 21:58:13 -06'00'

**FIRMA ESTUDIANTE**

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

San Pedro de Poás, 29 de setiembre de 2021

Señores  
Universidad de Costa Rica  
Sistema de Estudios de Posgrado  
San José

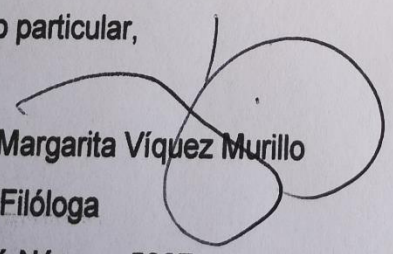
Estimados señores:

La estudiante doctora **Peggy Arguedas Garita** me ha presentado, para efectos de corrección de estilo, el Trabajo final de investigación denominado **Caracterización clínica y sociodemográfica de niños y niñas con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante, entre los 4 años y 12 años, atendidos en el Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera", durante el periodo de enero de 2015 a diciembre de 2017**

He revisado, de acuerdo con los lineamientos de la corrección de estilo, los aspectos de estructura gramatical, puntuación, ortografía y los vicios de dicción y he verificado que se han realizado todas las correcciones indicadas en el documento.

Por consiguiente, doy fe de que este trabajo cumple con los requisitos formales desde el punto de vista de la corrección idiomática.

Sin otro particular,

  
Máster Margarita Víquez Murillo

Filóloga

Carné Número 5387.

## **Parte I: Marco conceptual**

## A. Marco conceptual

En este apartado se ofrecen conceptos, definiciones o explicaciones sobre aquellos temas vinculados al trastorno oposicionista desafiante, las cuales sustentarán teóricamente la presente investigación.

- CIE-10: es la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud Mental, realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que permite el registro sistemático de enfermedades en diferentes países de Latinoamérica. Ya se cuenta con una nueva edición publicada en 2019, pero se implementará oficialmente hasta el año 2022.
- DSM V: es la quinta y más reciente edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales que se utiliza para la clasificación taxonómica y diagnóstico, publicada por la Asociación Americana de Psiquiatría.
- Trastornos disruptivos del control de los impulsos y de la conducta: Es una categoría del DSM-5 en donde se encuentra clasificado el trastorno oposicionista desafiante. Presentan patologías con problemas en el autocontrol del comportamiento y de las emociones, pueden llegar a reflejar conductas que generan conflictos con las figuras de autoridad, la sociedad o, inclusive, a transgredir los derechos de las demás personas (American Psychiatric Association, 2014).
- Trastorno oposicionista desafiante: se define como un patrón recurrente de conductas negativas, desafiantes y vengativas presentes en niños desobedientes y hostiles, dirigido a los padres y a

las figuras de autoridad, sin cometer violaciones a las leyes, ni a los derechos de terceros en su actuar, aunque sí transgreden las normas de su entorno (Steiner y Remsing, 2007).

- Dimensiones del TOD: los síntomas clínicos se han dividido en tres grupos: ánimo enojado/irritable, discusiones/desafiante y vengativo o rencoroso (American Psychiatric Association, 2014), cada una de estas se asocian a posibles comorbilidades, por ejemplo: ánimo enojado/irritable predispone más adelante a problemas de ansiedad y trastornos del estado del humor, los síntomas relacionados con discusiones o comportamiento desafiante predicen síntomas asociados con el trastorno de déficit atencional con hiperactividad, y el vengativo se vincula con el trastorno de conducta disocial (Martel M, 2019).
- Conductas externalizantes: se han considerado comportamientos desadaptativos que se asocian con resultados negativos en la conducta; sin embargo, nuevas teorías postulan que deben ser considerados como ajustes adaptativos a entornos estresantes y riesgosos que previenen síntomas internalizantes (Doan et. al, 2019). Algunas conductas descritas son: agresividad, transgresión de reglas, abuso de sustancias, autolesiones. Estas conductas se vinculan con el patrón conductual de discusiones/desafiante (Mikolajewski et. al, 2018).
- Conductas internalizantes: se asocian a la dimensión de irritabilidad, caracterizado por ánimo enojado/irritable. Algunos de los síntomas son: ansiedad depresión, retraimiento, quejas somáticas (Mikolajewski et. al, 2018).

- Agresividad: es la tendencia a atacar o actuar de forma agresiva. Está influenciada por factores genéticos, biológicos, culturales y sociales; sus componentes predominantes son la falta de satisfacción, la rabia, la protesta y la violencia. Puede ser reactiva y proactiva, es decir, que requiere de planificación (Ruisch et. al, 2020).
- Comportamientos agresivos: es la manera de expresar la agresividad desde los primeros años de vida. Su frecuencia va disminuyendo a través de los años y se adquiere bajo condiciones de modelaje y por experiencias directas, así como de aquellos resultados positivos y negativos que producen las acciones (Doan et. al, 2019).
- Déficit intelectual: deficiencia de las funciones intelectuales, como razonamiento, resolución de problemas, planificación, pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia, confirmados mediante la evaluación clínica y pruebas de inteligencia estandarizados (DSM-5, 2014).
- Discapacidad cognitiva: también denominado trastorno del desarrollo intelectual, la discapacidad es secundaria al déficit intelectual y deficiencias en el comportamiento adaptativo como resultado de la restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad o desempeñarse de una manera esperada según lo que se considere normal para un individuo (OMS, 1999). Un individuo, sin el apoyo continuo, presentará deficiencias adaptativas que limitan el funcionamiento de una o más actividades de la vida cotidiana, con inicio en el periodo de desarrollo (DSM-5, 2014).

- Funciones ejecutivas: son procesos cognitivos de orden superior como la flexibilidad cognitiva, establecimiento de objetivo, control, procesamiento de la información, que favorece la capacidad de autorregulación de la conducta (Herreras, 2014).
- Rasgos insensibles: en estudios genéticos de agresividad, se ha encontrado evidencia de estas características insensibles como falta de culpa, empatía limitada y un afecto superficial presentes en el trastorno oposicionista desafiante y otros problemas de comportamiento (Ruisch et. al, 2020).
- Factores genéticos: se refieren a la suma de los efectos a través de múltiples alelos que se heredan de cada uno de los padres. El trastorno oposicionista desafiante es un trastorno multifactorial no mendeliano con herencia poligénica (Ghosh et. al, 2017).
- Factores familiares compartidos: son aquellos aspectos del medio ambiente compartidos por ambos miembros de una pareja gemela que los hacen similares; por ejemplo, estado socioeconómico, vecindario, otros. (Mikolajewski et. al, 2018).
- Factores familiares no compartidos: son aquellos aspectos del entorno únicos para cada miembro de la familia, por ejemplo, amistades y experiencias únicas (Ghosh et. al, 2017).



## **Parte II: Introducción**

## A. Introducción

La presentación del trastorno oposicionista desafiante es mucho más frecuente de lo que se tiene en cuenta al evaluar niños y adolescentes. Investigadores a nivel internacional (McKinney, 2007) han planteado dificultades durante mucho tiempo para encontrar una adecuada definición del trastorno, pese a los criterios de diagnósticos establecidos por diferentes entes.

La evolución nosológica del trastorno oposicionista desafiante ha llevado a una mayor visibilidad ya que en diversos contextos, algunos de estos clínicos, se llega a catalogar a estos niños como “berrinchosos”, sin tener en cuenta que se trata de un patrón definido y recurrente de conductas negativas y desafiantes, presentes en niños desobedientes y hostiles, tanto con sus padres, como con figuras de autoridad (APA, 2014).

Se diferencian del trastorno de la conducta disocial en que no hay violaciones a las leyes ni a los derechos de terceros en su actuar, pero sí de reglas menores. Para su diagnóstico se requieren al menos seis meses de presentación de los síntomas como período mínimo (Steiner, 2007).

En cuanto a la etiología, se ha establecido que no se debe a una sola causa, sino a la interacción de factores genéticos con circunstancias ambientales; factores familiares y extra familiares (Ghosh, 2017). Diferentes autores han considerado que el TOD depende aproximadamente 50% de riesgo genético y 50% de riesgo ambiental, lo cual puede variar según las características individuales del niño (Bezdjian, 2011), (Viding, 2008).

Se han encontrado alteraciones neurofisiológicas relacionadas con el TOD, máxime cuando se trata de funciones ejecutivas (FE), Noordermeer et. Al (2016) en una revisión de diferentes metaanálisis, encontraron evidencia de que las áreas cerebrales en niños con TOD eran más pequeñas y presentaban menor actividad cerebral, principalmente cuando se trataba de funciones ejecutivas calientes: amígdala, ínsula, cuerpo estriado derecho, lóbulo temporal (giro medial izquierdo /giro superior), corteza prefrontal orbitofrontal.

Las funciones ejecutivas frías se observaron en la corteza pre frontal dorso lateral y el cerebelo. Las alteraciones neuropsicológicas en los niños se basan en: bajo coeficiente intelectual, deficiencia en el control inhibitorio, anormalidades en el procesamiento emocional y la cognición social, así como en el procesamiento del sistema de refuerzo (Noordermeer et. al, 2016).

Los factores de riesgos y los de protección pueden ser determinantes en la evolución del TOD, pues pueden suponer la alteración conductual o pueden ser una buena táctica para prevenir los problemas conductuales, incluso, pueden promover la resiliencia y llegar a ser un condicionante positivo para salir de “ambientes de desventaja social crónicamente mantenida” (Ortiz, 2008).

Es importante recalcar que el TOD representa un mayor riesgo de comorbilidades psiquiátricas, además de un deterioro significativamente mayor en el funcionamiento adaptativo, social y familiar que los niños sin trastorno de oposición desafiante (Greene, 2002). Las intervenciones, sobre todo las que se llevan a cabo a edades tempranas, han mostrado que favorecen el procesamiento de la información social, la interrupción de los ciclos coercitivos en donde se desenvuelven las familias, afectan a los niños y más adelante, a la sociedad (Martel, 2019).

## **B. Metodología**

### **1. Antecedentes internacionales**

Se han realizado una serie de investigaciones sobre el “trastorno desafiante” y queda en evidencia que existe inestabilidad en cuanto algunos aspectos teóricos, estos van desde la terminología (trastorno opositor desafiante o trastorno negativista desafiante), hasta preocupaciones metodológicas (McKinney et. al, 2007); sin embargo, el avance en esta área es importante por lo que se expone a continuación.

Un estudio epidemiológico prospectivo y longitudinal realizado por Hill et. al, (2019) publicado en el Journal Nature llamado “Predicciones de la emocionalidad en los niños a partir de hipótesis evolutivas y epigenéticas”, fue llevado a cabo en Wirral Reino Unido. Los autores plantearon que existen mecanismos que contribuyen al desarrollo de la emocionalidad y el riesgo de una depresión en los niños. Por medio de dos hipótesis epigenéticas y evolutivas: 1. Las condiciones fetales pueden pronosticar entornos postnatales y 2. El feto femenino está mejor adaptado a las adversidades maternas, los investigadores plantearon como objetivo revisar la asociación de cómo las caricias postnatales moderaron las contribuciones de la ansiedad prenatal y postnatal de la madre, en la psicopatología infantil.

Se contó con la participación de 887 mujeres embarazadas captadas a las 12 semanas y evaluadas a las 20 semanas de gestación por ansiedad o depresión y con un seguimiento postparto a las 9 semanas, a los 14 meses y a los 3 años y medio de su sintomatología con la Escala de Ansiedad Estatal y con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. Se establecieron cuatro subgrupos de síntomas: dos coincidentes (ansiedad prenatal y postnatal baja/baja o alta/alta) y dos no

coincidentes (ansiedad prenatal y postnatal alta/baja a baja/alta). En este estudio, las caricias maternas fueron medidas por la Escala Táctil de Cuidados de padres e hijos (conocida como PICTS, por sus siglas en inglés). Además, se evaluó a los menores a la edad de 7 años, por medio de una Lista de Verificación de Comportamiento Infantil (CBCL) completada por los padres y también por los maestros para medir la psicopatología general.

Con esta propuesta se construyó una interacción tripartita, cuyo resultado permitió observar un predominio de la irritabilidad en los menores, pero con mayor evidencia en las niñas, por lo que el estudio señala la concordancia ya documentada, sobre la depresión como trastorno de internalización, que suele tener su primer episodio en la adolescencia; en las niñas este episodio depresivo se puede predecir por los síntomas de externalización infantil del trastorno oposicionista desafiante, en la dimensión de la irritabilidad pero no así en la desafiante.

Otro resultado de este estudio fue que la psicopatología infantil en general se asoció estrechamente con la irritabilidad, esta relación no fue significativa con la interacción tripartita planteada. La asociación entre las bajas caricias maternas evaluadas a las 9 semanas postparto se relaciona con la irritabilidad evaluada en los niños a los 7 años en toda la muestra. Por el contrario, las caricias elevadas disminuyen los puntajes de irritabilidad en los grupos no coincidentes más que en los lactantes expuestos de forma persistente a la ansiedad materna prenatal y posnatal.

En conclusión, los hallazgos de esta investigación demuestran que existen implicaciones entre las variaciones de los síntomas emocionales maternos, ya que estos contribuyen a procesos adaptativos o desadaptativos en sus hijos. También señalan la importancia de que se realicen

intervenciones tempranas en las madres con sintomatología afectiva desde el embarazo o que sean vulnerables de desarrollarlas en el postparto.

Una investigación llevada a cabo por Mikolajewski et. al (2018), “Dimensiones del trastorno desafiante de oposición: Influencias genéticas y riesgo de psicopatología posterior”, publicada en el 2018 en la Revista de Psicología Infantil y Psiquiatría, y Disciplinas Aliadas, tiene como objetivo determinar si existe un papel predictivo entre las dos dimensiones del TOD (irritabilidad y testarudo/hiriente) con la psicopatología de los adolescentes tardíos y el grado en que estos resultados tienen una influencia genética compartida. Se llevó a cabo con datos de un estudio longitudinal de gemelos del mismo sexo en Minnesota. Participaron en total 1225 parejas de gemelos, a quienes se les realizó una entrevista inicial de reclutamiento a los 11 años y otra de seguimiento seis años después (en la adolescencia tardía), para la determinación de síntomas, se utilizaron los criterios diagnósticos del DSM-5 y cómo estos afectan los trastornos de internalización y externalización.

Aunque inicialmente el estudio no hipotetizó algunos de los resultados, fue de gran importancia pues se considera que es una de las investigaciones más completas donde se aborda este tema; además, examinó la influencia genética y ambiental que favorecen estas condiciones.

En los resultados, los autores lograron asociar la dimensión irritable a los 11 años como único predictor para los problemas generales de internalización, la dimensión testaruda/hiriente predijo de manera única los síntomas del trastorno por consumo de sustancias (cannabis y alcohol) y seis años después, ambas dimensiones se relacionaban con el trastorno antisocial y los problemas de

externalización. Así mismo, estos resultados fueron corroborados por influencias genéticas compartidas.

En conclusión, la importancia de este estudio radica en la identificación temprana de las dimensiones de los factores de riesgo conductuales y en las intervenciones tempranas que se realicen. Los investigadores señalan que la posibilidad de desarrollar diagnósticos secundarios se disminuye al lograr una remisión del trastorno oposicionista desafiante, por ende, se evidenció que las dimensiones infantiles sí predicen el riesgo de psicopatía en la adolescencia tardía, una etapa del desarrollo tan sensible e importante.

También, en el año 2018 Atherton et.al (2018) publicó en la Revista Psicología del Desarrollo, de la Asociación Americana de Psicología, un estudio llamado: “El desarrollo de síntomas externos desde la infancia hasta la adolescencia tardía: un estudio longitudinal de jóvenes de origen mexicano” realizado en Estados Unidos en una población de jóvenes con descendencia mexicana, para evaluar de manera anual la evolución de los síntomas externalizantes desde la infancia tardía (10 años) hasta la adolescencia alrededor de los 17 años. Se contó con la participación de 674 jóvenes, siendo esta la población latina más grande en abordar el tema en estudio.

Los alcances de esta investigación estuvieron enfocados no solo en determinar cómo era la evolución de los síntomas externalizantes: TDAH, TOD y CD, sino que también examinaron cómo las trayectorias de esta sintomatología se interrelacionan con el tiempo y cómo los valores culturales podían intervenir en la producción o recuperación de estos síntomas.

Para la evaluación inicial y el seguimiento anual se utilizó el programa de entrevistas de diagnóstico del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) para niños -IV. Es una entrevista basada en los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-IV para los síntomas externalizantes seleccionados.

Los resultados para la trayectoria de los síntomas del trastorno por déficit atencional e hiperactividad se mantuvieron estables entre los 10 y los 13 años, disminuyen progresivamente hasta los 17 años, pero se observó que las niñas obtuvieron una trayectoria más alta que los niños, aumentaban a los 13 años y disminuían a los 17 años. Los síntomas del trastorno oposicionista desafiante alcanzaron su punto máximo de crecimiento a los 13 años, disminuían, posteriormente, hasta los 17 años. Se estableció que los síntomas de irritabilidad disminuyeron de los 10 a los 13 años y los síntomas desafiantes aumentaron de los 10 a los 13 años, disminuyeron de los 13 a los 17 años. en ambos sexos. Los trastornos de conducta alcanzaron su punto máximo a los 15 años y prácticamente se mantuvieron estables hasta los 17 años, esta trayectoria fue superada por las niñas.

Las correlaciones entre los síntomas externalizantes del inicio estaban estrechamente ligadas, es decir, los jóvenes con síntomas de cualquier trastorno tendieron a presentar síntomas de los otros dos trastornos, por lo tanto, los síntomas del TDAH se relacionaron con los del trastorno oposicionista, y los síntomas del trastorno opositor con los síntomas del trastorno de conducta. Se evidenció que los síntomas del TDAH no tenían vínculo con el trastorno de conducta. La aculturización (jóvenes no nacidos en México) demostró que hubo más tendencia a los síntomas externalizantes como el TDAH Y TOD, pero no se evidenció que los síntomas de trastornos



conductuales difirieran según la natividad. En conclusión, se destaca la importancia de tener en cuenta las características únicas de los participantes al ser originarios de etnias y minorías para promover factores de resiliencia y prácticas culturales tradicionales.

En julio de 2018, en el Journal Nature, se documentó un informe científico ejecutado por Ghaderi et. al, llamado: “Ensayo de efectividad aleatorizada del chequeo familiar versus capacitación para padres impartida por Internet (iComet) para familias de niños con problemas de conducta”, con el objetivo de evaluar la efectividad a largo plazo de dos programas a padres: el Family Check-up (FCU o Chequeo familiar) un programa con efectos sobre la reducción de los problemas de comportamiento externalizante, el uso de sustancias y la prevención de la depresión infantil, y el programa de capacitación para padres basado en una experiencia en línea (iComet), un programa de 7 semanas impartido de manera virtual. Ambos programas cuentan con evidencia sobre su efectividad en otros estudios por plazos no mayores a seis meses. Se utilizaron como grupos de comparación las listas de espera. Se contó con la participación de 231 familias con al menos un niño de 10 a 13 años con problemas de conducta externalizantes, se distribuyeron de forma aleatoria en los diferentes programas.

Los resultados mostraron una mayor deserción del estudio en el programa iComet, pero ambos programas mostraron efectos positivos después del tratamiento y en los seguimientos al año y dos años, no solo en la disminución de síntomas externalizantes, sino, también, en la falta de atención, impulsividad e hiperactividad. Se concluyó, por parte de los autores, que los programas pueden ser utilizados de forma escalonada o dependiendo de los intereses familiares y la posibilidad de participar en tratamientos presenciales a través de internet.

En el año 2007, se publicó en la Revista internacional de consulta y terapia conductual, un artículo llamado “Investigación y teorías emergentes en la etiología del trastorno de oposición desafiante: preocupaciones actuales y direcciones futuras” dirigido por McKinney y Renk, donde el principal objetivo era realizar una revisión etiológica del trastorno oposicionista desafiante, aclarando que la investigación estaba condicionada por dos aspectos: la manera cómo el trastorno se había definido e identificado hasta ese momento, y las diferentes metodologías de los estudios revisados.

El primer planteamiento de la investigación fue revisar los criterios de identificación. Los clínicos encontraron que esta condición contaba con cifras del 16,8% colocándolo como el diagnóstico más común en edades de los 2 a los 5 años (punto máximo a los 3 años) siendo dos veces más frecuentes en niños que en niñas.

Las comorbilidades vinculadas con el trastorno oposicionista desafiante encontradas en la investigación fueron el trastorno de déficit atencional con hiperactividad, los problemas de aprendizaje y comunicación y, de manera débil, la depresión; esto sugiere dificultades en ámbitos académicos. Los autores mencionan la posibilidad de que existan trastornos superpuestos con el trastorno oposicionista desafiante pues comparten síntomas en común (impulsividad) con otras patologías, incluso, con otros trastornos del comportamiento.

En relación con factores de riesgo, los resultados se asocian directamente con la etiología del trastorno oposicionista desafiante en niños y adolescentes. Se describen entre los de mayor importancia:

- 1) Factores de riesgo demográficos

- Sexo: como se mencionó anteriormente, es más frecuente en el sexo masculino pues se presenta con mayor gravedad en su comportamiento, asociado al riesgo de problemas del neurodesarrollo, problemas con los pares y TDAH. Estos autores afirman que en la adolescencia las diferencias en las tasas de prevalencia entre los sexos parecen disminuir.

- Bajo nivel socioeconómico: se encontró 60% de afectación con problemas conductuales en las familias de bajo nivel socioeconómico, influenciado por la exposición de violencia comunitaria/doméstica, mala influencia de los pares, padres con algunas conductas de ajuste negativos y bajos niveles de apoyo social. También, en el estudio se describe la combinación del origen étnico y la baja condición económica como una situación que sólo repercute si están enlazados a otros factores de riesgo.

## 2) Factores familiares y otros factores de riesgo ambiental

- Disfunción familiar: las revisiones encontraron que, en comparación con grupos de control, los niños y adolescentes con trastorno oposicionista desafiante, mostraron mayor tendencia a convivir con una familia deteriorada y poco afectuosa. Con dificultades en la supervisión materna, inconsistencia en el manejo de límites, estrés parental, uso de disciplina severa y baja respuesta conductual de los padres. En otras revisiones se encontró que estas variables favorecen la baja cohesión y alto conflicto familiar y, por ende, problemas de comportamiento en los niños.

- Psicopatología en los padres: en los resultados de la investigación se documentó que la depresión materna se encontraba en mayor relación con altos índices de agresión física y niveles de conducta de rol social disminuidos en los niños. Así como la historia de trastornos conductuales en los padres.

- Modelos de crianza: con esta revisión se logró mostrar que, previamente, varios autores han fundamentado que los padres tienden a mostrar expectativas negativas y ser menos cuidadosos cuando sus hijos fueron diagnosticados con trastorno oposicionista desafiante, o, por el contrario, niños en un entorno de sobre control y crianza inconsistente y/o áspero.

Se observó que la separación de los padres, el divorcio y la discordia matrimonial pueden ser factores que influyen en el comportamiento de niños y adolescentes. Además, se encontró relación entre la exposición a sustancias (nicotina o drogas) en el momento prenatal asociado a bajo nivel socioeconómico, a exposición a la criminalidad y al abuso sexual. Sin embargo, concluyen que al momento la investigación no existe evidencia definitiva sobre la etiología del trastorno, porque la dirección de causalidad no puede ser determinada claramente.

### 3) Factores de disposición

- Temperamento difícil, se describen conductas que incluyen labilidad, inquietud, negativismo y poca capacidad de atención.

- Comportamiento dominado por las recompensas, se describe una activación de dos subsistemas independientes a nivel cerebral, uno llamado “sistema de inhibición del comportamiento” (BIS) inhibiendo el comportamiento en el contexto ante estímulos nuevos, estímulos de miedo innatos, señales de no recompensa y castigo.

Por otro lado, el “sistema de activación de la conducta” (BAS), activa el comportamiento en estos mismos contextos en dependencia de la presencia o no de estímulos, pero mayormente en la

búsqueda de la recompensa que en evitar el castigo. Esta característica se presenta en niños que se muestran insensibles y con rasgos no emocionales, como la falta de empatía.

- Déficits en diferentes áreas como la función ejecutiva, la cognición, la comunicación, poca tolerancia a la frustración y problemas para retrasar la gratificación han quedado evidenciados en los resultados de este estudio.

- Patrones de comportamiento anteriores hacen referencia a la posible predicción de la conducta según las características del comportamiento que desarrolló en la etapa preescolar hasta la escolar, indican estabilidad en la adolescencia.

4) Factores de riesgo genéticos específicos, familiares compartidos y no compartidos.

- Genéticos: se evidenció en la investigación que el promedio de herencia del trastorno oposicionista desafiante fue del 60 % y el 7% para los factores de riesgo familiares compartidos, entendiéndose como factores ambientales comunes para otros hermanos o miembros de la familia.

Los resultados de este estudio (McKinney y Renk, 2007) con respecto a la etiología del trastorno oposicionista desafiante, se enfocan en describir que los factores de riesgo mencionados conducen a varias posibles teorías como “vías probables” de desarrollo.

Entre ellas estarían la teoría de la coerción: la cual fue explicada desde inicios de los años ochenta, hace reconocimiento a los factores individuales, pero, a la vez, enfatiza en que los conflictos familiares son un factor que lleva a los problemas conductuales. Se ha observado que los padres tienden a reforzar las conductas negativas; sin embargo, otros autores no llegan a la misma conclusión pues no se detallan los mecanismos de los procesos coercitivos en las familias.

En este estudio, los autores expresan que la teoría del apego también podría tener influencia en la génesis del TOD, así, las conductas negativas en la crianza conducen a un apego inseguro, pero sin llegar a ser la única vía. La teoría del genotipo fue otra de las propuestas, sugieren que los genotipos guían las experiencias, y consideran que los factores del medio ambiente y la genética (factores individuales) son agentes causales en los problemas de comportamiento.

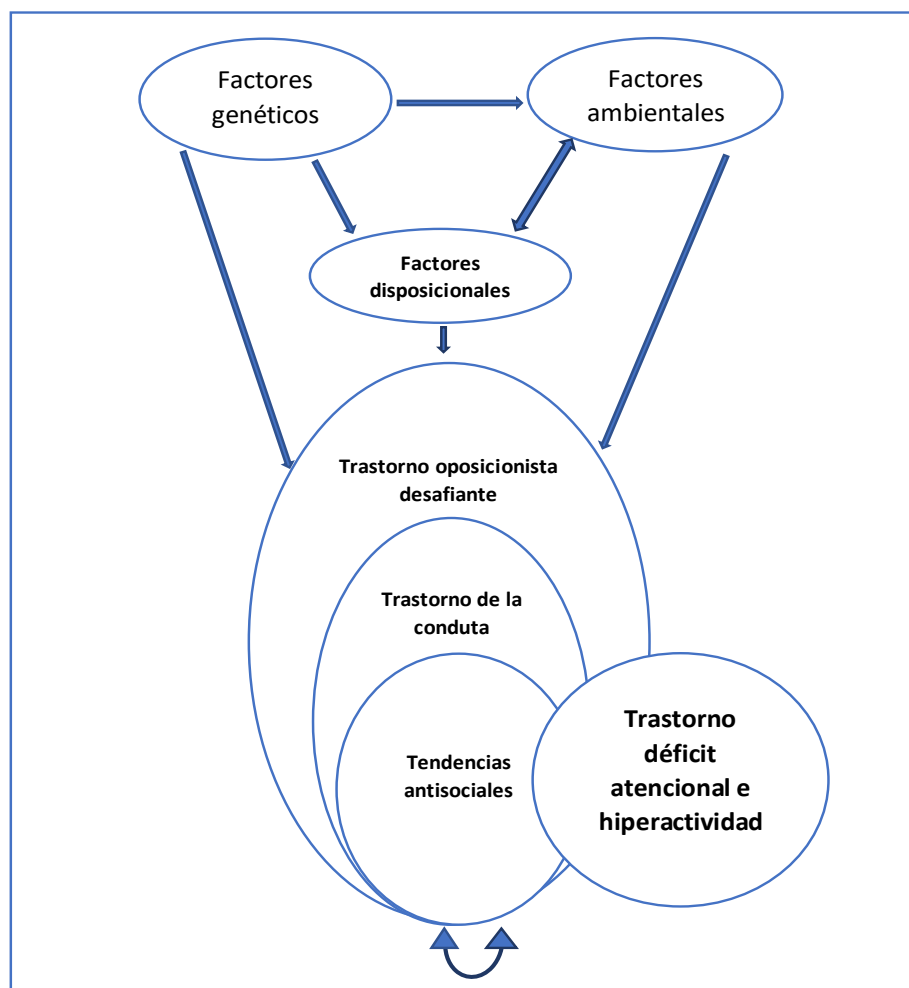
Por lo tanto, los investigadores (McKinney y Renk, 2007), proponen el modelo llamado “IDEA”, de donde nacen variables como la psicopatología de los padres, sus comportamientos y las disposiciones genéticas de los niños. Generan una interacción entre los factores ambientales y los factores disposicionales, esto provocaría problemas conductuales. Según el número y el tipo de factores involucrados se dará el desarrollo de problemas conductuales específicos que podrían ser comórbidos entre ellos. Este modelo da una idea de lo adaptativo o desadaptativo que puede ser el desarrollo (Figura 1)

Las conclusiones a las que llegan estos investigadores son:

- a. La necesidad de una sola conceptualización en los manuales diagnósticos, usar una única terminología sería de mayor utilidad y comprensión y llevaría a la segunda conclusión.
- b. La necesidad de mejorar la metodología para realizar investigaciones con grupos más homogéneos.
- c. Continuar la exploración de los factores de riesgo mencionados y otros no discutidos que podrían tener importancia en el desarrollo de los problemas de comportamiento. También se menciona la importancia de comprender, a nivel individual, los factores de riesgo mencionados en beneficio de

las personas que buscan tratamiento por lo que se propuso el modelo “IDEA” como un modelo integrado.

**Figura 1 Modelo IDEA de vías múltiples**



Fuente: Elaboración propia, adaptado de McKinney y Renk (2007).

En otro estudio publicado en el año 2001, en la revista de la Academia Americana de Psiquiatría de niños y adolescentes, por Lavigne et. al, analizaron el *“Trastorno opoicionista desafiante con inicio en los años preescolares: estabilidad longitudinal y vías hacia otros trastornos”*, en una población pediátrica de 510 niños entre los 2 y los 5 años, en un seguimiento de cinco años, se

identificaron 140 niños con TOD como diagnóstico único, para un porcentaje de 54,2%, por lo que los resultados indican que es mucho más probable que el trastorno oposicionista desafiante tenga inicio en la etapa preescolar que en años posteriores. Algunos niños presentaron progresión a comorbilidades como el trastorno de déficit atencional con hiperactividad, ansiedad o trastornos del estado de ánimo.

## **2. Antecedentes nacionales y locales**

Al momento de realizar este trabajo no se encontraron estudios o artículos que aborden directamente el trastorno oposicionista desafiante en Costa Rica; sin embargo, sí se encontraron valiosos aportes de investigaciones en población pediátrica, que se describirán a continuación.

Según estudio de tesis de Rodríguez A (2020), realizada como trabajo final de graduación para el título de Especialista en psiquiatría infantil, llamada “Caracterización clínica y sociodemográfica de los pacientes con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años, atendidos en el Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera” del 01 de junio de 2012 al 01 de junio de 2018”, en la discusión referente a las comorbilidades más frecuentes con la ideación suicida, el 22,2% de la población en estudio presentaron trastorno de conducta, lo cual fue estadísticamente significativo, mientras que el trastorno oposicionista desafiante, se presentó en un 4,8%. Cabe señalar que de los niños estudiados en la muestra (n=63) se encontró que el 12,7% contaban con TOD (Gráfico #38), y aunque no sea una asociación representativa, existe la presencia de este diagnóstico en el estudio de la ideación suicida.



En su estudio, Fernández R y Hernández A, (2019) llamado “Respuesta de la risperidona en el tratamiento de la agresividad en pacientes con enfermedad mental”, propusieron como objetivo principal determinar la respuesta al uso de la risperidona para el tratamiento de la agresividad no aguda. Según la revisión bibliográfica, los autores concluyeron que los antipsicóticos atípicos son usados con frecuencia en el tratamiento de la conducta agresiva crónica, ya que presentan un menor perfil de efectos secundarios, así, este esquema de tratamiento se puede usar por mayor tiempo.

Con respecto a la población infantil apuntan que la risperidona mostró efectividad en niños y adolescentes con diagnósticos de trastornos de la conducta como: TOD, trastorno de la conducta no especificado y también en inteligencia sub-promedio señalando entre ellos: retraso mental leve, retraso mental moderado o inteligencia funcional limítrofe. Sin embargo, se hace la observación de que otros estudios demostraron falta de eficacia en el control de la agresividad en pacientes con diagnóstico de déficit atencional con hiperactividad.

En el trabajo final de graduación de Porras M (2018), titulada “Estudio observacional descriptivo de las intoxicaciones con drogas en menores de 13 años atendidas en el servicio de Emergencias del Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera" durante el periodo 2006-2016”, hace mención que de la población en estudio (n=37) los niños con intoxicaciones por drogas presentaron comorbilidades psiquiátricas en un 35,1% (n=13) y de estos se presentaron dos casos en niños con trastorno oposicionista desafiante, sin llegar a ser una asociación significativamente representativa.

Gutiérrez A (2018) en “Estrategias para el abordaje integral del niño y el adolescente con Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad en el Primer Nivel de Atención”, documenta que el Trastorno oposicionista desafiante es la mayor comorbilidad que presenta el TDAH para un 35-50% según la literatura revisada. Además, destaca que debido a esta alta asociación es un diagnóstico diferencial difícil en los niños con déficit atencional e hiperactividad pues estos niños podrían desarrollar dificultades escolares más relacionadas con el olvido, que con los síntomas negativitas.

Fernández R (2012), en su investigación “Desarrollo del trastorno de conducta en hijos de madres depresivas”, plantea que en la literatura internacional revisada encontró una clara asociación entre la depresión materna y el inicio del trastorno de conducta en los niños. Sin embargo, no se llega a establecer si hay una afectación directa en otros trastornos disruptivos del comportamiento, específicamente, en el trastorno oposicionista desafiante. Es de resaltar que algunas de las recomendaciones de la investigadora, van enfocadas a continuar abordando los efectos negativos de la depresión materna en los niños, enfatiza en brindar psicoeducación a las madres portadoras de un trastorno depresivo mediante algunos métodos como escuela para padres, con el fin de que no se les dificulte la crianza de los hijos.

### **C. Marco teórico**

El marco teórico que se desarrolla a continuación tiene como objetivo conocer conceptos básicos que se requieren para el entendimiento de este proyecto. Se inicia con una breve definición del trastorno oposicionista desafiante, se continúa con la evolución nosológica que llevó a contextualizar este trastorno hasta nuestros días, se describe, además, datos epidemiológicos relevantes.

Seguidamente se realiza una descripción de correlatos clínicos encontrados en la literatura internacional que mencionan aspectos del funcionamiento neurofisiológico y psicológico, se mencionan diferentes etiologías y factores de riesgo o de protección relacionados al trastorno oposicionista desafiante. Se destacan teorías relacionales que señalan la posible génesis del TOD.

Posteriormente se enfocan aspectos del curso y evolución del trastorno oposicionista desafiante, se exponen las manifestaciones clínicas, las comorbilidades frecuentes y los diagnósticos diferenciales, además se detallan guías para la evaluación, permitiéndonos trazar una mayor comprensión de esta patología.

Por último, se abordan temas relacionados a las intervenciones clínicas psicosociales, así como también las farmacológicas que se encontraron con mayor evidencia y eficacia en el abordaje de los niños con trastorno oposicionista desafiante, permitiendo este marco teórico visualizar el desarrollo del presente estudio.

## **1. El trastorno oposicionista desafiante (TOD)**

Es conocido también como trastorno negativista desafiante, da comienzo de manera precoz en la infancia, incluso, podría presentarse antes de los 6 años. Es un trastorno de la conducta social que puede persistir durante la adolescencia y adultez. La característica principal es que el menor se muestra desafiante ante la autoridad y oposicionista ante las normas de su entorno; las conductas que podrían llegar a presentar los niños o adolescentes son cercanas al comportamiento disocial (Pedreira-Massa, 2011).

Este trastorno se describe como un patrón recurrente de conductas negativas, desafiantes, presentes en niños desobedientes y hostiles, dirigido a los padres y a las figuras de autoridad. Se diferencia del trastorno de conducta en que no hay violaciones a las leyes ni a los derechos de terceros en su actuar, aunque sí hay transgresión de reglas menores. Para su diagnóstico se requieren seis meses de observación de síntomas como período mínimo (Steiner y Remsing, 2007).

Los avances en investigación han mostrado que existe más de una dimensión en la sintomatología clínica, dividiéndolos en tres grupos: ánimo enojado/irritable, discusiones/desafiante y vengativo o rencoroso (American Psychiatric Association, 2014), (Mikolajewski et. al, 2018).

También se ha destacado la importancia de aclarar que la gravedad de este trastorno no está ligada con el recuento de los síntomas, pues se cuenta con evidencia de que no es clínicamente útil (Ghosh et. al, 2017). Se propone que la gravedad se determine por la cantidad de contextos en donde se

manifiesten los síntomas conductuales y que estos excedan las expectativas de la edad, el género y la cultura (American Psychiatric Association, 2014).

En conjunto con otros comportamientos disruptivos, el TOD puede considerarse como estrategias ineficaces que presentan los niños y los adolescentes en las habilidades sociales y de comunicación, tratan de controlar las situaciones que los rodean (Ogundele, 2018).

## **2. Evolución nosológica**

El trastorno negativista desafiante fue registrado por primera vez en el DSM II en 1966, aunque descrito con criterios diagnósticos hasta la publicación del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales edición III, de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Se documenta la creación de un sistema psicopatológico: “el trastorno negativista desafiante con características de oposición”, en donde su principal síntoma era la violación de reglas menores, rabietas, discusiones, comportamiento provocativo o desafiante y obstinación (Ghosh et. al, 2017).

En la edición revisada del DSM-III se agregaron los subtipos: rencoroso / vengativo, actitud de enojo y resentimiento. Además, se mencionaba que, para hacer la diferencia entre un comportamiento normativo en el niño y el trastorno negativista desafiante, los síntomas deben ser desproporcionados para la edad y para el desarrollo del menor (Ghosh et. al, 2017).

En la cuarta edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, los diagnósticos de la “conducta socialmente disruptiva”, se agruparon en el capítulo de “los trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia”, con cuatro diagnósticos: el trastorno por déficit de

atención con hiperactividad, el trastorno disocial, el trastorno negativista desafiante, el trastorno de comportamiento perturbador no especificado. Todos agrupados en la categoría de los “Trastornos por Déficit Atencional y del Comportamiento Perturbador” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2001).

En la quinta y última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, se presenta de nuevo tres trastornos que recogía el DSM-IV- TR, pero esta vez son agrupados dentro del capítulo de los “Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta”, a su vez, subdivididos en las siguientes categorías nosológicas: el trastorno negativista desafiante, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el trastorno explosivo intermitente, el trastorno de la conducta y el trastorno de la personalidad antisocial que se inicia desde los 15 años y puede continuar hasta la vida adulta (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud, en la Clasificación Internacional de Enfermedades edición 10 (CIE-10) explica que se trata de un patrón de negatividad, desafío, desobediencia y conducta hostil ante las figuras de autoridad. Presenta una lista de criterios diagnósticos tanto para el trastorno oposicionista desafiante, como para el trastorno de la conducta disocial.

Se aclara que, de los 23 criterios establecidos, se requieren 4 o más para el diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante, y solo se requieren 3 síntomas denominados graves para el trastorno de conducta. Se genera un modelo continuum, pero claramente se trata de dos entidades diferentes (Organización Mundial de la Salud, 1999).

### 3. Epidemiología

La prevalencia en diferentes investigaciones del TOD varía en función de la población en estudio, así como de los métodos de evaluación, por lo que se han encontrado diferentes tasas de permanencia, dependiendo de los criterios, los métodos de evaluación que se utilicen, el periodo de evaluación, el uso de múltiples informantes en las encuestas y el tamaño de la población (Melzer et. al, 2003; Rizo, 2014; Steiner y Remsing, 2007).

La Asociación Americana de Psiquiatría, en el DSM-5 estima que la prevalencia del TOD a nivel mundial se encuentra entre el 1% y el 11%, con una media estimada del 3,3 %, y se indica que las tasas de presentación varían, ya que está determinada por la edad y el género del paciente, siendo más frecuente en varones durante la niñez, situación que tiende a igualarse en la adolescencia (APA, 2014). Se han encontrado tasas de prevalencia en muestras comunitarias que reportan datos de varianza del 2,6% al 15% y en muestras clínicas (pacientes ya diagnosticados con trastorno oposicionista desafiante) se han observado valores del 28% al 65% (Munkvold et. al, 2011).

En un estudio español Ezpeleta et. al, (2014) se observa que, en preescolares, el TOD se encuentra entre las condiciones más prevalentes, con porcentajes que oscilan entre el 6,9 y el 13,4 %, cifras corroboradas por Lavine et. al (2009). Otros autores como McKinney y Renk, (2007), hallaron que esta condición contaba con cifras de hasta un 16,8% como el diagnóstico más común en edades de los 2 a los 5 años (punto máximo a los 3 años), siendo dos veces más frecuente en niños varones que en niñas. En general, se ha señalado una prevalencia global entre los rangos del 4% al 7 % (Javaloyes y Redondo, 2014; Maughan et. al, 2004; Kim et. al, 2010).

#### 4. Neurofisiopatología

En relación con la neurofisiopatología del TOD aparecen modelos explicativos que se centran fundamentalmente en el concepto de las funciones ejecutivas (FE). Se observa evidencia importante de las alteraciones de las FE en las investigaciones de los trastornos externalizantes (Ghosh et. al, 2017; Noordermeer et. al, 2016). Estos modelos se han dividido de manera dicotómica organizándose como: procesos fríos o cognitivos y, procesos calientes o relacionados con respuestas afectivas y regulación de emociones (Noordermeer et. al, 2016; Zelazo et. al, 2005).

Las funciones ejecutivas calientes son las habilidades de autocontrol que se usan en situaciones muy cargadas de emociones, se involucran una serie de estructuras cerebrales (amígdala, ínsula, cuerpo estriado derecho, lóbulo temporal, corteza prefrontal orbitofrontal) que interconectadas dan pie a que se realice esta regulación (Noordermeer et. al, 2016; Zelazo et. al, 2005).

Las funciones ejecutivas frías (llevadas a cabo en la corteza prefrontal dorso lateral y cerebelo), se usan cuando las respuestas esperadas no son afines a las emociones, por ejemplo, actividades de memoria (Noordermeer et. al, 2016; Zelazo et. al, 2005).

Anderson y Reidy (2012) propusieron un sistema de control ejecutivo en donde plantean que estas funciones no pueden ser consideradas de forma separada, ya que existe clara interrelación entre ellas, las cuatro categorías están organizadas del más alto funcionamiento al más bajo, con relaciones bidireccionales. Lo que no se encuentra en consenso por diferentes autores es la

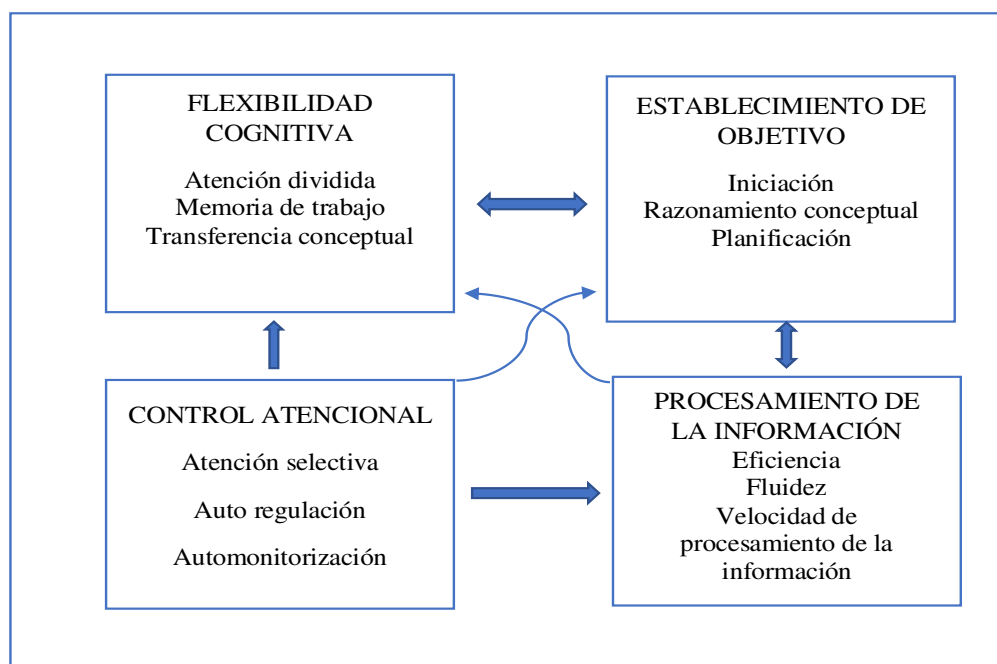


especificidad de los subprocesos en cada dominio, pero sí se consideran importantes en el comportamiento diario (Herreras, 2014) (Figura 2)

Las funciones ejecutivas están conformadas por la relación de varios procesos cognitivos de orden superior como:

- La flexibilidad cognitiva (atención dividida, memoria de trabajo, transferencia conceptual).
- El establecimiento de objetivo (iniciación, razonamiento conceptual, planificación).
- El control atencional (atención selectiva, autorregulación, automonitorización).

**Figura 2 Sistema de control ejecutivo**



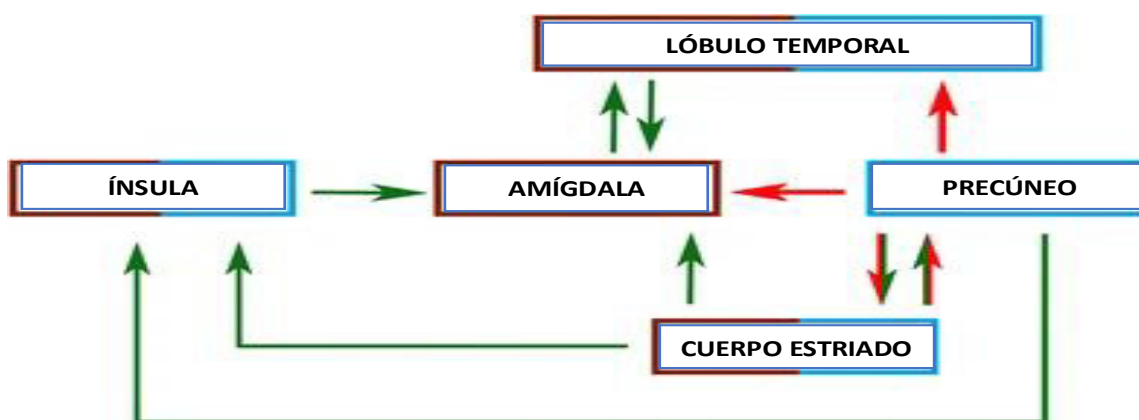
Fuente: Elaboración propia, adaptado de Herreras, 2014.

La corteza prefrontal se destaca por su relación con las funciones ejecutivas, por lo que un daño en esta área puede asociarse con disfunciones, pero no siempre reflejan patología prefrontal ya que

también se ven implicadas otras regiones cerebrales bilaterales con las cuales se involucra; sin embargo, los cambios en el rendimiento de tareas permiten conocer la relevancia de los cambios estructurales en la maduración de las funciones ejecutivas en los individuos (Herrerias, 2014).

Noordermeer y colaboradores (2016) en una revisión de diferentes meta análisis encontraron evidencia (tanto en resonancias magnéticas estructurales como funcionales) de que las áreas cerebrales en niños con TOD eran más pequeñas y con menor actividad cerebral, principalmente, aquellas concernientes a las funciones ejecutivas calientes: amígdala, ínsula, cuerpo estriado derecho, giro medial izquierdo /giro superior, corteza orbito frontal, mientras que la corteza prefrontal dorsolateral y el cerebelo controlan las funciones ejecutivas frías (Figura 3).

**Figura 3 Conectividad de las áreas involucradas en el TOD y los Trastornos de la conducta**



Fuente: Tomado y adaptado de Noordermeer et. al, 2016 (Las flechas verdes indican conectividad excitadora, las flechas rojas indican conectividad inhibitoria y las flechas en verde y rojo indican conectividad tanto excitadora como inhibitoria. Las áreas encuadradas en rojo exhiben principalmente funciones ejecutivas calientes, las áreas encuadradas en azul exhiben principalmente funciones ejecutivas frías, y las áreas encuadradas tanto en rojo como en azul exhiben una combinación de funciones ejecutivas calientes y frías).

También se ha evidenciado que otras estructuras cerebrales asociadas con el procesamiento de emociones, el monitoreo de errores, la resolución de problemas, el autocontrol, son áreas

vinculadas con déficits neurocognitivos y conductuales (Ghosh et. al, 2017; Noordermeer et. al, 2016).

Algunas áreas cerebrales controlan ambos tipos de funciones como el lóbulo parietal superior izquierdo. Los estudios encontrados respaldan una fuerte asociación entre anomalías en la amígdala y los síntomas del TOD (Noordermeer et. al, 2016).

En los niños con TOD, las alteraciones neuropsicológicas detectadas son el bajo coeficiente intelectual, deficiencia en el control inhibitorio, anomalías en el procesamiento emocional y la cognición social, así como las actividades en el procesamiento del sistema de refuerzo (Noordermeer et. al, 2016).

Por último, si bien las funciones ejecutivas están relacionadas con el desarrollo normal del cerebro, también se ven influenciadas por otro tipo de factores como la genética y el tipo de temperamento, así como por otras variables como los estilos de crianza y factores socioculturales (Aguilera et. al, 2012), los cuales se expondrán más adelante, en el desarrollo de esta investigación.

## **5. Perfil neuropsicológico**

En el trastorno oposicionista desafiante, se presentan deficiencias neuropsicológicas en los niños éstas se basan en: bajo coeficiente intelectual, deficiencia en el control inhibitorio, anomalías en el procesamiento emocional y la cognición social, así como en el procesamiento del sistema de

refuerzo, reflejadas por estudios de neuroimágenes de las diferentes áreas de conectividad excitatoria o inhibitoria (Noordermeer et. al, 2016).

Además, se registran alteraciones en las funciones ejecutivas, específicamente, en la autorregulación, la flexibilidad cognitiva o capacidad de cambio y la habilidad para resolver problemas mediante la planificación y la organización (Best et. al, 2009).

Ghosh y colaboradores (2017) han identificado que para el TOD la conducta desafiante viene ligada a una aversión al retraso (buscan gratificación inmediata), este comportamiento es notable en los niños con sintomatología del déficit atencional una vez estabilizado.

Investigadores han descrito que la dificultad en la regulación de las emociones, producto de las dificultades en la memoria de trabajo, la atención sostenida, la inhibición de la respuesta en relación con la ansiedad y la agresión son la fuente de síntomas afectivos (Card y Little, 2006).

En un estudio realizado por Kim Hyo-Won et. al (2010), se comparan niños y adolescentes con trastorno oposicionista desafiante sin TDAH se encontró que los niños con TOD presentaban características temperamentales, conductuales y emocionales propias, claramente diferenciadas de comorbilidades frecuentes como el trastorno de déficit atencional con hiperactividad, el trastorno de conducta, ansiedad o los trastornos afectivos.

Los perfiles psicopatológicos y temperamentales identificados fueron: mayor búsqueda de novedad, menor autocontrol, menor cooperativita (mide la tolerancia social y la voluntad de ser

útil), mayor riesgo de ansiedad y trastornos afectivos, inadecuadas relaciones intrafamiliares, bajo rendimiento académico, deficiencias cognitivas y sociales (Kim et. al, 2010).

Se han identificado niños con tendencia a la agresividad reactiva y no tanto a la agresión proactiva, ya que se ha evidenciado que existe una disminución del tamaño y volumen del lóbulo temporal, además de disminución de las capacidades cognitivas (Ruisch et. al, 2020)

Para Rosselli et. al, (2010), como se citó en Herreras (2014), la evaluación neuropsicológica ayudaría a generar estrategias de prevención por medio de planes de intervención temprana, así como la elaboración de programas de corrección clínica en los niños y adolescentes con trastorno oposicionista desafiante (Herreras, 2014).

## **6. Etiología**

Ortiz et. al, (2008) mencionan con respecto a la etiología del trastorno oposicionista desafiante que:

La cualidad de riesgo o de protección de una situación específica, está dada por la interacción de muchos factores que pueden variar con las situaciones, de tal forma que en unas circunstancias concretas una característica sea protectora y en otras, de riesgo (pág.57)

Las investigaciones han contextualizado múltiples variables. Por ejemplo, McKinney et. al (2007) las categorizaron detalladamente desde la heredabilidad, los aspectos genéticos familiares compartidos (por ejemplo, el funcionamiento familiar, estilos de crianza) y no compartidos

(amigos, prácticas deportivas o culturales), factores de riesgo demográficos, factores familiares, factores de riesgo ambiental y factores de disposición.

Sin embargo, actualmente, se categorizan por la interacción entre los factores genéticos y los ambientales, incluyéndose en este último todos los factores involucrados en el desarrollo del trastorno oposicionista desafiante en niños y adolescentes (Ghosh et. al, 2017; Martel 2019).

Diferentes autores consideran que el TOD es aproximadamente 50% del riesgo genético y 50% de riesgo ambiental, lo cual puede variar según las características individuales del niño (Bezdjian et. al, 2011; Burt et. al, 2001; Viding et.al, 2008)

Por lo tanto, no se señala una sola causa en la aparición del trastorno oposicionista desafiante (Ruisch et. al, 2020), sino que los investigadores anteriormente mencionados, hacen una interrelación entre los llamados factores de riesgo y factores protectores. Estos factores pueden tener un rol determinante en la etiopatología según sea la dirección hacia dónde se incline la balanza en cada individuo (Javaloyes y Redondo, 2014; Lavigne et. al, 2012; McKinney y Renk, 2007; Ortiz et. al, 2008).

## **7. Factores genéticos**

Se ha observado que la heredabilidad promedio del TOD es de un 60% y para los factores familiares compartidos con el resto de los hermanos o miembros de la familia, por ejemplo:

factores ambientales comunes con modelos de crianza, disfunción familiar se estimaron en un 7%. Así, los factores genéticos y familiares compartidos explican el 67% de la variación de riesgo del TOD (Slutke et. al, como se citó en McKinney y Renk, 2007).

Mikolajewski et. al (2018), demostraron en su estudio genético con gemelos monocigotos, que influencias genéticas comunes (factores familiares compartidos) estaban relacionadas con los síntomas de la psicopatología del adolescente tardío en las tres dimensiones: irritable, testaruda, así como la hiriente, propuestas en el DSM V.

El trastorno opositor desafiante es un trastorno multifactorial no mendeliano con herencia poligénica (Ghosh et. al, 2017), por lo que se propuso buscar un endofenotipo ó clústers genéticos que sirvan de biomarcador para su identificación (Gottesman y Gould, 2003).

Ruisch y colaboradores (2020), observaron la asociación del TOD con factores de riesgo en estudios de agresividad y hallaron que existen “rasgos insensibles” como falta de culpa, empatía limitada y un afecto superficial considerados presentes para el trastorno opositor desafiante y para otros problemas de comportamiento, todos fuertemente vinculados con aspectos del entorno.

Este trastorno se ha vinculado con la agresión en los circuitos neuronales del sistema serotoninérgico, dopaminérgico, glutamatérgico y genes reguladores de hormonas relacionándolos en estudios del ADN con el alelo de baja actividad del promotor MAO-A, que se encarga de la degradación de serotonina y norepinefrina, neurotransmisores de la regulación afectiva (Agüero E., 2014), y el alelo corto de 5-HTTLPR transportador de serotonina, el cual interviene en la respuesta del estrés psicosocial (Aguilera et. al, 2012; McKinney y Renk, 2007).

La relación entre vías de neurotransmisión (serotoninérgicas, dopaminérgicas y neuroendocrinas) con la agresividad asociada al TOD, ha demostrado que se dan predominio de las interacciones de los receptores dopaminérgicos, con un efecto sumativo a la interacción ambiental, esto explica la poca expresividad emocional en individuos con estos fenotipos. Lo anterior es respaldado por el empleo de antipsicóticos (fármacos bloqueadores D2) que mejoran las conductas agresivas (Ruisch et. al, 2020).

También se ha identificado asociación con varios polimorfismos de un solo nucleótido del gen GABRA2, gen que codifica la subunidad alfa2 del receptor de ácido gamma-aminobutírico tipo A, o sea el GABA A, que se asocia con síntomas externalizantes (Ghosh et. al, 2017).

La epigenética se refiere a los efectos del ambiente en la transcripción del ADN. En el TOD se ha notado asociación entre la metilación diferencial del gen OXTR (gen receptor de oxitocina) un neuropéptido que presenta efectos en las conductas prosociales, en la regulación del estrés y la interacción social, entre otros (Cuartas y López, 2013; Ghosh et. al, 2017; Meaney, 2010).

Cecil et. al, (2014), en su investigación, evidenciaron la relación de un aumento de la metilación del gen OXTR (por ende, disminución de hormona oxitocina) en los hijos de madres que presentaron abuso de sustancias en el embarazo, predisponiendo a rasgos insensibles en la adolescencia, asociando disminución de la conducta prosocial y poca eficacia en la formación de vínculos emocionales con otras personas.



Algunos investigadores refieren que al presentar características insensibles les ayuda a evitar la presencia de síntomas internalizantes, lo cual se puede considerar como un factor protector para evitar síntomas de internalización y enfrentar desafíos ambientales futuros (Doan et. al, 2019).

En cuanto a la sensibilidad y regulación del estrés, se ha mostrado que existen niveles bajos de cortisol en los niños con TOD severo. Además de esto, se evidenció la presencia de síntomas de ansiedad y también se predijo que los niños poco respondedores al estrés presentaron una menor reactividad al cortisol. (Schoorl et. al, 2017).

Van de Wied et. al (como se citó en Schoorl, 2017) concluyeron que una menor reactividad al estrés, pronostica un comportamiento más agresivo en la etapa escolar. Por lo tanto, se considera que esta baja reactividad al estrés constituye un perfil de riesgo neurobiológico.

La interacción entre los factores biológicos con los factores del medio ambiente da como resultado un posible riesgo poligénico o rasgo fenotípico (asociación de varios genes relacionados causantes de enfermedad), por lo que estos hallazgos neurobiológicos determinan las diferencias disposicionales entre los individuos y la expresión de la psicopatía (Cuartas y López, 2013).

## **8. Factores predisponentes**

El estrés durante la etapa prenatal o en la infancia temprana pueden cambiar como se expresan los códigos genéticos (Meaney, 2010), el bajo peso al nacer con algunas complicaciones y el abuso de sustancias por parte de la madre como el alcohol, durante el embarazo incrementa los trastornos de externalización (Boden et. al, 2010; D'Onofrio et. al, 2008; Nigg y Breslau, 2007).

El temperamento difícil descrito por conductas como labilidad, inquietud, negativismo y poca capacidad de atención son característicos en los niños con TOD. En ellos es frecuente ver un comportamiento dominado por las recompensas, características observadas en niños que se muestran insensibles y con rasgos no emocionales, como la falta de empatía y problemas para retrasar la gratificación (McKinney y Renk, 2007).

Noordermeer et. al (2016) describieron asociación entre los niños con bajo coeficiente intelectual, anormalidades en el procesamiento emocional, fallos en la cognición social y en el procesamiento del sistema de refuerzo en niños con TOD.

Además, se ha descrito problemas de aprendizaje, mediados por altos niveles de impulsividad (deficiencia en el control inhibitorio) y tasas altas de fracaso académico con problemas de autoestima (Ortiz et. al, 2008).

También se registran alteraciones en las funciones ejecutivas, específicamente, en la autorregulación, la flexibilidad cognitiva o capacidad de cambio y la habilidad para resolver problemas mediante la planificación y la organización (Best et. al, 2009).

La agresión, como se describió anteriormente, es una de las conductas disposicionales que con regularidad se presenta en el TOD. Puede ser una función reactiva en casos de que exista una provocación o proactiva (instrumental) en la cual media la premeditación. Ésta es menos común y se asocia más a síntomas insensibles o rasgos sin emociones (Ruisch et. al, 2020). La delincuencia

puede ser común en individuos con TOD, pero su presencia no es suficiente para su diagnóstico. Sí se ha visto como factor común en estas situaciones un rol social limitado (Ortiz et. al, 2008).

Además, existen factores disposicionales como los socioemocionales, la prosocialidad, incluso la emocionalidad negativa y la osadía, que pueden contribuir con los trastornos del comportamiento y quizás, a su expresión comórbida a través de factores principalmente genéticos, pero también ambientales (Taylor et. al, 2013).

**Tabla 1 Resumen de factores genéticos y predisponentes del TOD**

<b>Factores genéticos y predisponentes</b>
1. Herencia
2. Antecedentes de padres con TOD o trastorno antisocial
3. Antecedentes perinatales de consumo de drogas o tabaco
4. Antecedentes de consumo de sustancias ilícitas en los padres
5. Depresión en la madre o depresión postparto
6. Estrés prenatal o en la infancia temprana
7. Desregulación emocional
8. Temperamento difícil
9. Escasa conducta empática como compartir o ayudar
10. Agresividad
11. Impulsividad u osadía
12. Rasgos insensibles como falta de culpa, empatía limitada o afecto superficial

Fuente: Elaboración propia, 2021.

## 9. Factores ambientales

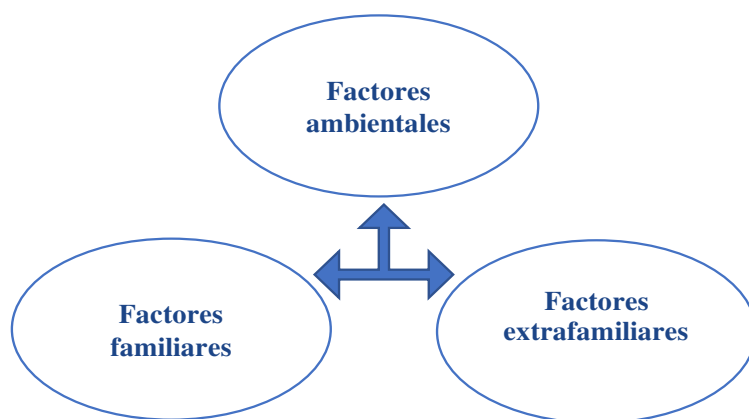
Existe evidencia de que el entorno donde se desarrolla el niño puede llegar a convertirse en un factor de riesgo para los trastornos de la conducta disruptiva (Quy y Stringaris, 2017).

Las interacciones con el ambiente son importantes ya que brindan información sobre diferencias de cada individuo y su sensibilidad a factores genéticos y/o ambientales (Ruisch et. al, 2020).

Martel (2019), categoriza los factores de riesgos ambientales en factores familiares y factores extrafamiliares. Destaca la importancia de estos en la interacción con el medio ambiente, así como el efecto que estos pueden llegar a generar en la predisposición genética por factores ambientales compartidos y no compartidos (Ghosh et al, 2017).

Ambos, factores familiares y factores extrafamiliares, parecen igualmente importantes en relación con los síntomas externalizantes como: agresividad, rompimiento de reglas, abuso de sustancias y autolesiones Ghosh et. al, 2017; Ruisch et. al, 2020) (Figura 4).

**Figura 4** Categorización de los factores ambientales



Fuente: Elaboración propia, 2021.

## 10. Factores familiares

Existen, en la literatura, muchos conceptos de familia, desde el ámbito de las ciencias sociales Aroca M. (2010), define:

La familia es un ámbito interactivo, multi influenciado y bidireccional, donde las variables sociales, culturales e históricas tienen un peso relativo pero trascendente, y donde las variables referidas a sus integrantes (a saber: educativas y psicológicas) tienen alcance y significado propio, sin poderse excluir de su influencia los factores del ambiente extrafamiliar y la genética de sus integrantes, para su comprensión y dinámica particular (pág.37).

En el año 2005, se llevó a cabo la 1º Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud, de México diseñaron una clasificación para la familia con base en cinco ejes fundamentales:

### 1- El parentesco:

#### Con parentesco

- Nuclear: Hombre y mujer sin hijos.
- Nuclear simple: Padre y madre con uno a tres hijos.
- Nuclear numerosa: Padre y madre con cuatro hijos o más.
- Reconstruida (binuclear): Padre y madre, en el que alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de una unión anterior.
- Monoparental: Padre o madre con hijos.
- Monoparental extendida: Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco.
- Monoparental extendida compuesta: Padre o madre con hijos, más otras personas con o sin parentesco.

- Extensa: Padre y madre con hijos más otras personas con parentesco.
- Extensa compuesta: Padre y madre con hijos, más otras personas con o sin parentesco.
- No parental: Familias con vínculos de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (ej. tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etc).

### Sin parentesco

- Monoparental extendida sin parentesco: Padre o madre con hijos, más otra persona sin parentesco.
- Grupos similares a familias: Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares.

### **2- La presencia física en el hogar o la convivencia en el mismo:**

- Núcleo integrado: Presencia de ambos padres en el hogar.
- Núcleo no integrado: No hay personas físicas de alguno de los padres.
- Extensa ascendente: Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de los padres.
- Extensa descendente: Padres que viven en la casa de alguno de los hijos.
- Extensa colateral: Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales.

### **3- Los medios de subsistencia: Familias que dependen de los recursos aportados por el jefe de familia y que se generan en el área:**

- Agrícolas y pecuarias    - Industrial    - Comercial.    - Servicios.

#### **4- El nivel económico**

- Pobreza familiar nivel 1
- Pobreza familiar nivel 2
- Pobreza familiar nivel 3

#### **5- Nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por cambios familiares:**

- Persona que vive sola: Sin familiar alguno, independientemente de su estado civil o etapa de ciclo evolutivo.
- Matrimonio o pareja de homosexuales: Parejas del mismo género con convivencia conyugal sin hijos o hijos adoptivos.
- Familia grupal: Unión matrimonial de varios hombres con varias mujeres, que cohabitan indiscriminadamente y sin restricciones dentro del grupo.
- Familia comunal: Conjunto de parejas monógamas con sus respectivos hijos, que viven comunitariamente y comparte todo, excepto las relaciones sexuales.
- Poligamia: Incluye poliandria y poliginia.

En Costa Rica, según las últimas investigaciones publicadas en el Estado de la Nación 2014 (PEN cáp2, pág. 112), sobre el tipo de hogar o familia y basado en la propuesta para el Censo 2000, se definen, según las características de conformación de la familia y el ciclo vital familiar, de la siguiente manera:

##### 1. Evolución y tipos de hogares

- Nuclear sin hijos: jefe(a) y cónyuge, sin hijos, sin otros familiares y sin familiares.
- Nuclear con hijos: jefe(a), cónyuge e hijos, sin otros familiares y sin familiares.

- Nuclear monoparental: jefe(a), sin cónyuge, con hijos, sin otros familiares y sin familiares. -
- Extenso sin hijos: Nuclear sin hijos, con otros familiares, sin familiares.
- Extenso con hijos: Nuclear con hijos, con otros familiares, sin no familiares.
- Extenso monoparental: Nuclear monoparental, con otros familiares, sin familiares.
- Extenso sin núcleo: jefe(a), sin cónyuge y sin hijos, con otros familiares, sin familiares.
- Compuesto nuclear: Hogares nucleares, con otros familiares.
- Compuesto extenso: Hogares extensos, con otros no familiares.
- Compuesto sin núcleo: Extenso sin núcleo, con otros no familiares.
- Unipersonal: Únicamente jefe(a).
- No familiares: jefe(a) y no familiares.

## 2. El ciclo vital de la familia

- Pareja sola: jefe (a) y cónyuge sin hijos, donde la edad de la mujer sea menor de 40 años.
- Inicio: jefe (a), con o sin cónyuge, cuyo hijo mayor tenga entre 0 a 5 años.
- Expansión: jefe (a), con o sin cónyuge, cuyo hijo mayor tenga entre 6 y 11 años.
- Consolidación: jefe (a), con o sin cónyuge, cuyo hijo mayor tenga entre 12 y 17 años.
- Estabilización: jefe (a), con o sin cónyuge, cuyo hijo mayor tenga 18 años o más y el hijo menor tenga 18 años o menos.
- Desmembramiento o Salida: jefe, con o sin pareja, cuyo hijo menor tenga 18 años o más.
- Nido vacío: jefe (a) y cónyuge sin hijos, donde la edad de la mujer sea de 40 años o más.
- Sin núcleo: jefes sin pareja ni hijos y con otros familiares o no familiares.
- Unipersonal adulto: Únicamente el jefe (a), menor de 60 años.
- Unipersonal mayor: Únicamente el jefe (a), de 60 o más años.



En los factores de riesgo familiar, la psicopatología familiar es importante, ya que se ha visto heredabilidad en más de un 60% (McKinney y Renk, 2007), por lo que, en la predisposición familiar, deben ser tomados en cuenta: los antecedentes de trastornos conductuales en los padres, sobre todo, la personalidad antisocial (Ghosh et. al, 2017; Javaloyes y Redondo, 2014; Ortiz et. al, 2008).

La asociación entre factores de riesgo ambientales/maternos como el consumo de tabaco en embarazo, poco control prenatal predispone a rasgos insensibles (falta de culpa, empatía limitada y un afecto superficial) que pueden presentarse en el trastorno oposicionista desafiante (Ghosh et. al, 2017; Ruisch et. al, 2020).

La depresión, en especial la depresión materna, se relaciona con altos índices de agresión física, pobres niveles de conducta prosocial en los niños y más dificultad en la regulación emocional, ansiedad, consumo de sustancias como alcohol o drogas y ambientes poco afectuosos (Lavigne et. al, 2012; Fernández R., 2012). Los rasgos maternos como la agresividad y la baja empatía, predice comportamientos insensibles en la infancia tardía, por una falta de afecto materno (Waller et. al, 2018).

Malas prácticas disciplinarias ya sea por una pobre supervisión (padres poco implicados) o disciplina muy rígida, así como medidas erráticas de corrección o castigo físico severo, afectan emocionalmente a los niños, un estudio mostró que el polimorfismo que da lugar a la baja expresión del gen *MAOA*, moderó el camino del maltrato infantil al comportamiento delincuente (Ghosh et. al, 2017). Así mismo, se ha observado que el maltrato verbal, emocional y el abuso

sexual se ha asociado a síntomas depresivos infantiles (Javaloyes y Redondo, 2014; Lavigne et. al, 2012).

Existe evidencia de la estrecha asociación entre la desregulación de las emociones de los padres (cómo tener dificultades para iniciar, mantener o modular la ocurrencia, intensidad o expresión de las emociones) y las prácticas severas de crianza con los síntomas depresivos de los niños, llamados también síntomas internalizantes y los comportamientos agresivos considerados como síntomas externalizantes (Lin et. al, 2019; Marceau et. al, 2019; Waller et. al, 2018).

Desde la teoría del apego, se resalta la importancia de la vinculación del niño con sus progenitores o cuidadores, por lo que no se considera sólo como un vínculo aislado, sino que forma parte del sistema intrafamiliar (Aroca, 2010).

El abandono, la negligencia y el vínculo afectivo inseguro, se han vinculado al desarrollo de síntomas internalizantes como la ansiedad en los trastornos disruptivos en la infancia, entre ellos, como se ha mencionado previamente, se encuentra el trastorno oposicionista desafiante (Brumariu y Kerns, 2010; McCartney et. al, 2004).

También, la desarmonía familiar o los problemas de pareja, la violencia doméstica, el divorcio, la baja clase social, la pobreza y la criminalidad en la familia, así como el estrés parenteral se asocian significativamente con el trastorno oposicionista desafiante (Ghosh et. al, 2017; Javaloyes y Redondo, 2014; Lavigne et. al, 2012; Ortiz et. al, 2008; Shaw et. al, 2001).

En los niños y adolescentes con TOD, se ha notado una mayor tendencia a vivir en hogares deteriorados, monoparentales, con escaso manejo de límites por parte de la madre, generando importante estrés parental, con poca cohesión, altos niveles de conflictos familiares y ambientes poco afectuosos (Greene et. al, 2002; McKinney y Renk, 2007).

**Tabla 2 Resumen de factores ambientales familiares del TOD**

<b>Factores familiares</b>
1.Desregulación emocional en los padres
2.Modelos de crianza laxos o inconsistentes, pocos límites
3.Padres estrictos o severos
4.Violencia intrafamiliar
5.Discordia en relaciones familiares
6.Castigo físico o maltrato infantil
7.Control conductual por recompensas o gratificación
8.Ambiente familiar poco cohesivo o afectuoso
9.Exposición a la agresión verbal, física o sexual
10.Apego inseguro en los niños
11.Inconsistencia afectiva o ambivalentes por parte de los padres
12.Abandono o estrés parental

Fuente: Elaboración propia, 2021.

## 11. Factores extrafamiliares

Además, como parte de los factores de riesgo del entorno familiar o extrafamiliar, que pueden suceder dentro o fuera del hogar, se encuentran las experiencias adversas en la infancia (ACE) tales como: violencia física, la agresión sexual, rupturas sentimentales, pérdida de amistades, fracaso personal, problemas escolares, problemas con pares, muerte de un ser querido, y enfermedad o lesión grave (Ruisch et. al, 2020).

Los niveles socioeconómicos más comprometidos (pobreza) reflejan una mayor expresión de comportamientos externalizantes y TOD más severos, posiblemente influido por el estrés parental continuo y los conflictos, lo que se ha expuesto como un precursor de las conductas inadecuadas, al asociarse con la estabilidad del diagnóstico (Lavigne et. al, 2012).

El vecindario pobre y la exposición a la violencia (Rowe et. al, 2002), el rechazo por parte de los compañeros, el bullying, grupo de pares problemáticos y estrés importante en la cotidianidad de los niños favorecen las conductas oposicionistas. Se ha observado, en niños genéticamente predispuestos, buscar grupos de pares delincuentes (Boden et. al, 2010; Ghosh et. al, 2017; Ortiz et. al, 2008).

Las zonas urbanas han presentado mayores tasas de trastornos disruptivos, esto asociado a consumo de alcohol y drogas a edades tempranas (Javaloyes y Redondo, 2014). En los últimos años, se ha aumentado la prevalencia de los trastornos conductuales en clases socioeconómicas media-alta, donde el estilo de crianza se ha enfocado más en proveer lo material y descuidar el

nivel afectivo, lo cual se ha llegado a considerar un factor de riesgo ambiental (Javaloyes y Redondo, 2014).

**Tabla 3 Resumen de factores ambientales extrafamiliares del TOD**

<b>Factores extrafamiliares</b>
Pobreza
Ausencia de vivienda
Medio social violento
Barrio pobre
Rechazo de amigos o problemas con los pares
Rol social limitado por inseguridad en el vecindario
El niño vivió o vive en situaciones de estrés
Consumo de drogas o alcohol en edad temprana.
Grupos de pares delincuentes
Participación en hurtos o asaltos

Fuente: Elaboración propia, 2021.

## **12. Factores protectores**

Los factores genéticos y ambientales se comportan como protectores para la aparición del TOD según la situación del niño. Los factores de protección potenciados de la forma correcta pueden

suponer una buena táctica para prevenir los problemas conductuales, incluso, podrían promover la resiliencia y llegar a ser un condicionante positivo para salir de “ambientes de desventaja social crónicamente mantenida” (Ortiz et. al, 2008).

El temperamento es conocido como una predisposición genética (factores neurobiológicos heredables), que junto al carácter (rasgos que se modulan por factores externos a la biología) dan forma a la personalidad en la madurez (Dolcet, 2006) y pueden convertirse en factores protectores.

Viñas et. al (2012), en su investigación sobre el temperamento y estilos de afrontamiento resalta que el control voluntario es una de las principales formas de autorregulación (capacidad de inhibir o activar una respuesta dominante o subdominante para planificar o detectar errores), es parte de la conducta social y un factor que favorece la prevención de los comportamientos antisociales y opositoristas.

El desarrollo prosocial es un factor protector individual. Se refiere a comportamientos como ayudar (que requiere de regulación emocional) y compartir (que necesita control conductual), conductas afines con el cumplimiento de las normas sociales. En los niños, este factor es modulado por el costo (tiempo, esfuerzo y oportunidades) versus beneficio (aliviar la preocupación empática) a corto y largo plazo (Steinbeis N, 2018).

El rol social que desempeñen los niños y adolescentes es determinante como factor de protección (Ortiz et. al, 2008). La empatía y la prosocialidad son indispensables para el comportamiento moral y social, (Waller y Hyde, 2017). Los niños con un temperamento caracterizado por mayor

autocontrol tienden a inhibir mejor el impulso de una respuesta dominante y, por ende, una mejor socialización (Aguilera et. al, 2012).

La parentalidad cálida fomenta la expresión emocional, la sensibilidad y aumenta la probabilidad de que los niños internalicen de los padres mensajes sobre empatía y prosocialidad, fenómeno conocido como: "Orientación de respuesta mutua", definida como relación estrecha y cálida de cooperación mutua entre la relación de padres e hijos, lo que es importante para promover el desarrollo de empatía y conciencia social (Waller y Hyde, 2017). Por lo tanto, se enfatiza en la importancia de una parentalidad temprana en un ambiente familiar de cuidado físico y emocional como factor protector (Shaw et. al, 2001).

Las buenas prácticas de crianza por parte de los padres, con técnicas de comunicación y disciplina efectivas, puedan adaptarse a las necesidades individuales de cada niño; además de supervisión constante y una relación cercana con un adulto de su confianza, también proveen protección ante los trastornos oposicionistas desafiantes (Ghosh et. al, 2017; Lavigne et. al, 2012; Puzzo et. al, 2016).

Otro de los factores protectores descritos es contar con un buen apoyo social para los niños, desde la contención emocional en el hogar, hasta el apego escolar favorecerá que los niños con trastornos conductuales se regulen; además, un ambiente escolar y extraescolar saludable puede considerarse como un factor de protección (Ghosh et. al, 2017; Ortiz et. al, 2008). Se resalta que tener habilidades para hacer y mantener amigos que sean recíprocos, con una relación de alta calidad protege de los efectos negativos del maltrato y baja autoestima (Matthys y Lochman, 2017).

En Costa Rica, el Ministerio de Educación Pública establece que los centros educativos cuenten con el Servicio de Apoyo Fijo de problemas emocionales y de conducta, a favor de los estudiantes que presentan dificultades académicas, conductuales y emocionales tales como: la baja autoestima, los problemas de asertividad, los trastornos ansiosos, la depresión, la labilidad emocional, el afecto irritable y la autoimagen negativa (MEP, 2018).

Docentes investigadores de la Universidad de Costa Rica, como conclusión de su estudio, recomendaron la utilización del Manual de propuesta de intervención para estudiantes que reciben este apoyo, éste resume una caracterización del estudiante, así se favorece un desarrollo escolar adecuado (Calvo et al, 2013).

**Tabla 4 Resumen de factores protectores del TOD**

<b>Factores protectores</b>
1.Temperamento fácil
2.Prosocialidad
3.Parentalidad cálida
4.Modelos de disciplina positivos y constantes
5.Apoyo social
6. Habilidades sociales para mantener amigos
7.Apego escolar, con un ambiente escolar y extraescolar saludable
8.Adecuaciones curriculares
9. Asistir al servicio de apoyo fijo de problemas emocionales y de conducta

Fuente: Elaboración propia, 2021.



## 13. Teorías

### 13.1 Teoría del apego

Los problemas familiares como la violencia, pobreza, estrés parental, vecindario peligroso, entre algunos de los ya descritos, pueden afectar negativamente la capacidad de respuesta de los padres, así como la capacidad de responder a sus hijos con sensibilidad, estas situaciones pueden llevar a los niños a que no logren generar un adecuado apego con sus padres o cuidadores (Martel, 2019).

De los tipos de apego y de la teoría de Bowlby, muchos autores que siguieron sus investigaciones (Ainsworth y Bell, 1970; Ainsworth, Blehar, Walters y Wall, 1978; Waters y Bretherton, 1985; Lamb, Thompson, Gardner y Chamow, 1985; Parkes y Stevenson-Hinde, 1982, Main y Solomon 1986, 2010) como se citó en Aroca (2010), clasificaron los diferentes tipos de apego: (A) apego seguro, (B) apego inseguro evitativo, (C) apego inseguro ambivalente-resistente y (D) apego desorganizado/desorientado o ansioso desorganizado.

Rygaard (2008), describió otro tipo de apego: el reactivo, relacionado con algunos de los síntomas del TOD, y se evidencia en los niños que han sufrido privaciones (como puede ser la falta de afecto y de contacto personal con su figura de apego), o han sufrido la negligencia de sus cuidadores (antes de los tres años), así como estrés en esta etapa.

Rygaard (2008), sostiene que:

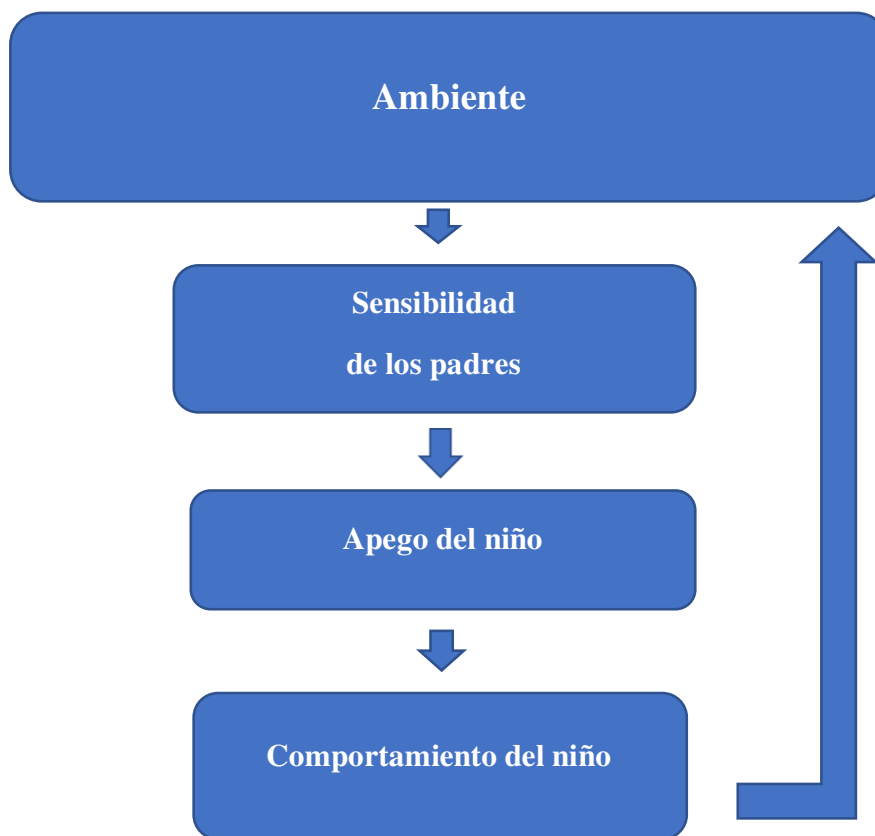
El niño o adolescente que tiene un apego reactivo puede desarrollar comportamientos violentos y antisociales desde la infancia como: comportamiento intimidatorio, violento

y agresivo, falta de destreza para aprender de experiencias sociales (incluyendo castigos/restricciones) [...] presenta una carencia permanente de vergüenza, culpa o remordimiento. Es típico un comportamiento de enfrentamiento/fuga/rigidez (vagabundeo, conflictos sin fin, testarudez) (pág.30)

En los niños, la falta de apego afectivo, que significa no tener progenitores cálidos, amorosos, que dan seguridad y cariño, especialmente en los primeros años de la vida, dan al contraste de un desarrollo de personalidades sanas y comportamientos alejados de la conducta antisocial o violenta (Aroca, 2010).

Se ha evidenciado que los niños con síntomas externalizantes como: agresividad, rompimiento de reglas, abuso de sustancias, autolesiones, vinculadas con el patrón conductual de discusiones/desafiante (Mikolajewski et. al, 2018), presentan con mayor frecuencia un apego inseguro, siendo más desapegado, inestable (evitativo/ambivalente) o con un apego errático o desorganizado con sus padres (Martel, 2019).

Por su parte, los padres de niños con problemas de externalización frecuentemente provienen de familias en donde el riesgo intergeneracional es relacionado a un apego inseguro. Consecuentemente, presentan una incapacidad de vincularse desde la esfera afectiva con sus hijos, incluso, pueden demostrar un rechazo abierto a la vinculación, generado por los procesos de insensibilización con los que fueron criados. Esto puede llevarlos a disciplinar a sus hijos de forma hostil, agresiva, negligente, lo que conlleva a que los niños sean impulsivos, negativistas y con poca tolerancia a la frustración (Martel, 2019).

**Figura 5 Modelo de la teoría del apego**

Fuente: Elaboración propia, adaptado de “The Clinician's Guide to Oppositional Defiant Disorder: Symptoms, Assessment, and Treatment”, 2019.

### **13.2 Teoría coercitiva**

Cuando las relaciones parentales se caracterizan por apegos afectivos deficientes, no se da un adecuado manejo de límites y se carece de disciplina, ya que el éxito de estas estrategias se ha visto en ambientes cálidos y receptivos (Martel, 2019).

Al ser deficientes las estrategias para el manejo conductual, se desarrollan conductas disruptivas y ciclos coercitivos, es decir, los adultos pueden actuar de forma no voluntaria en el reforzamiento de comportamientos negativos. Así se genera un ciclo vicioso pues los padres o cuidadores tienden

a aumentar la negatividad hasta que el niño “gana” convirtiéndose en excesivamente negativo y termina no cumpliendo las normas (Patterson, 1986).

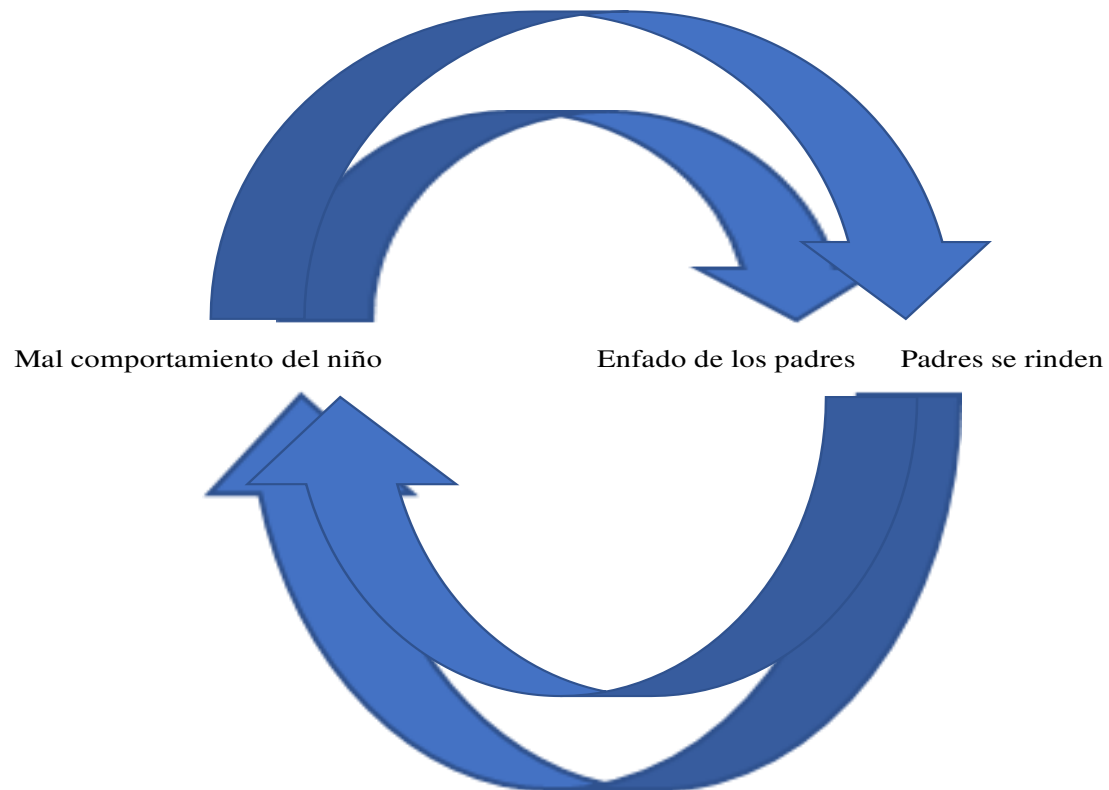
Los ciclos coercitivos se basan en secuencias de interacción familiar de conductas relativamente poco importantes (desobediencia, quejas, burlas o gritos, etc.), que pueden considerarse una categoría leve del trastorno perturbador y proporcionan una base de aprendizaje para conductas agresivas más graves. Enfocarse en los ciclos coercitivos durante el tratamiento disminuyen los problemas conductuales del niño (Martel, 2019).

Patterson (1986), propuso tres modelos que se entrelazan y se relacionan con el estrés y las competencias parentales a nivel familiar, la disciplina de los padres, el comportamiento disruptivo infantil y los factores asociados a éste. El primer modelo se basa en factores socio-interactivos dentro del hogar, de ahí la importancia de un adecuado modelado de los padres de familia. El segundo se relaciona con la autoestima del niño y el impacto de la coacción o el incumplimiento en las relaciones con sus pares y el desempeño académico. Por último, el tercer modelo plantea que existen factores relacionados con la gestión parenteral como el estrés que conlleva a una interrupción de estas habilidades (Patterson, 1986).

La teoría de la modificación del comportamiento es útil para comprender los ciclos coercitivos, dividen las estrategias para la gestión de comportamientos en dos categorías diferentes: refuerzo y castigo. El refuerzo es todo lo que se hace para aumentar la probabilidad de un comportamiento, mientras que el castigo es cualquier cosa que se haga para disminuir la probabilidad de un comportamiento (Martel, 2019).

Es importante comprender que se puede convertir tanto el refuerzo como el castigo en agentes positivos, así como existe la posibilidad de ejercer refuerzos positivos o negativos. Las intervenciones en este sentido disminuyen la escalada de las conductas disruptivas (Martel, 2019; Patterson, 1986).

**Figura 6 Modelo de los ciclos coercitivos**



Fuente: Elaboración propia adaptado de “The Clinician's Guide to Oppositional Defiant Disorder: Symptoms, Assessment, and Treatment”, 2019.

### 13.3 Teoría del procesamiento de información social

Se basa en la forma en que los niños y, sobre todo, los adolescentes, procesan la información de las diferentes situaciones sociales. Según esta teoría, se puede percibir, comprender y tomar decisiones sobre cierta información social de manera incorrecta, generando comportamientos agresivos debido a problemas continuos o ciclos coercitivos a nivel familiar, o porque acumularon síntomas externalizantes (Dodge y Crick, 1990, como se citó en Martel, 2019).

**Figura 7 Modelo de desarrollo del trastorno de conducta desde la perspectiva del procesamiento de la información, adaptado de Dodge (1993).**



Fuente: Elaboración propia, tomado de Guía de intervención de la conducta en las escuelas (2011)

#### **14. Curso natural del trastorno oposicionista desafiante**

Los niños se caracterizan por presentar, desde muy pequeños, dificultades en las conductas regulatorias, posiblemente asociadas a trastornos del neurodesarrollo, como dificultades en el entrenamiento para ir al baño, problemas de incontinencia, dificultades en el patrón del sueño, a veces pueden presentar problemas del lenguaje.

Se ha encontrado, desde edades tempranas, que hay una disminución de la respuesta al miedo, poca culpa y empatía, altos niveles de afecto negativo acompañado de reacciones con poco autocontrol, se pueden identificar altos niveles de irritabilidad, ira y búsqueda de sensaciones, por ende, posible predisposición a regular mal sus emociones y con tendencia a la agresión reactiva (Martel, 2019). Estos síntomas suelen aparecer antes de los ocho años y no más tarde del inicio de la adolescencia. Comúnmente inician en el entorno familiar; y se van extendiendo a otros ámbitos cuando los menores empiezan a relacionarse con ciertas dificultades por meses (más de 6 meses) o incluso por años (Ezpeleta et. al, 2014). En la adolescencia, se han encontrado síntomas del TOD relacionados a la intimidación (acoso) y victimización con mayor predominio en el sexo masculino (Ghosh, 2017).

El TOD puede predecir la aparición de trastornos psicopatológicos, asociándose fuertemente al TDAH, a la ansiedad, a la depresión y se han descrito aproximadamente cifras del 67% de los niños con TOD que tienden a presentar trastorno de la conducta disocial y desarrollar en la edad adulta un trastorno de personalidad antisocial (Fonseca y Rey, 2013). Además, comúnmente puede ocurrir agresión y delincuencia en chicos con TOD (Martel, 2019).

La evolución y el pronóstico depende de múltiples variables, que van desde las comorbilidades (por ejemplo: déficit atencional con hiperactividad, trastornos del aprendizaje, trastornos del estado de ánimo y abuso de sustancias), así como la desintegración familiar y el desarrollo o no de otras psicopatologías (Fonseca y Rey, 2013).

### **15. Comorbilidades asociadas**

Los niños con trastorno oposicionista desafiante presentan un riesgo significativo de comorbilidades psiquiátricas mucho más alto que en la población general, además un deterioro significativamente mayor en el funcionamiento adaptativo, social y familiar que los niños sin trastorno de oposición desafiante (Greene et. al, 2002).

Los síntomas TOD son algo diferentes; sin embargo, se ha puesto en evidencia por diferentes estudios que pueden predecir la comorbilidad de tal manera que el estado de ánimo enojado/irritable pudiera predisponer problemas de ansiedad y estado de ánimo depresivo, el comportamiento argumentativo/desafiante parece predecir síntomas de TDAH, y, posteriormente, la venganza tiene que ver con un trastorno de la conducta (Fergusson et. al, 2010; Martel, 2019; Mikolajewski et. al, 2018).

Como se mencionaba, en el trastorno oposicionista desafiante se ha encontrado relación con trastornos del estado de ánimo: depresión y ansiedad (Hamilton et. al, 2008). Investigaciones han demostrado que el diagnóstico de TOD duplica el riesgo de depresión mayor grave y trastorno



bipolar (Greene et. al, 2002), además de estar presente en los trastornos distímicos (Matthys y Lochman, 2017).

Boylan y colaboradores (2007), reportan que en estudios comunitarios de TOD encontraron cifras de depresión entre el 15% y el 46%, y síntomas de ansiedad por separación en preescolares entre un 7% y un 14%, muestran puntajes significativos tanto en los reportes de los maestros como de los padres; esta alta prevalencia de síntomas internalizantes se registró en niños con TOD.

En estudios de niños diagnosticados con trastornos oposicionistas desafiantes, la comorbilidad de depresión mayor de un 6% y un 8.9 % con ansiedad; además, se observó que las niñas obtuvieron mayor comorbilidad con síntoma ansiosos y los niños presentaron asociación con ambos, tanto síntomas ansiosos como depresivos, por lo que los investigadores concluyen que la comorbilidad varía según el género y la edad (Boylan et. al, 2007).

Las investigaciones parecen sugerir que el trastorno oposicionista desafiante tiene una alta tasa de comorbilidad con TDAH (40%-50%). En un estudio realizado por Kim et. al (2010) encontraron que los niños con TOD presentaban niveles de persistencia y autodirección más bajos, lo que sustenta los problemas de aprendizaje como en el área de lectura. Estas limitaciones causan frustración y fracaso escolar, mientras que los niños con discapacidades intelectuales de leve a límite (puntaje de CI 55–85) tienen un mayor riesgo de agresividad y conductas antisociales (Hamilton et. al, 2008; Matthys y Lochman, 2017).

Alrededor del 10 % al 30% de los diagnósticos de TOD evolucionan al diagnóstico de trastorno de conducta (Boylan et. al, 2007; Egger et. al, 2006; Greene et. al, 2002; Hamilton et. al, 2008). En

los llamados trastornos de externalización, que se relacionan con el TOD se han descrito los comportamientos agresivos, personalidad antisocial ya desde los 15 años se puede realizar el diagnóstico y un alto índice de abuso de sustancias ilegales conductas que pueden persistir en la edad adulta. (APA, 2013; Ghosh et. al, 2017; Javaloyes y Redondo, 2014; Lin et. al, 2019; (Mikolajewski et. al, 2018)

En contraste con los síntomas externalizantes, se ha observado que los niños oposicionistas desafiantes presentan problemas internalizantes, relacionados con la dimensión irritable: como la depresión y la ansiedad, estos síntomas internalizantes, se han encontrado persistentes en la madurez (Javaloyes y Redondo, 2014; Lavigne et. al, 2012).

Los mecanismos fisiológicos regulatorios en el TOD se encuentran afectados, debido, posiblemente, a trastornos en el desarrollo y dada la baja capacidad de autocontrol. En algunos niños se han encontrado dificultades en muchos dominios reguladores desde edades tempranas como: dificultades en el entrenamiento para ir al baño, problemas de incontinencia, o dificultades en el patrón del sueño (Martel M., 2019).

El trastorno oposicionista desafiante se ha asociado con las conductas agresivas, reacciones emocionales intensas y dificultades en el lenguaje. Algunos niños, emocionalmente desregulados, tienen problemas para entender las indicaciones que se le dan, para expresar sus necesidades y presentando problemas conductuales (Martel, 2019). También pueden mostrar rasgos emocionales insensibles como: falta de culpa, empatía limitada y un afecto superficial (Ruisch et. al, 2020), que pudieran evolucionar en el tiempo hacia un trastorno de conducta más estable (Matthys y

Lochman, 2017). Por último, el trastorno de oposición desafiante también parece conferir un riesgo clínicamente significativo de disfunción social y familiar (Greene et. al 2002).

**Tabla 5 Resumen de las comorbilidades del TOD**

<b>Comorbilidades</b>
Trastorno de la conducta
Trastorno de personalidad antisocial
Trastorno explosivo intermitente
Trastorno de déficit atencional e hiperactividad
Trastornos depresivos
Trastornos de ansiedad
Trastorno bipolar
Trastornos psicóticos
Déficits cognitivos
Trastornos por consumo de sustancias
Condiciones médicas

Fuente: Elaboración propia, 2021.

## **16. Manifestaciones clínicas**

La conducta oposicionista puede ser normal en algunas etapas del desarrollo, siendo parte del proceso para individualizarse y, de esta manera, adquirir las normas sociales y los controles internos. Se ha descrito que las dificultades que se pueden presentar surgen de los problemas en la comunicación verbal, de la forma de procesar la información, así como síntomas psiquiátricos subyacentes, todos estos son componentes normales de conductas o comportamientos evolutivos del niño (Ortiz et. al, 2018).

En el DSM-5, se hace diferenciación entre el comportamiento normal y el nivel evolutivo de los niños al aclarar dentro de sus criterios que, para niños menores de 5 años los síntomas deben estar presentes todos los días y los mayores de 5 años deben manifestarse, al menos, una vez por semana, ambos por un periodo de seis meses. A menos que se observe síntomas vengativos o rencorosos, se describe que los síntomas de venganza solo requieren presentarse dos veces en los últimos 6 meses para hacer el diagnóstico (APA, 2014).

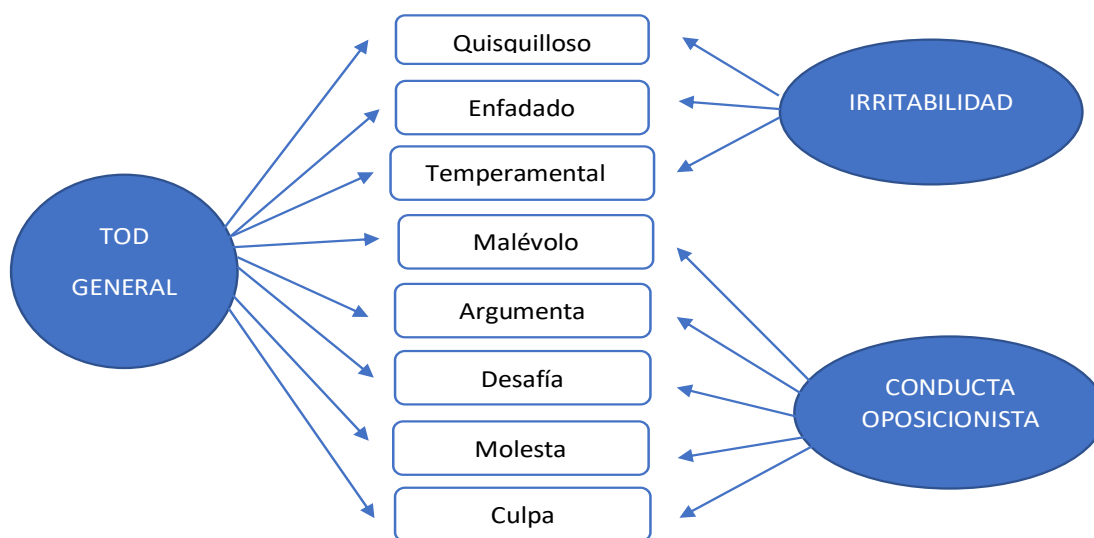
Estudios clínicos han encontrado que el TOD es más común en edades entre los 2 y los 5 años. Estos estudios sugieren que la edad de inicio es en la etapa preescolar y siendo dos veces más frecuentes en niños que en niñas, así el género masculino presenta mayor incidencia (Lavigne et al, 2001; McKinney y Renk, 2007).

El grado de malestar en el individuo o en las personas cercanas a los niños diagnosticados con TOD es significativo, incluso, puede estar más presente en los familiares, en grupos de amigos o en compañeros que en el propio paciente. La intensidad y la frecuencia de los síntomas que presentan los niños con TOD, rebasan los límites normales para el grado de desarrollo, el sexo y la cultura (APA, 2014).

Los síntomas negativistas suelen aflorar en el ambiente familiar, pero conforme se evoluciona en el tiempo pueden producirse en otros contextos. Se estima que la duración mínima debe ser seis meses, mientras que la gravedad va a depender de la cantidad de lugares en donde se presenta, en un solo contexto sería de gravedad leve, en dos sería de gravedad moderada y grave en tres o más contextos (APA, 2014; Ghosh et. al, 2017).

Algunos de los síntomas descritos en el siguiente esquema, están asociados a las dimensiones propuestas del trastorno oposicionista desafiante. El modelo bifactor (Martel, 2019), brinda una mayor comprensión dado que los síntomas de irritabilidad y conducta oposicionista se vinculan entre sí y se encuentran en el modelo general.

**Figura 8 Modelo bifactor del TOD**



Fuente: Elaboración propia, adaptado de “The Clinician's Guide to Oppositional Defiant Disorder: Symptoms, Assessment, and Treatment”, 2019.

Los síntomas clínicos se han dividido en tres grupos o dimensiones: el ánimo enojado/irritable, discusiones/desafiante y vengativo o rencoroso (APA, 2014), cada una de estas se asocian a posibles comorbilidades, por ejemplo:

- El ánimo enojado/irritable predispone más adelante a problemas de ansiedad y trastornos del estado del humor
- La dimensión de discusiones o comportamiento desafiante predice síntomas del trastorno de déficit atencional con hiperactividad
- El vengativo es relacionado con el trastorno de conducta disocial (Martel M, 2019).

## Criterios diagnósticos

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5 (APA, 2014), establece las características diagnósticas para el trastorno opositor desafiante basadas en los siguientes síntomas.

<p><b>CRITERIO A:</b> Patrón de enfado/ irritabilidad, discusiones/ actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses, se manifiesta por lo menos con cuatro síntomas de cualquiera de las categorías siguientes y las exhibe durante la interacción con al menos un individuo que no sea un hermano.</p>
<p><b>Estado de ánimo enojado / irritable</b></p>
<p>1. A menudo pierde los estribos o la calma</p>
<p>2. Suele ser susceptible o se enfada fácilmente</p>
<p>3. A menudo está enojado y resentido</p>
<p><b>Comportamiento argumentativo / desafiante</b></p>
<p>4. A menudo discute con figuras de autoridad o, en el caso de niños y adolescentes, con adultos</p>
<p>5. A menudo desafía activamente o se niega a cumplir con las solicitudes de autoridad o reglas</p>
<p>6. A menudo molesta deliberadamente a los demás</p>
<p>7. A menudo culpa a otros por sus errores o mala conducta</p>
<p><b>Espíritu de venganza</b></p>
<p>8. Ha sido rencoroso o vengativo al menos dos veces en los últimos 6 meses</p>

**CRITERIO B:** Este trastorno del comportamiento va asociado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (familia, grupo de amigos, compañeros de trabajo), o tiene un impacto negativo en las áreas social, educativa, profesional u otras importantes.

**CRITERIO C:** Los comportamientos no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno depresivo o bipolar. Además, no se cumplen los criterios de un trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

Además, se agrega un criterio como especificador de gravedad:

- Leve: los síntomas se limitan a un entorno (casa, escuela, trabajo con compañeros).
- Moderado: los síntomas aparecen al menos en dos entornos.
- Grave: los síntomas aparecen en tres o más entornos.

Por su parte, en la CIE-10 la propuesta es de un modelo continuo entre los síntomas del trastorno oposicionista desafiante y los síntomas del trastorno de la conducta, sugiere una ventaja sobre el modelo dimensional, ya que los síntomas se disipan entre la niñez y la adolescencia, solo quedan, en algunos momentos encubiertos, los síntomas del trastorno de la conducta, por lo que un individuo podría, en alguna etapa intermedia, no encajar en las categorías anteriores, pese a presentar sintomatología (Ghosh et. al, 2017).

La CIE-10 propone, bajo el nombre “Trastorno Disocial”, las entidades TOD y Trastorno Disocial del DSM-5, y añade apellidos en función de sus características. Por ejemplo:

- Trastorno Disocial desafiante y oposicionista
- Trastorno Disocial limitado al contexto familiar
- Trastorno Disocial en niños no socializados
- Trastorno Disocial en niños socializados.

En los criterios de la CIE-10 se establece que, cuando se presenten cuatro de los veintitrés síntomas, estos serán suficientes para el diagnóstico.

1. Rabietas excepcionalmente frecuentes y graves para la edad y el desarrollo del niño
2. Frecuentes discusiones con los adultos
3. Desafíos graves y frecuentes a los requerimientos y órdenes de los adultos
4. A menudo hace cosas para molestar a otras personas de forma aparentemente deliberada
5. Con frecuencia culpa a otros de sus faltas o de su mala conducta
6. Es quisquilloso y se molesta fácilmente con los demás
7. A menudo está enfadado o resentido
8. A menudo es rencoroso y vengativo
9. Miente con frecuencia y rompe promesas para obtener beneficios, favores o evitar obligaciones
10. Inicia con frecuencia peleas físicas (sin incluir peleas con sus hermanos)
11. Ha usado alguna vez un arma que puede causar serios daños físicos a otros
12. A menudo permanece fuera de casa por la noche a pesar de la prohibición (antes de 13 años)
13. Crueldad física con otras personas (ata, corta o quema a sus víctimas)
14. Crueldad física con los animales
15. Destrucción deliberada de la propiedad ajena (diferente a la provocación de incendios)
16. Incendios deliberados con la intención de provocar serios daños.
17. Robos de objetos de un valor significativo sin enfrentarse a la víctima, en el hogar o fuera
18. Ausencias reiteradas al colegio que comienzan antes de los trece años
19. Abandono del hogar al menos en dos ocasiones o en una ocasión durante más de una noche
20. Cualquier episodio de delito violento o que implique enfrentamiento con la víctima
21. Forzar a otra persona a tener relaciones sexuales.
22. Intimidaciones frecuentes a otras personas (infligir dolor o daño deliberados, incluyendo intimidación persistente, abusos deshonestos o torturas).
23. Allanamiento de morada o del vehículo de otros.



## 18. Diagnósticos diferenciales

El TOD se debe diferenciar de otros comportamientos perturbadores de la conducta, en particular, del trastorno de la conducta y del trastorno de personalidad antisocial, que cuentan con sintomatología compartida y pueden aparecer desde la primera infancia (APA, 2014). El trastorno de la conducta cuenta con subtipos de aparición temprana, asociando mayores síntomas de agresividad y después de los 10 años, que precisamente es la adolescencia la edad más común de presentación, con síntomas de corte delincuente (APA, 2014).

La agresión y la delincuencia es frecuente encontrarla en los trastornos de la conducta, en donde puede tener diferentes formas y funciones, ser reactiva (impulsiva ante un detonante) o proactiva (premeditada para obtener ganancia). Ocurren comúnmente en individuos con TOD, aunque estos problemas no son necesarios ni suficientes para un diagnóstico; además, puede darse como parte del desarrollo normal (Martel, 2019)

Otro de los grupos de niños que progresan a los trastornos de la conducta son los que asocian discapacidad mental, pues es común encontrar este otro especificador designado a los trastornos conductuales, la limitación en emociones prosociales (falta de remordimiento o culpa, insensibilidad, o sea, falta de empatía, despreocupación por el desempeño y afecto superficial o deficiente). Estos rasgos insensibles se han documentado como rasgo precursor de la personalidad psicopática en adultos (Martel, 2019; Nigg y Breslau, 2007).

El trastorno de personalidad antisocial se consideró durante mucho tiempo como un trastorno de la edad adulta. Se caracteriza por un patrón de indiferencia y de violación de los derechos de los demás, incluyendo poca capacidad para conformarse a normas sociales, engaño, desprecio, irresponsabilidad y falta de remordimiento, así como también impulsividad, irritabilidad y agresividad. Se pueden presentar síntomas a una edad temprana, y se requiere que la presencia de conductas problemáticas se dé desde la edad de 15 años, para el diagnóstico, (APA, 2013).

El trastorno explosivo intermitente se considera como diagnóstico cuando no se cumplen los criterios de TOD, se caracteriza por arrebatos que reflejan una falta de control de los impulsos de agresividad: agresión verbal (berrinches, disputas verbales o peleas) o agresión física: contra la propiedad, animales u otros individuos, en una frecuencia de dos veces por semana en tres meses, sin daños o destrucción, o con ellos, pero al menos tres arrebatos en un año (APA, 2014).

Es importante tener en cuenta que la magnitud de la agresión (síntoma puntual) en los arrebatos, no son proporcionales con respecto a la causa que lo desencadenan y se debe considerar que estos arrebatos no son premeditados, sino que son totalmente impulsivos o provocados por la ira. Los niños cuentan con un desarrollo equivalente a los 6 años, provocan malestar en el individuo y alteran su funcionamiento en las relaciones interpersonales (APA, 2014).

Otros trastornos menos estudiados, pero que muestran problemas conductuales son la piromanía (intención deliberada en provocar incendios) y la cleptomanía (imposibilidad de resistirse a robar objetos), síntomas graves del trastorno de la conducta especialmente en personas jóvenes (Martel, 2019).

El Trastorno de déficit atencional e hiperactividad es otra de las entidades pertinentes a los trastornos perturbadores de la conducta. Con porcentajes de comorbilidad con el TOD, se demuestra la existencia de factores de riesgo compartidos y el modelo precursor del desarrollo sugiere que los síntomas del TDAH conducen a un TOD; sin embargo, síntomas centrales del TDAH, la hiperactividad y la falta de atención difieren considerablemente de la irritabilidad y los síntomas argumentativos, así como de las consecuencias funcionales (Ghosh et. al, 2017).

Otros de los diagnósticos de exclusión son los trastornos afectivos, como el trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo. Éste se caracteriza por episodios de cólera grave y recurrentes (más de tres veces por semana) que se manifiestan verbalmente o, incluso, con agresión física, con una intensidad desproporcionada al evento y en discordancia con el grado de desarrollo del niño, los síntomas están presentes por un año o más y ocurren en dos o más contextos (APA, 2014).

Es importante resaltar que el ánimo irritable o iracundo es el síntoma cardinal, así, es frecuente encontrar una superposición entre ambas entidades (Freeman et. al, 2016; Mayes et.al, 2016, como se citó en Ghosh et. al, 2017. Si se cumplieran criterios para ambos, solo se puede hacer diagnóstico para el trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo (Ghosh et. al, 2017).

La depresión y la ansiedad son síntomas internalizantes que se han evidenciado en subgrupos de niños y adolescentes con TOD, si bien existe un mayor riesgo de comorbilidad, puede pasar inadvertidamente ante la magnitud de los síntomas oposicionistas, esto conlleva a no brindar el tratamiento necesario y empeorar el pronóstico. Los síntomas depresivos más relacionados con el

TOD suelen estar en relación con la poca tolerancia a la frustración e irritabilidad, los cuales son tan crónicos como el trastorno depresivo y no episódicos como se sugiere en el TOD (Boylan et. al, 2007; LaLonde et .al, 2019; Matthys y Lochman, 2017).

La ansiedad no suele presentarse con los síntomas centrales del TOD, pero en el contexto de evitar un estímulo que genere miedo podrían ser una respuesta, que se diferencia por la capacidad de autorregulación del niño en el momento de brindar la contención (LaLonde et. al, 2019).

Por lo tanto, es importante en los trastornos de ansiedad por separación, en las fobias sociales, en los trastornos de estrés postraumático e incluso en los trastornos de adaptación con ánimo ansioso realizar una adecuada historia clínica, con el fin de detectar el estresor psicosocial (LaLonde et. al, 2019).

El trastorno afectivo bipolar podría encontrarse subyacente en algunos estudios de niños con impulsividad severa, hiperactividad, estado de ánimo desregulado, problemas de conducta y oposicionismo; sin embargo, las conclusiones no son del todo consistentes, excepto, que se presenten síntomas maníacos o hipomaniacos de distinta duración a la requerida y que se distinga claramente el cambio del funcionamiento basal (Greene et. al, 2002; LaLonde et. al, 2019).

Los trastornos psicóticos podrían estar encubiertos por el oposicionismo o la agresividad frecuente en los niños y adolescentes con el trastorno de la conducta desafiante, por lo que es importante establecer la base psicopática de estos trastornos y no debe ser diagnosticado de forma separada si

los síntomas aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico (Vásquez et. al, 2010).

Los déficits cognitivos aparecen en el TOD; sin embargo, la presentación clínica de estos déficits secundarios a las deficiencias en las funciones ejecutivas y a no contar con la adecuada capacidad para poder anticipar las consecuencias potenciales de sus actos, podrían interpretarse como comportamientos oposicionistas y desafiantes, por lo que se debe realizar una adecuada evaluación e intervención para favorecer la evolución de estos individuos (Ortiz et. al, 2008).

El trastorno por uso de sustancias se ha descrito en algunos adolescentes con TOD; sin embargo, ante el consumo temprano de drogas, podría detectarse en este grupo etario comportamientos relacionados con el consumo de ese tipo de sustancias. Es frecuente que se desarrolle en jóvenes que evolucionan hacia el trastorno de la conducta (LaLonde et. al, 2019).

Las condiciones médicas que pueden coexistir con el TOD incluyen epilepsia, trastornos del sueño, enfermedad de la tiroides, encefalopatía post infecciosa o postraumática y deficiencias sensoriales (LaLonde et. al, 2019).

Así mismo, el uso de medicamentos como el fenobarbital, antihistamínicos, descongestionantes, broncodilatadores y esteroides sistémicos, están asociados con síndromes de desinhibición, por lo que se requiere historiar la periodicidad y el curso longitudinal de los comportamientos oposicionistas para un diagnóstico certero (LaLonde et. al, 2019).

**Tabla 6 Diagnósticos diferenciales del TOD**

<b>Diagnósticos diferenciales</b>
Trastorno de la conducta
Trastorno de personalidad antisocial
Trastorno explosivo intermitente
Trastorno de déficit atencional e hiperactividad
Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo
Trastornos depresivos
Trastornos de ansiedad
Trastorno bipolar
Trastornos psicóticos
Déficits cognitivos
Trastornos por consumo de sustancias
Condiciones médicas

Fuente: Elaboración propia, 2021.

### **19. Factores favorecedores y desfavorecedores en el TOD**

La prosocialidad es descrita como un factor protector. El desarrollo prosocial lleva a conductas como cumplir con normas sociales y compartir y ayudar a los demás requieren de control conductual y regulación emocional, conductas que se han identificado con mecanismos de regulación cortico prefrontal, relacionadas con otras áreas del cerebro: ínsula anterior, corteza cingulada anterior, áreas donde se da la autorregulación (Steinbeis, 2017).

En los niños, estos sistemas maduran con la edad y se ha visto que este mecanismo es modulado por el costo (tiempo, esfuerzo y oportunidades) versus beneficio (aliviar la preocupación empática) a corto y largo plazo (Steinbeis, 2017).

Las áreas cerebrales que se han visto posiblemente implicadas en las decisiones de compartir son compatibles con un mayor acople funcional entre la corteza prefrontal dorsolateral y áreas que calculan el valor de decisiones, como la corteza prefrontal ventromedial. Por estas vías se logra que se desplace la recompensa o gratificación inmediata por cumplir con las normas sociales (Steinbeis, 2017).

También se han realizado estudios del sistema nervioso simpático y parasimpático, pues se ha observado relación con la prosocialidad (los datos aún no son uniformes ni concluyentes), pero se recomienda considerar el vínculo entre fisiología y prosocialidad como dependientes del contexto y de la persona, pues la respuesta activa hacia otros parece ayudar para que se den diferentes formas de prosocialidad, por ejemplo, la empatía, la generosidad y el cuidado parental (Miller, 2018).

En los niños, los comportamientos prosociales no están abiertamente enfocados en ganar una buena reputación, ya que no es el fin primordial de la prosocialidad; sin embargo, después de los 5 años sí se cuestionan, a manera de autoevaluación, cómo es su comportamiento, ya que esto es algo propio de su carácter y hacia los 8 años se preguntan sobre cómo son mirados por las personas que los rodean, o sea, aparece una preocupación sobre la evaluación social, lo que se ve reflejado en la elección de pares. Se demuestra en sí un mayor desarrollo cognitivo (Engelmann y Rapp, 2018).

Se ha visto que el cortisol tiene relación en la prosocialidad. En los niños se han encontrado niveles más altos de cortisol prediciendo una mayor empatía, no obstante, en niños con rasgos insensibles se observa un aplanamiento en los niveles de cortisol (aunque de bebés los presentaban elevados), esto supone un agotamiento del sistema del eje hipotálamo-adrenal y se traduce en un mecanismo que no permite obtener las respuestas fisiológicas necesarias para la prosocialidad o hacerles frente a las necesidades de los demás (Miller, 2018).

También se ha encontrado que la resiliencia está ligada con la capacidad de adaptarse adecuadamente a las adversidades significativas que se presentan en la vida ante diferentes circunstancias. El poder realizar este ajuste o adaptación depende de factores protectores tanto a nivel individual como psicosociales (Ortiz et. al, 2008).

En un estudio realizado por Shi et. al (2018), se determinó que la resiliencia está asociada positivamente con la conectividad funcional entre regiones cerebrales como la ínsula (positivismo), el hipocampo (la capacidad de afrontamiento y autoevaluación), el área orbitofrontal izquierda (la flexibilidad emocional, uso flexible de las emociones, del procesamiento de la información y el control inhibitorio). Por el contrario, se relaciona negativamente con la rumiación de pensamientos negativos propios (área orbitofrontal izquierda y precuneus derecho). Por lo tanto, se ha establecido que existe un sustrato neuronal vinculado con el afecto positivo y la resiliencia psicológica (Shi et. al, 2018).

Por otra parte, en cuanto a los aspectos psicosociales, Ortiz et. al (2008), destacan que son varios los factores posibles de influir para que una situación represente un factor de riesgo, pues en otros



momentos representan factores protectores, todo depende de la interrelación específica en que se den con el contexto del individuo.

Algunos de los factores protectores relacionados con la capacidad de adaptarse al estrés o a la adversidad descritos son: un adecuado coeficiente intelectual, facilidad para las relaciones sociales, una buena red de apoyo, temperamento fácil, sentido del humor, autoconfianza/autoestima y salud física, rol social activo como participación en actividades extracurriculares (Ortiz et. al, 2008).

También, como se ha mencionado, el tener un temperamento fácil, capacidad de autorregulación (Viñas et. al, 2012), buen comportamiento moral y social (Waller et. al, 2017), parentalidad cálida y afectuosa, con buenas prácticas de crianza, comunicación asertiva y disciplina efectiva (Puzzo et. al, 2016) y contar con un buen apoyo social (Ortiz et. al, 2008; Ghosh et. al, 2017).

Ortiz et. al, (2008) sostienen que los factores desfavorecedores se asocian a situaciones de riesgo crónicamente mantenidas como:

-Antecedentes de conductas opositoras en los padres, así como los trastornos de comportamiento antisocial en figuras parentales (Ortiz et. al, 2008; McKinney y Renk, 2007).

-Antecedentes perinatales de consumo de drogas o tabaco; así mismo, el consumo de sustancias de abuso en padres, depresión postparto y la depresión en la madre (Fernández, 2012; Ghosh et. al, 2017; Lavigne et al, 2012; Ruisch et. al, 2020).

-Temperamento difícil en los niños Escasa conducta empática como compartir y ayudar, rasgos insensibles como falta de culpa, empatía limitada y un afecto superficial (Cecil et. al, 2014; McKinney y Renk, 2007; Taylor et. al 2013).

-Reacción intensa en los niños o dificultad de regulación afectiva y agresividad en los niños (Noordermeer et. al, 2016; Ruisch et. al, 2020).

-Condiciones socioeconómicas: pobreza, ausencia de vivienda, vivir en un medio social violento, barrio pobre, un rol social limitado por inseguridad en el vecindario, experiencias pasadas o presentes de estrés (Ghosh et. al, 2017; Lavigne et. al, 2012; Ortiz, 2008; Rowe et. al, 2002).

-Presentar rechazo de los amigos o problemas con los pares, pertenecer a pandillas o grupos de pares delincuentes en donde participen en hurtos o asaltos, consumo de drogas o alcohol en edad temprana (Boden et. al, 2010).

## **20. El impacto del TOD y el estrés parental**

El trastorno oposicionista desafiante ha sido estudiado desde la perspectiva del impacto que genera en los padres. Autores como McKinney y Renk, describen que muchos padres, al momento de enterarse del diagnóstico de sus hijos, muestran expectativas negativas. Estas reacciones pueden tomar dos caminos: ser menos cuidadosos con sus hijos o, por el contrario, implementar modelos de crianza rígidos pero inconsistentes y carentes de afecto, reacción típica de las familias que se sienten desbordadas y sin estrategias para responder efectivamente (Cantero y Alonso, 2018).

El estrés parental posee varias conceptualizaciones, pero éstas confluyen que el origen se debe a factores como el estrés diario y el cuidado demandante implícito en el rol parental, es decir, que estos factores generan síntomas de ansiedad o malestar en los padres y madres al ejercer sus funciones en el cuidado de los hijos (Pérez et.al, 2011).

Pérez et. al (2011) describen la interacción entre características de las habilidades parentales (sobre todo la capacidad de ajustarse y regularse ante las necesidades de su hijo) y el nivel de desarrollo del niño, ya que esto será la impronta que module las relaciones familiares e interpersonales, por lo que mejorar el estrés puede aumentar la receptividad y sensibilidad de los padres a la hora de velar por el cuidado de la persona menor (Pérez et.al, 2011; Martel 2019)

Las competencias parentales determinan el desarrollo de los niños, por lo tanto, la capacidad que tengan sus padres para el cuidado será muy importante. En el curso de este ejercicio median aspectos psicosociales como: las pautas (creencias y normativas transgeneracionales), las prácticas (creencias y vivencias proporcionadas por sus experiencias) y la crianza desde la propia creencia de cómo criar a sus hijos, e implican recursos emotivos, cognitivos y conductuales (de (Barudy y Dantagnan, 2010; Pacheco y Osorno, 2021).

Las habilidades parentales observadas en las madres y padres están mediadas por capacidades de autorregulación emocional, estrategias de afrontamiento y el ligamen con la resiliencia; por lo tanto, en situaciones de conflictos o sobrecarga emocional se genera estrés y discordia en las relaciones familiares (Cantero y Alonso, 2018). (Figura 9).

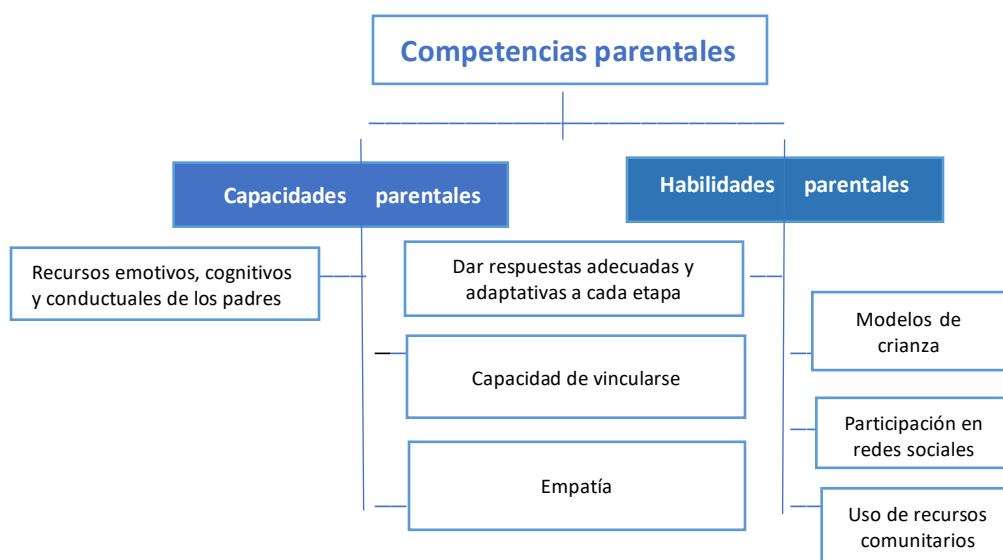
Los modelos o estilos de crianza están determinados por la forma en que los progenitores ejercen su autoridad. La psicóloga Baumrind (1960) citada en Cantero y Alonso (2018), observó que la forma en que se practica la autoridad se ve reflejado en la socialización del niño, caracteriza a los padres en tres tipos:

- Autoritarios (exigentes y poco afectivos) hijos con altos niveles de conductas disociales, inmaduros.
- Democráticos (enseñan valores y negociación) desarrollan buenas habilidades sociales, alta autoestima y emociones.
- Permisivos (son flexibles y aceptan acciones e impulsos) forman hijos con baja autoestima, dependencia, comportamientos agresivos, y adultos poco exitosos (Pérez et.al, 2011).

Se ha encontrado tasas más altas de divorcios, menos apoyo social y niveles de estrés alto en los padres con hijos con problemas de la conducta, ante una ausencia de estrategias de afrontamiento necesarios para los problemas del comportamiento, lo cual repercute en la salud emocional de los padres, así como la de sus hijos (Cantero y Alonso, 2018).

Es importante brindar a las familias ambientes en donde padres e hijos cuenten con apoyo social, grupos de contención, donde se les ofrezca participar en el aprendizaje de estrategias efectivas, regulación emocional y programas que promuevan y fortalezcan la resiliencia, todo esto para minimizar este impacto del TOD en las familias (Pacheco y Osorno, 2021).

**Figura 9 Resumen de competencias parentales.**



Fuente: Elaboración propia, tomado de Barudy J. y Dantagnan M. (2010)

## 21. Evaluación

### 21.1 Guías y recomendaciones para la evaluación del TOD

La Academia Americana de Psiquiatría de Niños y de Adolescentes (AACAP por sus siglas en inglés), en el año 2007 publicó los *Parámetros prácticos para el diagnóstico y el tratamiento del TOD*, que en conjunto con los criterios establecidos por la APA (2014) mencionan que el diagnóstico es meramente clínico, encuentran para el trastorno opositor un patrón de conducta hostil (discutir, desobedecer), preferentemente contra la autoridad, éste se inicia en los primeros años de la infancia y genera un deterioro en el funcionamiento de al menos dos áreas: en la escuela, el hogar o con los amigos.

Las once recomendaciones brindadas cuentan con diferentes niveles de evidencia que respaldan la importancia o la certeza de cada una según la literatura (Steiner y Remsing, 2007), por ejemplo:

MS	Las normas mínimas son recomendaciones que se basan en evidencia empírica rigurosa (por ejemplo, ensayos aleatorios, controlados) y /o consenso clínico abrumador. Se espera que las normas mínimas se apliquen el 95% del tiempo (es decir, en casi todos los casos).
CG	Las directrices clínicas son recomendaciones que se basan en la evidencia empírica y/o un fuerte consenso clínico. Las directrices clínicas se aplican $\approx 75\%$ del tiempo (es decir, en la mayoría de los casos). Estas prácticas casi siempre deben ser consideradas por el médico, pero hay excepciones significativas a su aplicación universal.
OP	Las opciones prácticas que son aceptables, pero no se requieren. Puede haber evidencia empírica insuficiente y/o consenso clínico para apoyar estas prácticas como estándares mínimos o directrices clínicas.
NE	No respaldado se refiere a las prácticas que se sabe son ineficaces o contraindicadas.

La *primera recomendación* de la Academia Americana de Psiquiatría de Niños y de Adolescentes se basa en lograr una evaluación y tratamiento exitoso por lo que se requiere establecer alianzas terapéuticas con el niño y la familia [MS]:

Dentro de lo posible y según la edad del paciente de formas separadas para evitar las luchas de poder entre padres e hijo. Queda claro que el médico cumple la función de ayudar al paciente, por tanto, obtener información de fuentes colaterales (por ejemplo, maestros) hará que el clínico se involucre de forma más adecuada, siempre validando las emociones del menor con respecto a la situación, así surgirán alianzas pues se le reconoce el malestar, que sabe existe, pero tiende a racionalizar según las circunstancias a pesar de la disfunción evidente.

A la vez, se recomienda que el médico debe ir analizando de forma empática (para que los padres no se sientan juzgados) los problemas que se detectan en la crianza a la hora de contener las conductas disruptivas del niño.

Como *segunda recomendación* se plantea la necesidad de que se consideren aspectos culturales en el diagnóstico y tratamiento [MS]:

Esta medida no tiene un sustento en el tratamiento específicamente, pero sí en los modelos de crianza y cómo la etnia determina diferentes estándares de obediencia y crianza en estos subgrupos étnicos. Por lo tanto, se debe ser sensible con respecto a los orígenes del individuo para intentar comprender la disciplina utilizada o los rasgos insensibles que se puedan observar.

*La tercera recomendación* se basa en la necesidad de evaluar aspectos de importancia clínica en la presentación de los síntomas, tanto con los padres como con el niño [MS]:

Se recomienda tomar nota de la edad de inicio, tiempo de persistencia de las dificultades y el grado de disfunción que esto le genera. Es importante construir con los padres el funcionamiento premórbido de su hijo, y establecer si las conductas son transitorias, debido a problemas con pares o a un evento significativamente estresantes (abuso físico, abuso sexual o negligencia en la familia, padres exigentes, problemas en el entorno social del niño).

También es importante evaluar si el niño y el adolescente, cuentan con acceso a algunas armas y cuál es la supervisión de éstas. Tener en cuenta la conducta en cuanto a la participación en la

intimidación ya sea como una víctima y / o como perpetrador, esto ayudaría a conocer si está en riesgo o si existe deterioro en estas actividades.

En *la cuarta recomendación*, el médico debe tener en cuenta de manera minuciosa los posibles diagnósticos psiquiátricos subyacentes [MS]:

Esto debido a que es un trastorno altamente comórbido, por lo que se recomienda analizar si se trata de síntomas extraños o normales, o de una evolución hacia un trastorno de la conducta disocial. Si posteriormente, estas comorbilidades responden al tratamiento, se plantea incluso que el TOD podría desaparecer, en especial, si la condición premórbida antecede al trastorno opositor.

En *la quinta recomendaciones*, se deben considerar los datos de múltiples informantes, como los proveedores de cuidado infantil, maestros y otros profesionales de la escuela [CG]:

Esto para establecer, si a pesar de la variación en el entorno social, el niño persiste con la conducta de oposición y la disfunción que esto le produce a su cotidianidad. Si bien es de cierta relevancia la información de maestros y docentes (que informan de síntomas externalizantes), lo son aún más las escalas de auto reportes de los niños.

La recomendación que ocupa *el sexto* puesto es el uso de cuestionarios y escalas de clasificación específicas y de gran utilidad en la evaluación de niños TOD, así como para el seguimiento del progreso [OP]:



Existen muchos instrumentos y entrevistas estructuradas y semiestructuradas, compatibles con propiedades psicométricas para evaluar la conducta de oposición y otras formas de agresión en la infancia y la adolescencia en muchos entornos diferentes, la mayoría mide también los trastornos de la conducta disocial y se recomiendan usarlos para el seguimiento de los casos.

*La recomendación siete*, trata de la necesidad de que el clínico desarrolle un plan de tratamiento individual según la situación clínica específica del menor [MS]:

Según la formulación biopsicosocial del caso, los dominios disfuncionales y las comorbilidades se toma la decisión de iniciar un tratamiento multimodal, tomando en cuenta factores como la edad, la severidad, los objetivos, los recursos y las circunstancias de los padres. Se recomienda iniciar el tratamiento necesario hasta la nueva revaloración y, además, se debe considerar la importancia de un tratamiento asociado a la psicoterapia individual, psicoterapia familiar, farmacoterapia e intervenciones en la escuela, especialmente, cuando las manifestaciones son graves y persistentes. Los pilares del tratamiento individual se basan en enseñar la resolución de problemas y las intervenciones familiares.

*La recomendación ocho* se centra en que el médico debe valorar que las intervenciones sugeridas a los padres se apoyen en las intervenciones con mayor evidencia empírica [MS]:

Se recomienda que los principios de estos enfoques estén centrados en:

1. Reducir el refuerzo positivo del comportamiento perturbador.

2. Aumentar el refuerzo del comportamiento prosocial y compatible. El refuerzo positivo varía ampliamente, pero la atención parental es predominante. El castigo, generalmente, consiste en una forma de tiempo fuera y, pérdida de privilegios.
3. Aplicar consecuencias y / o castigo por comportamiento disruptivo.
4. Hacer que la respuesta parental sea predecible, contingente e inmediata.

Tener en cuenta que con los enfoques familiares se pueden presentar los siguientes problemas: castigo físico leve, abandono del tratamiento y la existencia de la psicopatología parental, lo que dificulta la participación y el avance. Los efectos negativos a la implementación de estas terapias familiares son: uso indebido de las técnicas del manejo de límites, sobre todo, en hogares abusivos, y la posibilidad de que se fomenten ciclos coercitivos entre los padres y los niños.

*La Novena recomendación* tiene que ver con el uso de medicamentos como coadyuvantes de las intervenciones psicosociales, para el tratamiento sintomático y para tratar las condiciones comórbidas [CG]:

Tener claro que no existe medicación curativa y que ésta se debe complementar con otros recursos para obtener éxito en las intervenciones. Una vez iniciado los fármacos, se recomienda vigilar estrechamente el apego a la medicación, los efectos, la respuesta, las interacciones debido a la polifarmacia, ya que eso nublará aún más los casos complicados. Tratamientos como los estimulantes y la atomoxetina, utilizados para tratar la comorbilidad con el TDAH, pueden resultar en una mejora del comportamiento opositor.

También se han visto resultados alentadores en cuanto a la agresividad en el trastorno de la conducta disocial con el uso de estabilizadores de humor, como el valproato de sodio y el carbonato de litio, los antipsicóticos y los estimulantes. Los antipsicóticos atípicos parecen ser los más usados para el tratamiento de la agresión aguda y crónica. Considerar de utilidad los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina según los síntomas de un trastorno del estado de ánimo.

*La recomendación diez*, hace referencia a que, si el TOD es severo y persistente, se pueden requerir tratamientos más prolongados e intensivos [CG]: Existe la posibilidad de que los casos más graves se lleguen a complicar y cumplir criterios para un trastorno de la conducta, o poner en riesgo la seguridad y comprometer el soporte familiar. En el caso de que exista una falta de progreso se debe analizar si es necesario que las intervenciones se lleven a cabo en ambientes más controlados, pero, a la vez, más relajados para el paciente, así se podrá valorar la necesidad de intervalos más cortos en los controles, o considerar tratamientos en hospitales de día, o modalidad residencial o bien, hospitalizaciones si no se cuenta con apoyo familiar o si el riesgo de sus conductas es exponencial. Siempre el objetivo será un rápido retorno a la comunidad y familia con extensión del tratamiento de forma segura y eficiente.

*Recomendación número once*, consiste en describir las intervenciones que no son efectivas [NE]: Como, por ejemplo, intervenciones dramáticas, únicas, limitadas en el tiempo o a corto plazo, generalmente no van a tener éxito. No hay evidencia en que la exposición de niños y adolescentes a escenarios o situaciones aterradoras, disminuyen los comportamientos ya que no ofrecen otras alternativas de comportamiento, solo sirven para empeorar los comportamientos sintomáticos, aumentan la agresión, el miedo o modelan la conducta desviada.

**Tabla 7 Recomendaciones de la AACAP**

<b>Cuadro resumen de las recomendaciones de la AACAP</b>
1. La evaluación del tratamiento óptimo del TND exige una adecuada alianza terapéutica con el niño o adolescente y sus padres.
2. Los aspectos culturales deben ser tomados en consideración en el diagnóstico y tratamiento.
3. La evaluación del TND debe incluir información obtenida directamente del niño o adolescente, así como de sus padres en las áreas de los síntomas básicos, la edad de inicio, la duración de los síntomas y el grado de deterioro funcional
4. Debe considerarse la comorbilidad psiquiátrica.
5. El clínico debe considerar importante cualquier otra información obtenida de otros informantes, por ejemplo, de los maestros.
6. Es recomendable el uso de instrumentos o entrevistas en la evaluación y seguimiento.
7. El clínico debe realizar un plan de tratamiento individualizado.
8. Las intervenciones sugeridas a los padres deben basarse en las intervenciones con mayor evidencia empírica.
9. El uso de medicamentos puede ser útil como tratamiento adjunto a las intervenciones psicosociales, para el tratamiento sintomático y de las condiciones comórbidas.
10. Cuando el TND es severo y persistente se pueden requerir tratamientos prolongados e intensos.
11. Deben evitarse intervenciones donde se exponga al niño o al adolescente a escenarios o situaciones de miedo para convencerlo de desistir de sus conductas. Las intervenciones cortas usualmente son inefectivas.

Por otra parte, en el año 2013 se publicó la **Guía sobre conducta antisocial y trastornos del comportamiento en niños y adolescentes** (Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition, intervention and management), del Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica (National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE por sus siglas en inglés) que recomienda aspectos para la atención por parte de los profesionales de salud a niños con trastornos de la conducta, dichos clínicos deben estar capacitados y ser competentes para trabajar en diferentes niveles de habilidades de aprendizaje, capacidad cognitiva, madurez emocional y desarrollo.

En resumen, las recomendaciones que brindan son:

- Personal capacitado para la atención de niños y jóvenes con trastorno de conducta. Estas atenciones se recomiendan que sean brindadas por un solo equipo profesional, y que se den según las necesidades y la edad del paciente, de forma empática creando alianza terapéutica con el niño y la familia del menor.
- Reconocer el principal motivo de la consulta, el diagnóstico temprano ayudará para que los niños y sus familias puedan acceder al tratamiento y apoyo más adecuado.
- Se recomienda detectar los factores de riesgo individuales, familiares y sociales, ya que muchos de estos pueden ser causales de un trastorno opositor desafiante, siendo posible que con la detección temprana se erradiquen los síntomas y se logre prevenir el trastorno como tal.
- Identificación de opciones de tratamiento y cuidados efectivos: es apropiado haber valorado de forma extensa con los padres, las experiencias pasadas y actuales en referencia a trastorno como tal, si recibió o no tratamientos, duración y resultados, la gravedad de los síntomas y el deterioro funcional, así como enfermedades médicas. Implementar el tratamiento que mejor se ajuste a las necesidades desde la niñez para que estos trastornos no evolucionen a problemas de salud mental en la vida adulta, lo que repercute en un tema de costos para el sistema de salud y la sociedad. El tratamiento farmacológico no está indicado como tratamiento de elección de primera línea en niños y adolescentes.
- Si se recomiendan intervenciones psicosociales y tratamientos de prevención, como los programas de entrenamiento grupal para padres y cuidadores de niños de 3-11 años, que

presenten alto riesgo conductual, la terapia cognitiva de resolución de problemas y la terapia grupal deben ser brindadas a niños entre los 9 y los 14 años. También se recomienda la terapia individual para padres, cuidadores y niños basados en un modelo de aprendizaje social.

- Por último, las recomendaciones farmacológicas para tratar comorbilidades se centran en el uso de psicoestimulantes (metilfenidato) o atomoxetina. Se recomienda considerar el uso de risperidona en casos de agresión grave, que presentan desregulación emocional o explosiones de ira y que no han respondido a las intervenciones psicosociales.

No olvidar discutir con los padres los beneficios y los posibles efectos secundarios, es recomendable tomar y registrar las medidas antropométricas, laboratorios y evaluación del estado nutricional, así como el nivel de actividad física. Además, es necesario siempre anotar la justificación para seguir o suspender el tratamiento.

Las Guías NICE hacen consideraciones finales en cuanto a la necesidad de que los profesionales capacitados en la atención de niños y jóvenes con trastornos de la conducta procuren fortalecer las redes de atención primaria para favorecer la detección temprana y la implementación de tratamientos e intervenciones que mejoren el pronóstico de esta entidad.

## 22. Escalas de evaluación

Evaluar el trastorno oposicionista desafiante es sencillo, existen diferentes herramientas para llevar a cabo este procedimiento, pero dependerá de diversos factores del contexto. Lo importante es tener en cuenta que hay condiciones comórbidas y diferenciales que son necesario descartarlas para un mejor pronóstico.

Es de rescatar que muchas de las evaluaciones de los niños dependen de las circunstancias en las que la familia solicita la valoración, si solo se trata de mejorar los problemas de conducta o si hay otras preocupaciones (afectivas, cognitivas o de aprendizaje), siendo así, se tendrán que llevar a cabo evaluaciones más extensas e integrales (Martel, 2019).

Entre las herramientas de evaluación más usadas se encuentra el Cuestionario de Fortalezas y Dificultades [Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ], está dentro de la categoría de pruebas de banda ancha, puede detectar probables casos de diversos trastornos mentales y del comportamiento en niños de 4 a 16 años. Cuenta con 25 ítems que se dividen en 5 escalas de 5 ítems cada una: síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con compañeros y conducta prosocial. Pueden ser completados por los padres, docentes o bien, de auto reporte (Guías NICE, 2013). Además, puede conseguirse de manera gratuita en la página web: <https://www.sdqinfo.com>

La lista de verificación de la conducta infantil [Child Behavior Checklist, CBCL por sus siglas en inglés], también es muy utilizada por la facilidad de administrar en padres o tutores de niños o

adolescentes entre 4 y 18 años. Las preguntas se agrupan en ocho subescalas centradas en diferentes aspectos de la conducta como son: retraimiento social, quejas somáticas, ansiedad/depresión, dificultades sociales, problemas del pensamiento, de atención y comportamiento delictivo, ya que muestra una banda ancha para diagnósticos internalizantes y externalizantes (Petty et.al, 2008). Es de compra en línea <https://asebalat.org/shop/>

Otra de las pruebas que se pueden realizar para evaluar de manera integral la psicopatología comórbida es el Inventario de síntomas de niños y adolescentes-5 [CASI-5], probablemente, la herramienta más útil dada su amplitud de cobertura, incluso, en comparación con las ya descritas, el CASI-5 es una medida de banda ancha que pueden completar los padres para niños de 5 a 18 años. Es muy amplia pues tiene 173 ítems y evalúa TDAH, TOD, trastorno disocial, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad social, ansiedad, trastorno por separación, trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, episodio depresivo mayor, episodio maníaco, trastorno distímico, esquizofrenia, trastorno autista, anorexia y bulimia.

También se incluyen: trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo, fobia específica, trastorno de pánico, mutismo selectivo, tricotilomanía, tics motores, tics vocales y uso de sustancias. Existe una versión anterior, Early Childhood Inventory -4R, ésta se puede utilizar con niños de hasta 3 años. El inconveniente se debe a que es una escala de pago, no es gratuita y cuesta alrededor de \$150 (Martel, 2019). Se puede revisar información disponible en <https://www.checkmateplus.com/product/casi5.htm>



Entre las evaluaciones más específicas o de banda estrecha, que se abocan a la detección de trastornos conductuales, de forma más breve, eficaz y de forma económica, está la Escala de calificación de comportamiento disruptivo [Disruptive Behavior Rating Scale, BDRS], es un test de ítems que evalúa los síntomas del trastorno de la conducta, el trastorno oposicionista desafiante y el trastorno de déficit atencional hiperactividad e impulsividad. Se requiere cuatro síntomas en la subcategoría TOD. Puede ser de autor reporte desde preescolar hasta los 17 años, completada por docentes y padres (Martel, 2019). Está disponible gratis en línea en el siguiente link <https://ccf.fiu.edu/research/assets/dbd-rating-scale.pdf>

El Inventario de rasgos insensibles y sin emociones [ICU] creado por Frick, (2004), está diseñado para evaluar 24 elementos que denotan carencia emocional, se utiliza en jóvenes desde el preescolar hasta la adolescencia. Incluye redacción positiva de las conductas esperadas, se registra con una escala numérica que va de 0 (nada cierto) a 3 (definitivamente cierto). Tiene tres subescalas: insensibilidad, indiferencia e impasible. Posee una alta consistencia interna, incluso, en el rango de edad preescolar, la completan padres y docentes. Para el resto de las edades puede ser completada por autoinforme, padres y maestros. Posee derechos de autor, aún no se ha publicado, se encuentra en proceso de validación, pero aparecen disponibles para efectos de investigaciones en: <http://labs.uno.edu/developmental-psychopathology/ICU/ICU-Parent.pdf>

Por último, es importante tener en cuenta que, posiblemente, se requerirá de otros especialistas, que apoyen con evaluaciones: terapeutas de lenguaje, psicólogos (medir CI), docentes que ayuden a descartar comorbilidades (Martel, 2019).

### 23. Intervenciones Psicosociales

Existen tratamientos eficaces recomendados que se han basado en la evidencia disponible para el trastorno oposicionista desafiante (Martel, 2019), estos se han clasificado en diferentes categorías:

- *Programas de entrenamiento para el manejo conductual*: son programas que se encargan de enseñarles estrategias a los padres para la modificación, supervisión y desarrollo de técnicas que dirijan el mal comportamiento de los niños. La importancia de estos programas es que los padres incrementen y refuercen las conductas positivas, a la vez, se van disminuyendo las conductas negativas, por lo tanto, se corta el ciclo coercitivo entre los padres y los hijos.

- *Programas de entrenamiento para el manejo conductual con el componente familiar*: consisten en programas que direccionan a la familia en el manejo conductual, además de delimitar los estresores o riesgos comunitarios. La importancia es que se le enseña a la familia (no solo a los padres) a ser más receptivos con los niños, a aumentar la supervisión conductual y, además, se incorpora la comunidad, por lo que estos dos elementos son esenciales. En este tratamiento se fomenta el apego familiar y se interrumpe el ciclo coercitivo en donde se encuentran las familias.

- *Tratamientos o terapia cognitiva*: se usan para provocar cambios en las conductas disruptivas y en la agresividad, lo que provoca en los niños dificultades en la adaptación social. Se trabajan estrategias para promover una mayor cognición social y habilidades para la toma de decisiones, mejor control del enfado, habilidades para la solución de problemas en el hogar, se involucran a los padres de familia para trabajar en disciplinas positivas.

## 24. Tratamiento

El uso de fármacos para tratar el trastorno oposicionista desafiante se ha recomendado en el caso de que se deban tratar comorbilidades o síntomas que producen disfunción en el desempeño de los niños. Se debe recordar que las intervenciones psicosociales son la primera línea de intervención y no presenta efectos secundarios. No existen fármacos específicos para tratar el trastorno oposicionista desafiante (NICE 2013, Steiner et.al, 2007).

Entre los medicamentos que cuentan con evidencia para el manejo de los niños con el TOD están los psicoestimulantes, para tratar la alta comorbilidad encontrada en el trastorno de déficit atencional e hiperactividad, incluso, se ha descrito que el uso de metilfenidato podría ser beneficioso en los niños con TOD sin TDAH ya que mejora la agresividad (Ghosh 2016).

Los tratamientos no psicoestimulantes como la atomoxetina solo tienen efectos en el déficit atencional, al igual que la guanfacina y la clonidina que cuentan con evidencia para su uso en niños con TDAH con problemas de conducta (más Tics comórbidos), pero sin un mayor impacto en la agresividad (Ghosh 2016; Romero et. al, 2020).

Para el manejo de la agresión, Loy et. al (2017) investigaron sobre algunos estudios publicados en relación con el uso de antipsicóticos atípicos (risperidona) en personas de 5 años hasta los 18 años y encontraron que sí reducía los niveles de agresividad; sin embargo, recomiendan su uso solo en un corto plazo, ya que se observó un aumento ponderal del peso, que no fue mitigado por el uso combinado con psicoestimulantes aunado a los efectos metabólicos que presentan.

Para el uso de otros antipsicóticos no se encontró suficiente ni fuerte evidencia clínica, así como tampoco para el uso de antipsicóticos atípicos para menores de 5 años. En niños mayores de seis años está aprobado el uso de la risperidona y el aripiprazol para el manejo de la irritabilidad expresada en los comportamientos agresivos. Además, se recomienda la monitorización regular de los efectos secundarios para la persona joven, entre los que destacan el aumento de peso y la sedación (Ghosh, 2016; Loy et. al, 2017).

Fernández y Hernández, (2019) encontraron en su estudio que el uso de la risperidona para el manejo de la agresividad no aguda mostró efectividad en niños y adolescentes con diagnósticos de trastornos de la conducta como: trastorno oposicionista desafiante, trastorno de la conducta no especificado, la inteligencia sub-promedio como retraso mental leve, retraso mental moderado o inteligencia funcional limítrofe.

Estos datos corroboran los resultados de la investigación realizada por Ramírez A (2008), que evidenció un uso extenso de la risperidona en la población de 4 años a 17 años con diagnósticos como diferentes grados de discapacidades mentales y los trastornos generalizados del desarrollo.

Investigadores como Ghosh et al (2016), han planteado la posibilidad de que ante la no respuesta o una respuesta parcial de la terapia con antipsicóticos atípicos se introduzca el uso de reguladores del estado de ánimo. Aclaran que no se recomienda la asociación de más de un antipsicótico ya que los de primera generación han mostrado efectos variables y poco concluyentes en múltiples estudios sobre la agresividad de los niños.

Entre los reguladores del afecto con mayor evidencia en cuanto a la efectividad está el valproato y el litio, priorizando el uso del primero, aunque ambos tienen efectos secundarios, solo se ha observado que el litio tiene buena respuesta cuando se tratan síntomas depresivos mayores, la carbamazepina y la lamotrigina no ha mostrado eficacia en la agresión de los niños (Ghosh et. al, 2017; Zhou X et. al, 2017).

Los trastornos del afecto, tanto la ansiedad como la depresión, son frecuentes en pacientes con trastornos oposicionistas desafiantes. Los investigadores recomiendan que en niños y adolescentes la psicoterapia sea la primera línea de intervención, esto cuando existan reportes de la posibilidad de un incremento del riesgo suicida en este grupo etario, dejan la opción de tratamiento en casos de mayor severidad, en donde la psicoterapia no ha tenido respuesta y el beneficio del fármaco es mayor al riesgo (Zhou X et. al, 2017).

Los antidepresivos serotoninérgicos han demostrado ser útiles en el manejo de los síntomas depresivos en pacientes con trastorno oposicionista desafiante con eficacia en los síntomas agresivos e impulsivos, también se reporta la efectividad de la fluoxetina en niños con TOD y sin síntomas afectivos (LaLonde y Newcorn, 2019).

Jacobs et. al (2010) investigaron sobre el tratamiento de la depresión y la conducta oposicionista en una muestra de adolescentes (n=493). Estudiaron la efectividad de la fluoxetina, la terapia cognitivo-conductual, una combinación de las anteriores y placebo, los resultados fueron que todos, excepto el placebo, incidieron en la reducción de los síntomas, pero mayormente en el uso de la fluoxetina a las doce semanas de suministrarlo.

## 25. Prevención

Las Guías NICE (2013), en su apartado de prevención, recomiendan que los niños con síntomas oposicionistas o que se presentan riesgo de ello, sean detectados de forma temprana, de esta manera existe la oportunidad de implementar intervenciones multidisciplinarias según las necesidades, siendo esto una de las claves para lograr mayor efectividad en el abordaje del paciente y su familia.

Desde diferentes escenarios se pueden ofrecer programas que favorezcan la prevención, muchos investigadores apuntan a que la familia es una unidad formadora de valores y de habilidades sociales en los niños, por lo que se deben fomentar habilidades parentales tempranas que favorezcan la prosocialidad en los niños (Barudy y Dantagnan, 2010; Cantero y Alonso, 2018; Pacheco y Osorno, 2021).

El ambiente escolar es el segundo lugar en donde los niños se desarrollan, por ende, si en la familia existe un fallo en la formación del menor, la escuela debe tratar de apoyar y subsanar estas carencias, siendo algún docente quien se gane su confianza para poder potenciar factores protectores y, a la vez, detectar e intervenir en los factores de riesgo (Calvo et al, 2013).

Se trata de promover un cambio positivo en el niño, en donde se coordinen acciones que deriven la atención psicosocial de manera oportuna y empática (Martel, 2019; Waller y Hyde, 2017). La creación de programas de intervención psicosocial no depende solo de autoridades de salud, sino que pueden ser proyectadas desde servicios de asistencia infantil, instituciones educativas (LaLonde y Newcorn, 2019).

## **Parte III: Desarrollo del tema de investigación**

## **A. Marco metodológico**

### **1. Tipo de investigación**

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo. Por lo que este estudio poblacional permitirá comparar las frecuencias de presentación del trastorno oposicionista desafiante entre diferentes grupos de edad y sexo, durante un mismo período de tiempo. En este caso, la población en estudio son los niños y niñas que consultaron por el diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante en la población de 4 a 12 años atendida en el Hospital Nacional de Niños; Carlos Sáenz Herrera, del 01 de enero de 2015 al 31 diciembre de 2017. En esta investigación se pretende describir el perfil clínico y ofrecer una caracterización sociodemográfica de la muestra obtenida.

### **2. Planteamiento del problema**

El trastorno oposicionista desafiante es una de las patologías más frecuentes durante la infancia, se espera que este estudio contribuya a visibilizar el problema con un mejor entendimiento, brindar la posibilidad de hacer intervenciones tempranas donde se beneficie a los niños y adolescentes, con el objetivo de evitar que lleguen a presentar un funcionamiento deficiente en diferentes áreas de su vida y, sobre todo, que sea menor el porcentaje de la población que evolucione a un trastorno de la conducta más estable y con mayores repercusiones sociales.



Se planteó el reto de poder describir a la población desde el punto de vista sociodemográfico, pero, también de poder establecer las diferentes presentaciones que se diagnostican, con el fin de corroborar las más prevalentes, los factores de riesgo y protectores, así como las estrategias de abordaje clínico que se ha planteado como parte de las atenciones recibidas.

En Costa Rica, la atención médica psiquiátrica de la población infanto-juvenil se ha desarrollado desde bastantes años atrás; sin embargo, existe a nivel nacional y local evidencia que las investigaciones del trastorno oposicionista desafiante ciertamente son escasas, pues no se ha estudiado directamente en el país por medio de una muestra poblacional, por lo que se le podría estar dando poca importancia a los trastornos oposicionistas.

Por lo tanto, conocer su caracterización y cuáles podrían ser los factores de riesgo/protección en esta pequeña muestra que es atendida en el servicio de psiquiatría del Hospital Nacional de Niños con diagnóstico del trastorno oposicionista desafiante es relevante para realizar recomendaciones. Aunque no se pueda llegar a generalizar los datos a la población infantil costarricense, este estudio podría orientarnos más sobre algunas observaciones respecto del TOD; por lo tanto, el tema abordado en este documento es necesario, actual y, a lo mejor, requerirá ampliarse posteriormente.

### 3. Hipótesis

En la infancia, uno de los principales problemas de la conducta desde etapas tempranas es el trastorno oposicionista desafiante. En ocasiones, éste no es reconocido ni siquiera en ambientes clínicos, resulta subestimado y entonces no se ofrecen las intervenciones psicosociales o farmacológicas tempranas (Pedreira, 2011).

Se espera encontrar que en la población en estudio predominen los niños en comparación con las niñas, así como también identificar un vínculo del diagnóstico TDAH u otras comorbilidades psiquiátricas con los trastornos del afecto (depresión y/o ansiedad), pues se ha evidenciado que una de las mayores repercusiones desde el inicio de la etapa preescolar y en años posteriores, es la progresión a comorbilidades como el trastorno de déficit atencional con hiperactividad, ansiedad o trastornos del estado de ánimo (Lavigne et. al, 2001). También se registran dificultades en el entorno escolar (bajo rendimiento, problemas de aprendizaje, de conducta o agresividad) por lo que en este estudio se pretende investigar estas variables (Matthys y Lochman, 2017).

Se ha documentado que los factores de riesgo o protectores presenten en la población y las intervenciones tempranas señalan la posibilidad de desarrollar diagnósticos secundarios, remisión del trastorno oposicionista desafiante o progresen a los trastornos de la conducta disocial, por lo que se espera encontrar cuales son los más prevalentes en la población estudiada y como estos se asocian entre sí (Ortiz et. al, 2008; Boylan et. al, 2007; Egger et. al, 2006; Greene et. al, 2002; Hamilton et. al, 2008).

## **4. Objetivos**

### **4.1 Objetivo general**

Examinar las características del perfil clínico y sociodemográfico de los niños con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante en la población de 4 a 12 años atendida en el Hospital Nacional de Niños; Carlos Sáenz Herrera, del 01 de enero de 2015 al 31 diciembre de 2017.

### **4.2 Objetivos específicos**

- Identificar las características sociodemográficas según: edad, sexo, lugar de residencia, estado civil de los padres, escolarización de los pacientes, nivel educativo de los padres y el niño, tipo de familia, nivel económico.
- Determinar la prevalencia de las distintas presentaciones clínicas del diagnóstico del trastorno oposicionista desafiante en niños atendidos en el Hospital Nacional de Niños; Dr. Carlos Sáenz Herrera.
- Enumerar las comorbilidades relacionadas con el trastorno oposicionista desafiante de la población en estudio.
- Enumerar los posibles factores de riesgo y los factores protectores que influyen en la presentación del trastorno oposicionista desafiante en la población de estudio.
- Describir las intervenciones con que han sido abordados los niños con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante.

## **5. Criterios de inclusión**

- Rango de edad: niños mayores de 4 años y menores de 12 años.
- Género: masculino y femenino.
- Etnia: se incluyen todas las etnias.
- Participantes vulnerables: Sí, por las características de la población en estudio, ya que se revisará información de pacientes menores de edad.

## **6. Criterios de exclusión**

- Pacientes menores de 4 años y mayores de 13 años.
- Expedientes que se hayan extraviado en registros médicos.
- También se excluirán aquellos expedientes incompletos, donde no se pueda completar más del 50% de las variables requeridas en el estudio.

## **7. Límites y alcances de la tesis**

En cuanto a las limitaciones de esta investigación se consideran varias aristas, una es la estabilidad diagnóstica, los sistemas de clasificación se han actualizado reorganizando el diagnóstico de diferente manera, entonces, la terminología empleada para denominar el trastorno oposicionista desafiante es variada.

La escasa cantidad de estudios a nivel nacional en referencia con el tema, limita la posibilidad de poder comparar o tener un marco de referencia para la presente investigación. Al realizarse en un solo centro hospitalario también se refuerza esta limitante.

Por otro lado, la edad de la población en estudio llega hasta los doce años, se deja por fuera a los adolescentes tardíos que además son atendidos en otros servicios médicos.

Por último, dado el tamaño muestral de este estudio no se puede llegar a generalizar los datos a la población infantil costarricense.

Los alcances que se pretenden es poder ofrecer recomendaciones de los resultados obtenidos para el beneficio de esta población, pues en la literatura internacional se registra que un 10% de esta población puede evolucionar hacia un trastorno de conducta disocial (APA, 2014).

## 8. Consideraciones bioéticas

-Principio de autonomía: en este estudio no se verá afectada la autonomía de los participantes, ya que es de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo, sin que medie contacto directo con pacientes y con bases de datos seguras, esto para resguardar la privacidad de la información de cada uno de los participantes. Se asigna al cuestionario un número consecutivo y se procura un manejo de la información segura y adecuada sin exponer la identidad del paciente.

-Principio de justicia: todos los pacientes serán evaluados y considerados dentro del estudio, solo se excluyen aquellos expedientes que no cuenten con suficientes datos en el expediente para alcanzar el 50% de la información requerida o no se cumplan con los criterios de inclusión.

-Principio de beneficencia: con este estudio se cuidará y dará una mejor calidad de vida a los niños que presentan el diagnóstico de TOD, este principio se aplica a la presente investigación de forma indirecta, ya que podrían darse recomendaciones para la intervención o manejo de esta población.

-Principio de no maleficencia: El estudio es observacional, por tanto, los pacientes no serán sometidos a ninguna intervención que los ponga en riesgo.

## 9. Evaluación del riesgo/beneficio del estudio

Al ser una investigación de tipo observacional y descriptiva de la información que se documentó en los expedientes clínicos (no hay contacto con los pacientes) el riesgo es menor que el mínimo; sin embargo, el principal riesgo potencial es la pérdida de la confidencialidad de la información recolectada, para subsanar este riesgo, la investigadora se comprometió a tomar todas las medidas necesarias para mantener la confidencialidad de la información, entre ellas:

- Acceso a los expedientes médicos restringido a la investigadora.
- Los expedientes médicos no salieron del HNN.
- Los datos de los pacientes se codificaron mediante mecanismos adecuados.
- En los datos registrados no se incluyeron aspectos que pudieran servir para la identificación de estos y no se divulgará información que pueda revelar la identidad de alguno de los pacientes.
- La información será digitada en una única computadora, de uso personal, la cual cuenta con una clave de acceso de seguridad, conocida únicamente por la investigadora.

En contraparte, se pretende que este estudio genere un beneficio colectivo para los niños costarricenses con características del trastorno oposicionista desafiante, ya que al describir los factores de riesgo y los protectores se podrían construir estrategias de intervención psicosociales para beneficiar a la sociedad a largo plazo al evitar que los trastornos conductuales de la infancia evolucionen hacia los trastornos de conducta disociales. Por tanto, el beneficio es mayor que el riesgo, tanto para los sujetos involucrados como para la población en general.

## 10. Materiales y métodos

### Consideraciones estadísticas

Esta investigación se planteó sin ningún conflicto de interés de por medio, ya que se propuso como requisito para obtener el grado de Especialidad en Psiquiatría Infantil de la Universidad de Costa Rica (UCR), programa de especialidades médicas a cargo del Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) y de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), desarrollada en el Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera” (HNN), en donde generalmente se atienden niños menores de 12 años o más según la complejidad de su enfermedad. El presente estudio fue previamente aprobado por el Comité Ético Científico (CEC) del HNN.

La sección de Estadística de Archivos Médicos del HNN, facilitó la selección del total de casos con diagnóstico de TOD, entre los 4 años y los 12 años, atendidos en el Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera”, durante el periodo de enero de 2015 a diciembre de 2017. Se hizo una búsqueda en las bases de datos con las palabras “trastorno oposicionista desafiante”, el resultado de dicha búsqueda corresponde a la población de estudio (n=397).

Por medio de la aplicación del instrumento de recolección de datos, de los expedientes médicos se obtuvo las características clínicas y sociodemográficas de los niños con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante, durante el periodo de estudio establecido.



## 11. Variables del estudio

Se establecieron las siguientes variables por investigar:

1. Edad
2. Sexo
3. Provincia de residencia
4. Cantón de residencia
5. Estado civil de los padres
6. Nivel educativo del niño
7. Nivel educativo de la madre
8. Nivel educativo del padre
9. Tipo de familia
10. Nivel económico
11. Inicio de atención psiquiátrica
12. Asignación diagnóstica
13. Características clínicas de patrón de enfado e irritabilidad
14. Características clínicas de patrón desafiante
15. Características clínicas de patrón rencoroso
16. Enfermedades comórbidas en el menor afectado
17. Factores de riesgo genéticos o disposicionales
18. Factores de riesgo del ambiente familiar
19. Factores de riesgo del ambiente extra familiar
20. Factores protectores
21. Intervención

### 11.1 Operacionalización de las variables

DIMENSIÓN	VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	CATEGORÍA
SOCIO- DEMOGRÁFICO	Edad	Cuantitativa continua	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser desde su nacimiento	Cantidad exacta de años cumplidos por la persona a la fecha del estudio	_____
	Sexo	Cualitativa nominal	Característica biológica, anatómicas y genética que distingue a los hombres de las mujeres	Grupo genérico al que pertenece la persona en estudio	1. Masculino 2. Femenino
	Provincia de residencia	Cualitativa nominal	División administrativa territorial en que se organizan algunos estados	Provincia de residencia de cada uno de los pacientes en estudio	1. San José 2. Alajuela 3. Cartago 4. Heredia 5. Guanacaste 6. Puntarenas 7. Limón
	Cantón de residencia	Cualitativa nominal	Unidad de división administrativa y territorial de algunos países	Cantón de residencia dentro de la provincia del paciente en estudio	82 cantones _____ .
	Estado civil de los padres.	Cualitativa nominal	Condición en el registro civil en función de si tiene o no pareja y la relación actual.	Estado civil que presentan los padres del paciente en estudio	1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Unión libre 5. Separado
ESCOLARIDAD	Nivel educativo del niño	Cualitativa ordinal	Nivel de estudios formal que tiene una persona	Nivel de estudios alcanzado por la persona al momento del estudio	1. No escolarizado 2. Kínder 3. Preparatoria 4. Primaria completa 5. Primaria incompleta 6. Secundaria incompleta
	Nivel educativo de la madre	Cualitativa ordinal	Nivel de estudio formal que tiene una persona	Nivel de estudios de la persona al momento del estudio	1. Sin estudios 2. Primaria completa 3. Primaria incompleta 4. Secundaria completa 5. Secundaria incompleta 6. Universitario completa 7. Universitario incompleto 8. Estudios técnicos
	Nivel educativo del padre	Cualitativa ordinal	Nivel de estudio formal que tiene una persona	Nivel de estudios de la persona al momento del estudio	1. Sin estudios 2. Primaria completa 3. Primaria incompleta 4. Secundaria completa 5. Secundaria incompleta 6. Universitario completa 7. Universitario incompleto 8. Estudios técnicos

FAMILIA	Tipo de familia	Cualitativa nominal	Personas con o sin vínculo de parentesco que viven en la misma vivienda, en donde habiten niños a su cargo, (Estado de la Nación. Censo 2000).	Composición familiar con la presencia de hijos.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nuclear con hijos: jefe(a), cónyuge e hijos, sin otros familiares y sin no familiares.</li> <li>2. Nuclear monoparental: jefe(a), sin cónyuge, con hijos, sin otros familiares y sin no familiares.</li> <li>3. Extenso monoparental: Nuclear monoparental, con otros familiares.</li> <li>4. Extenso con hijos: Nuclear con hijos, con otros familiares.</li> <li>5. Reconstituida o Compuesto nuclear: Hogares nucleares, con otros no familiares.</li> <li>6. Hogar de acogida</li> <li>7. Institucionalizado</li> </ol>
ECONOMÍA	Nivel económico	Cualitativo ordinal	Ingreso per cápita del hogar según INEC-Censo 2019, la estratificación es: bajo menos de ₡214 139 colones, medio mayor a ₡717 008 colones, alto igual o mayor a ₡2 565 078.	Ingreso familiar promedio.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bajo (menos de ₡214 139)</li> <li>2. Medio (Entre ₡214 140 y ₡717 008)</li> <li>3. Alto (Mayor de ₡717 008)</li> </ol>
DIAGNÓSTICO	Inicio de atención psiquiátrica	Cuantitativa continua	A qué edad inició la atención por síntomas oposicionistas.	Edad de inicio de atención	_____
	Asignación diagnóstica	Cualitativo nominal	Se trata del profesional que realizó el diagnóstico	Diagnóstico realizado por profesional de la salud.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Psiquiatra</li> <li>2. Psicólogo</li> <li>3. Pediatra</li> <li>4. Médico general</li> </ol>
PRESENTACIÓN CLÍNICA	Características clínicas de patrón de enfado e irritabilidad	Cualitativo nominal	Según los criterios diag. nósticos DSM5	Características clínicas del TOD	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. A menudo pierde la calma.</li> <li>2. A menudo está susceptible o se molesta con facilidad.</li> <li>3. A menudo está enfadado y resentido</li> </ol>
	Características clínicas de patrón desafiante	Cualitativa nominal politómica	Según los criterios diag. nósticos DSM5	Características clínicas del TOD	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Discute a menudo con la autoridad o con los adultos.</li> <li>2. A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas.</li> <li>3. A menudo molesta a los demás deliberadamente</li> <li>4. A menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento.</li> </ol>

	Características clínicas de patrón rencoroso	Cualitativo nominal	Según los criterios diag. nósticos DSM5	Características clínicas del TOD	1. Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses.
COMORBILIDAD	Enfermedades comórbidas en el menor afectado	Cualitativo nominal politómica	Presencia de un comportamiento o conjunto de síntomas identificables en un individuo, generando malestar	Existencia de una enfermedad mental previa o física.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Déficit Atencional / Hiperactividad (Egger, 2006, Greene, 2002).</li> <li>2. Rasgos o trastorno de personalidad antisocial (APA, 2013), (Javaloyes, 2014)</li> <li>3. Trastorno bipolar (Greene, 2002)</li> <li>4. Trastorno de conducta (Hamilton, 2008)</li> <li>5. Trastorno del neurodesarrollo (Martel, 2019).</li> <li>6. Discapacidad cognitiva (Matthys, 2017).</li> <li>7. Problemas de aprendizaje (Matthys, 2017).</li> <li>8. Ansiedad (Hamilton, 2008)</li> <li>9. Depresión (Hamilton, 2008)</li> <li>10. Abuso de sustancias (Mikolajewski, 2018).</li> <li>11. Comportamientos agresivos (Lin X, 2019)</li> <li>12. Problemas del lenguaje (Matthys, 2017).</li> <li>13. Otros _____</li> </ol>
FACTORES DE RIESGO	Factores de riesgo genéticos o disposicionales	Cualitativo nominal politómica	Presencia de un comportamiento o conjunto de síntomas identificables en un individuo, generando malestar.	Existencia de una enfermedad mental previa o conductas de riesgo que determinan afectación física y emocional en el desarrollo del menor.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Antecedentes de conductas oposicionistas en los padres (Slutke et al, McKinney y Renk, 2007)</li> <li>2. Trastorno de comportamiento antisocial en los padres (Ortiz et al, 2008).</li> <li>3. Depresión en la madre (Lavigne et al, 2012).</li> <li>4. Consumo de sustancias de abuso en padres (Ghosh et al, 2017)</li> <li>5. Antecedentes perinatales de consumo de drogas, tabaco (Ruisch et al, 2020).</li> <li>6. Depresión postparto (Fernández, 2012).</li> <li>7. Escasa conducta empática como compartir y ayudar (Taylor, J, et al 2013).</li> <li>9. Temperamento difícil en los niños (McKinney y Renk, 2007).</li> <li>10. Rasgos insensibles como falta de culpa, empatía limitada y un afecto superficial (Cecil et al, 2014)</li> <li>11. Reacción intensa en los niños o dificultad de</li> </ol>

					<p>regulación afectiva (Noordermeer et al, 2016)</p> <p>12. Agresividad (Ruisch et al, 2020).</p> <p>13. Otros _____</p>
	Factores de riesgo del ambiente familiar	Cualitativa nominal politómica	Presencia de un comportamiento o conjunto de síntomas identificables en un individuo, generando malestar físico y emocional.	Relaciones generadas de la interacción familiar para la crianza del niño.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desregulación emocional en los padres (Lin X et al, 2019)</li> <li>2. Modelos de crianza laxos o inconsistentes, pocos límites (Javaloyes y Redondo, 2014), (Lavigne et al, 2012)</li> <li>3. Padres estrictos o severos (Javaloyes y Redondo, 2014), (Lavigne et al, 2012)</li> <li>4. Violencia intrafamiliar. (Hyon-Won et al, 2010)</li> <li>5. Discordia en relaciones familiares (Greene, R., et al, 2002).</li> <li>6. Castigo físico o maltrato infantil (Ruisch et al, 2020).</li> <li>7. Control conductual por recompensas o gratificación (Noordermeer et al, 2016).</li> <li>8. Ambiente familiar poco cohesivo o afectuoso (McKinney et al, 2007), (Greene, R, et al2002).</li> <li>9. Exposición a agresión verbal, física o sexual dentro o fuera de la familia (Ruisch et al, 2020).</li> <li>10. Apego inseguro en los niños (Aroca, 2010).</li> <li>11. Inconsistencia afectiva o ambivalentes por parte de los padres (McCartney K, et al, 2004),</li> <li>12. Abandono (Brumariu L y Kerns K, 2010).</li> <li>13. Estrés parental. (Lavigne et al, 2012)</li> <li>14. Otros _____</li> </ol>
	Factores de riesgo del ambiente extrafamiliar a nivel social	Cualitativo nominal politómica	Presencia de un comportamiento o conjunto de síntomas identificables en un individuo, generando malestar emocional.	Hay eventos sociales que generan en los niños afectación en su desarrollo socioemocional	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pobreza (Lavigne et al, 2012)</li> <li>2. Ausencia de vivienda (Lavigne et al, 2012)</li> <li>3. Se encuentra el niño inmerso en un medio social violento (Rowe et al, 2002).</li> <li>4. Barrio pobre (Rowe et al, 2002)</li> <li>5. Rechazo de amigos o problemas con los pares (Boden, et al, 2010).</li> <li>6. Rol social limitado por inseguridad en el vecindario (Ortiz, 2008)</li> </ol>

					<ol style="list-style-type: none"> <li>7. El niño vivió o vive en situaciones de estrés (Ghosh et al, 2017)</li> <li>8. Consumo de drogas o alcohol en edad temprana.</li> <li>9. Grupos de pares delincuentes), (Boden et al, 2010).</li> <li>10. Participación en hurtos o asaltos (Boden et al, 2010)</li> <li>11. Otros: _____</li> </ol>
	Factores de riesgo del ambiente extrafamiliar a nivel escolar.	Cualitativos nominal politómica	Presencia de un comportamiento o conjunto de síntomas identificables en un individuo, generando malestar emocional.	Existencia de un ambiente escolar con estresores o conductas inadecuadas que impiden un buen desempeño escolar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tiene el niño un funcionamiento escolar deficiente o fracaso (Hyon-Won et al, 2010).</li> <li>2. Presenta déficit intelectual (Noordermeer et al, 2016).</li> <li>3. Problemas de aprendizaje.</li> <li>4. Dificultades en la comunicación verbal (TL)</li> <li>5. Conducta impulsiva o gratificación inmediata en el ambiente escolar (Noordermeer et al, 2016).</li> <li>6. Poca tolerancia a la frustración (Hyon-Won et al, 2010).</li> <li>7. Problemas con el manejo de la disciplina en escuela por conductas agresivas (Card N, et al, 2006).</li> <li>8. Influenciable por los pares a tener mala conducta (Ghosh et al, 2017)</li> <li>9. Actividades disruptivas en grupos o pandillas (Ortiz et al, 2008)</li> <li>10. Antecedentes de bullying. (Boden et al, 2010)</li> <li>11. Otros: _____</li> </ol>
<b>FACTORES PROTECTORES</b>	Factores protectores que se presenten en los pacientes	Cualitativos nominal politómica	Presencia de una acción o conjunto de acciones identificables en un individuo, que generen bienestar y protección al menor	Existencia de acciones familiares, escolares o sociales que produzcan bienestar y protección	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Temperamento fácil (Viñas et al, 2012)</li> <li>2. Capacidad de autorregulación (Viñas et al, 2012)</li> <li>3. Prosocialidad (Steinbeis N, 2017).</li> <li>4. Rol social activo como participación de actividades sociales extracurriculares (Ortiz, 2008).</li> <li>5. Buen comportamiento moral y social (Waller R et al, 2017)</li> <li>6. Parentalidad cálida afectuosa (Waller R et al, 2017).</li> </ol>

					<p>7. Vive en ambiente familiar de cuidado físico y emocional (Shaw S et al, 2001).</p> <p>8. Buenas prácticas de crianza por parte de los padres, con técnicas de comunicación y disciplina efectivas (Puzzo et al, 2016).</p> <p>9. Cuenta con un buen apoyo social (Ortiz et al, 2008), (Ghosh et al, 2017).</p> <p>10. Asiste a el Servicio de apoyo fijo de problemas emocionales y de conducta en la escuela (Calvo et al, 2013).</p> <p>11. Otro _____</p>
INTERVENCION	Intervenciones clínicas.	Cualitativa nominal politómica	Presencia de estrategias de abordaje clínico para el niño y sus padres.	Pautas farmacológicas y terapéuticas creadas en el ambiente clínico para el manejo del niño con TOD.	<p><b>1.</b> Sin tratamiento</p> <p><b>2.</b> Solamente recibe medicación</p> <p><b>3.</b> Tipo de tratamiento y cuál:</p> <p>3.1. Psicoestimulantes _____</p> <p>3.2. Antidepresivos _____</p> <p>3.3. Antipsicóticos _____</p> <p>3.4. Otros _____</p> <p><b>4.</b> Recibe medicación y psicoterapia</p> <p><b>5.</b> Padres han participado en talleres para el manejo conductual.</p> <p><b>6.</b> Padres e hijos han participado en programas de manejo conductual (Matthys, 2017) (Martel, 2019).</p>
	Intervenciones educativas.	Cualitativa nominal politómica	Presencia de estrategias curriculares implementadas en el ámbito académico para el niño.	Existencia de un ambiente escolar donde se le brinde apoyos y oportunidades para el niño y los padres en procura de un buen desempeño escolar.	<p>1. Se han identificado a nivel escolar si cuenta con necesidades educativas especiales.</p> <p>2. Asiste al servicio de apoyo educativo y de problemas conductuales</p> <p>3. Cuenta con apoyos educativos como adecuación curricular, ¿qué tipo? _____</p> <p>4. El niño tiene apego escolar.</p> <p>5. Los padres se involucran en la formación educativa.</p>
	Intervenciones sociofamiliares	Cualitativa nominal politómica	Presencia de oportunidades en el ambiente sociofamiliar que generan bienestar físico y/o emocional.	Participación del niño y su familia en actividades o programadas a nivel social que aseguran un adecuado desarrollo físico y emocional en los niños.	<p>1. Ha participado el niño en programas sociales para conductas disruptivas</p> <p>2. Han participado lo padres en programas sociales para mejorar el manejo conductual de sus hijos</p> <p>3. Ha participado en grupos lúdicos o talles con pares donde aprenda o se refuerce una disciplina positiva. (Matthys,2017), (Martel, 2019).</p>

## **12. Método para el análisis de datos**

### **12.1 Análisis descriptivo**

Se hará una descripción de todas las variables. Para las variables cualitativas y ordinales, se proponen distribuciones de frecuencias simples y tablas de asociaciones o contingencia, para las numéricas se obtendrán medidas de tendencia central y medidas de dispersión (mínimo, promedio, máximo, cuartiles, entre otros), por medio de programas estadísticos de variabilidad (rango, desviación estándar, rango intercuartílico, coeficiente de variación entre otros). Los resultados se resumirán en cuadros o gráficos.

### **12.2 Análisis inferencial**

Para el análisis inferencial se utilizará la prueba chi-cuadrado para medir asociación entre dos variables cualitativas, la prueba t-student o el análisis de varianza para comparar promedio de dos o más muestras independientes, con su respectivo cumplimiento de supuestos, así como un modelo multivariado para tratar de validar los factores de riesgo detectados de ser esto posible. Además, se presentará un análisis de incidencia y prevalencia, así como comparaciones mediante intervalos de confianza para detectar posibles diferencias, por otro lado, se puede usar el OR para saber si existe una correlación.

### **12.3 Estimaciones**

Se estimarán los posibles factores de riesgo y/o protectores con sus respectivas magnitudes, direcciones y sentido.



### 13. Diseño Muestral

Según los datos proporcionados por el Departamento de Registros Médicos y Estadística del HNN, se llevó a cabo una revisión para seleccionar sistemática y ordenadamente las variables: edad, sexo y provincia, durante el periodo de estudio solicitado (2015-2017). La población total es 397 pacientes.

#### 13.1 Tipo de muestreo

Se obtuvo una muestra de 109 pacientes, se utilizó el muestreo irrestricto aleatorio (MIA) el tamaño de la muestra se calculó con un nivel de confianza del 95%, con un error del 8% y varianza máxima (Cuadro 1)

**Cuadro 1. Cálculo del tamaño muestral para los pacientes con trastorno oposicionista negativista de 4 a 12 años. 2015-2017. HNN.**

Pacientes con TOD	Nivel de confianza	p	q	Varianza máxima	Error máximo permisible	Muestra sin corrección	Muestra con corrección	Espaciamiento entero	Arranque aleatorio
397	1,96	0,5	0,5	0,25	0,08	150,1	109	3	2

Se aplicó la teoría de muestreo para la estimación de una proporción y como estimador de la varianza se utilizó la varianza máxima, donde  $p = 0,5$

$$n_0 = \left( \frac{Z_{\frac{\alpha}{2}} \sqrt{pq}}{d} \right)^2$$

$Z_{\frac{\alpha}{2}}$  = Nivel de Confianza con la distribución normal = 1,96 al 95% de confianza.

$d$  = Error máximo permisible = 0,08.

$$p = 0,5$$

$$q = 1-p = 0,5$$

Corrección por finitud

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

Para seleccionar la muestra se procederá a ordenar los pacientes por sexo, edad y provincia, con selección sistemática.

**13.2 Unidad de muestreo:** Son los expedientes clínicos de la población de pacientes con TOD en el Hospital Nacional de Niños (HNN).

**13.3 Unidad de observación:** Cada uno de los pacientes seleccionados de manera sistemática de la población de pacientes con TOD.

**13.4 Marco de muestreo:** Listado de las pacientes que tuvieron como diagnóstico principal TOD en el Hospital Nacional de Niños entre los años 2015 al 2017.

**13.5 Elección de la muestra:** Con el total de la población se obtuvo la muestra de 109 pacientes de la población. La muestra principal denominada “muestra 1”, seleccionada aleatoriamente, se utilizó para la revisión de expedientes, los expedientes no seleccionados se dejaron para ser utilizados como una muestra de sustitución en caso de que no se lograra obtener al menos el 50% de la información de los expedientes iniciales (“muestra 2 y 3”), elegidos en el orden del mismo número de caso que no se encontró en la muestra 1.

### 13.6 Potencia estadística

Estimación del poder estadístico de la muestra (Prueba binomial)

Ho:  $p = p_0$  versus Ha:  $p \neq p_0$

Parámetros en estudio

Alfa = 0,05

n = 107

Delta = 0.10

$p_0 = 0,50$

$p_a = 0,70$

Estimación de poder y el alfa:

Potencia = 0,9842

Actual alfa = 0,0329 Es decir, la probabilidad de que una prueba identifique correctamente un efecto real es del 98,42

### 14. Análisis secundarios

Se pretende aplicar análisis bivariados lo que ayudará a determinar en qué medida es posible predecir el valor de una variable ya conociendo el valor de otra variable con significancia estadística, las asociaciones significativas se representarán por medio de un conjunto de medidas en cuadro o tabla con la información relevante.

## B. Resultados:

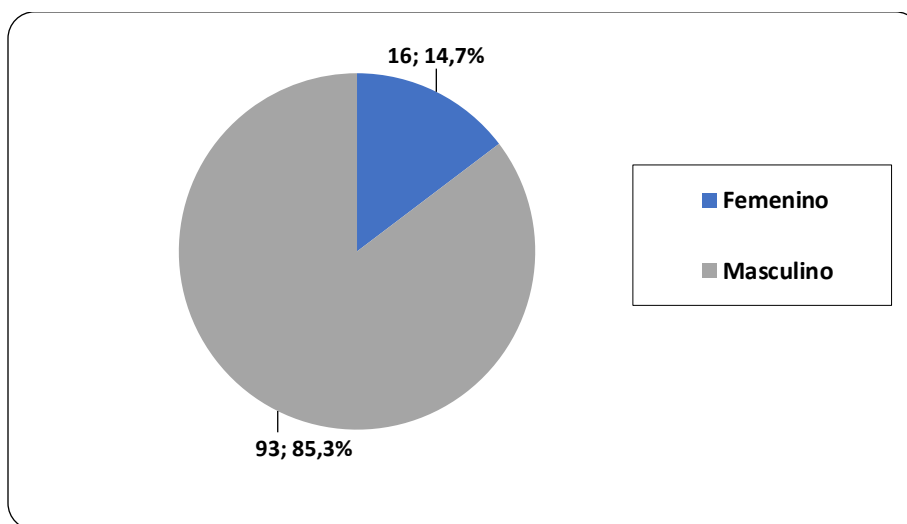
### Análisis estadístico de la muestra estudiada

#### 1. Características de los pacientes

##### 1.1 Sexo

La mayor cantidad de pacientes con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante corresponden a niños del sexo masculino (85,3%), en contraparte el 14,7% corresponde a niñas, lo cual estadísticamente es una proporción menor en comparación con el sexo masculino (Gráfico 1)

**Gráfico 1 Costa Rica. Sexo de los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017.**



Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Nacional de Niños, Costa Rica. Datos consultados en el año 2021.

## 1.2 Edad al inicio de la atención

El promedio de edad al inicio de la atención de los niños diagnosticados con trastorno oposicionista desafiante es de  $8,9 \pm 2,3$  (6,6-11,2 años) años, con un rango de edad entre 4,7 años y 12,6 años, el 75% de los niños con este diagnóstico tienen 10,9 años o menos. (Cuadro 2)

**Cuadro 2. Costa Rica. Estadísticas descriptivas de la edad al inicio de la atención (años) por sexo de los niños diagnosticados con trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. (n = 109 pacientes)**

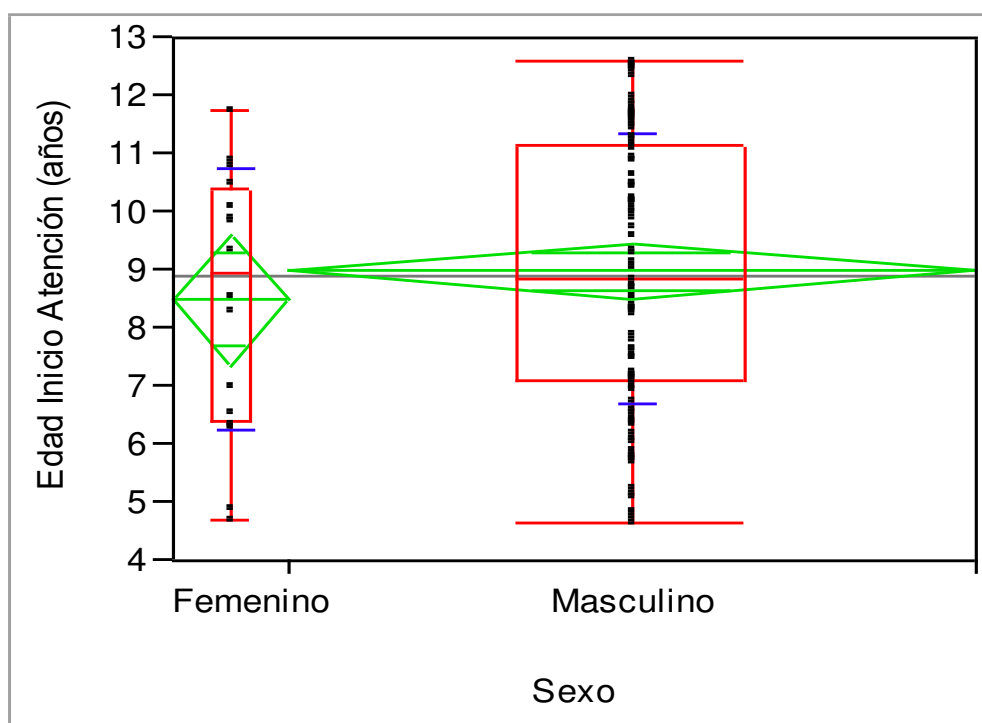
Sexo	Pacientes	Promedio	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	I. de C. al 95%		Prueba F	Prueba Levene	Welch Anova
						L. Inf.	L. Sup.			
<b>Femenino</b>	16	8,5	2,2	4,7	11,8	7,4	9,6			
<b>Masculino</b>	93	9,0	2,3	4,7	12,6	8,5	9,5	0,4193	0,7437	-
<b>Total</b>	109	8,9	2,3	4,7	12,6	-	-			

Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Nacional de Niños, Costa Rica. Datos consultados en el año 2021.

El promedio de edad al inicio de la atención de las niñas con trastorno oposicionista desafiante es  $8,5 \pm 2,2$  años (6,3-10,7 años), con un rango de edad entre 4,7 años y 11,8 años, el 75% de las niñas con este diagnóstico tienen 10,4 años o menos; el promedio de edad al inicio de la atención de los niños con trastorno oposicionista desafiante es  $9,0 \pm 2,3$  (7,7-11,3 años), con un rango de edad entre 4,7 años y 12,6 años, el 75% de los niños con este diagnóstico tienen 11,2 años o menos. (Gráfico 2) (Cuadro 2)

Al analizar las pruebas de independencia, se encuentra que no existen diferencias estadísticamente significativas entre estos dos promedios, es decir, la edad promedio al inicio de la atención de las niñas con trastorno oposicionista desafiante es igual estadísticamente que la edad promedio al inicio de la atención de los niños con el mismo diagnóstico ( $p = 0,4193$ ). (Gráfico 2) (Cuadro 2)

**Gráfico 2 Costa Rica. Estadísticas descriptivas de la edad al inicio de la atención (años) por sexo de los niños diagnosticados con trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. (n = 109 pacientes)**

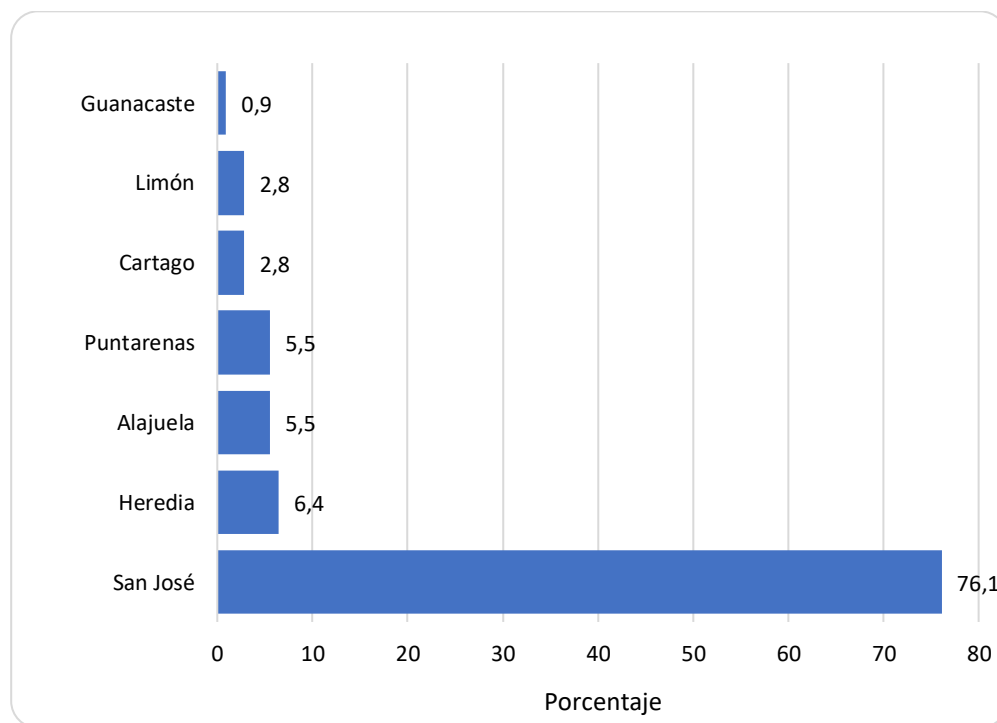


Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Nacional de Niños, Costa Rica. Datos consultados en el año 2021.

### 1.3 Provincia y cantón de residencia

La mayor cantidad de niños con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante residen en la provincia de San José (76,1%), seguido por la provincia de Heredia, la cual presenta un (6,4%) de los pacientes. (Gráfico 3).

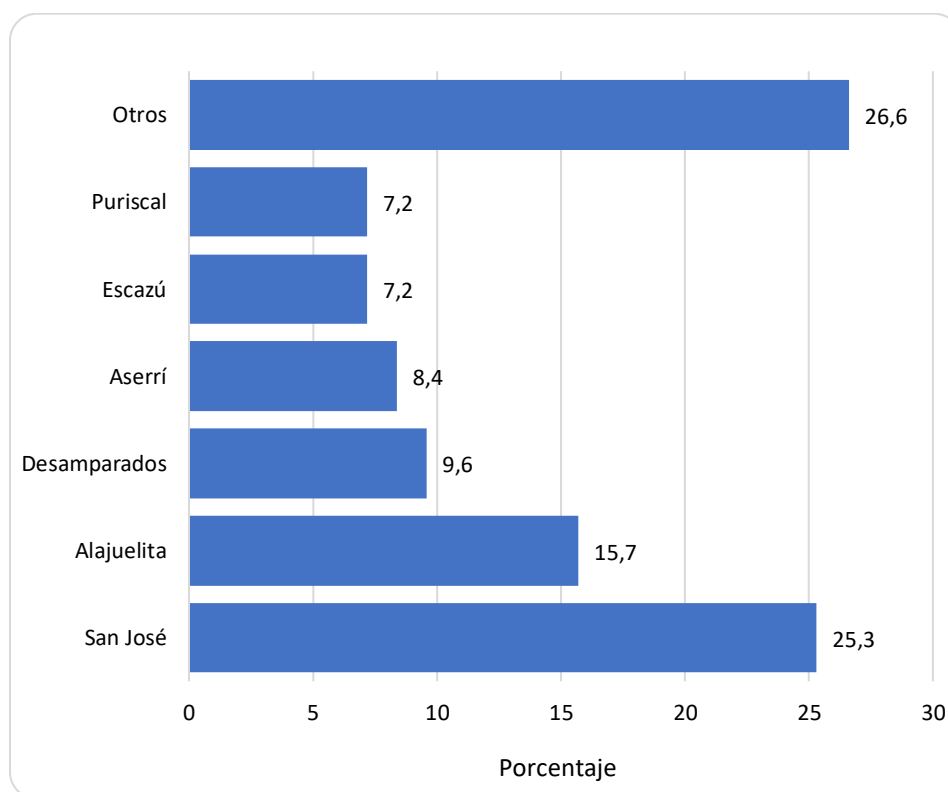
**Gráfico 3 Costa Rica: Provincia de residencia de los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017.**



Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Nacional de Niños, Costa Rica. Datos consultados en el 2021.

El 40,9% de los niños con trastorno oposicionista desafiante que residen en la provincia de San José, residen a su vez en los cantones de San José y Alajuelita. En el grupo de otros cantones quedaron aquellos en los que residen menos del 5% de los pacientes. (Cuatro niños o menos). (Gráfico 4).

**Gráfico 4 Costa Rica: Cantón de residencia de los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante que residen en la provincia de San José. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. (n = 83 pacientes)**



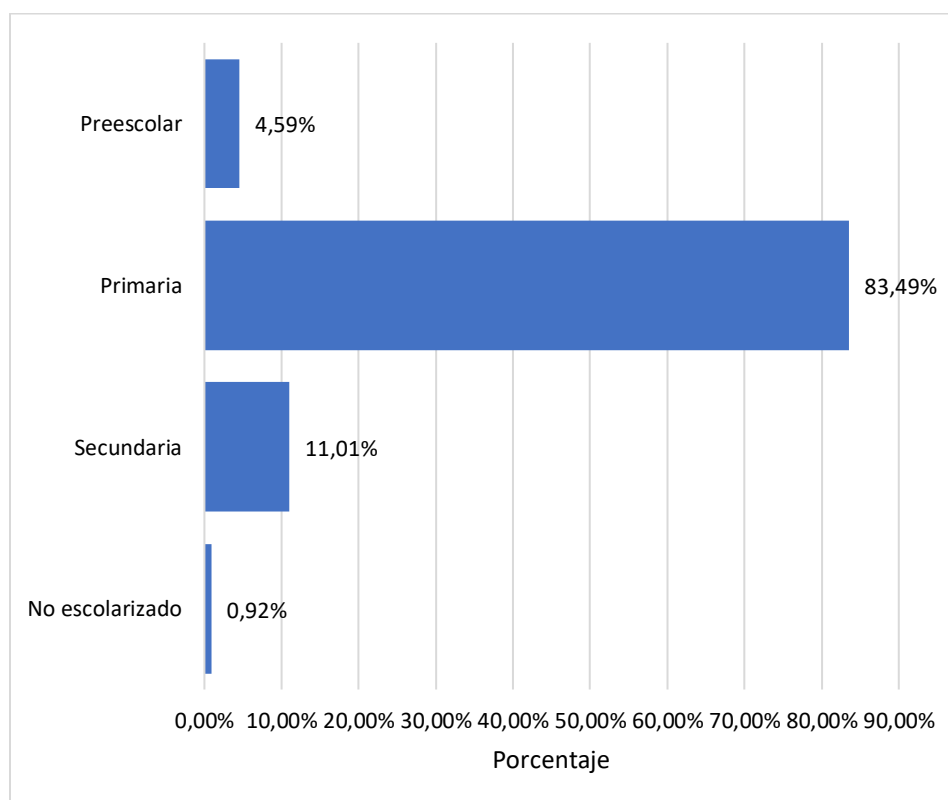
Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Nacional de Niños, Costa Rica. Datos consultados en el año 2021.



### Nivel educativo del menor

La mayor cantidad de niños con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante se encuentran cursando o han finalizado la primaria (83.49%) (Gráfico 5).

**Gráfico 5 Costa Rica: Escolaridad de los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017**



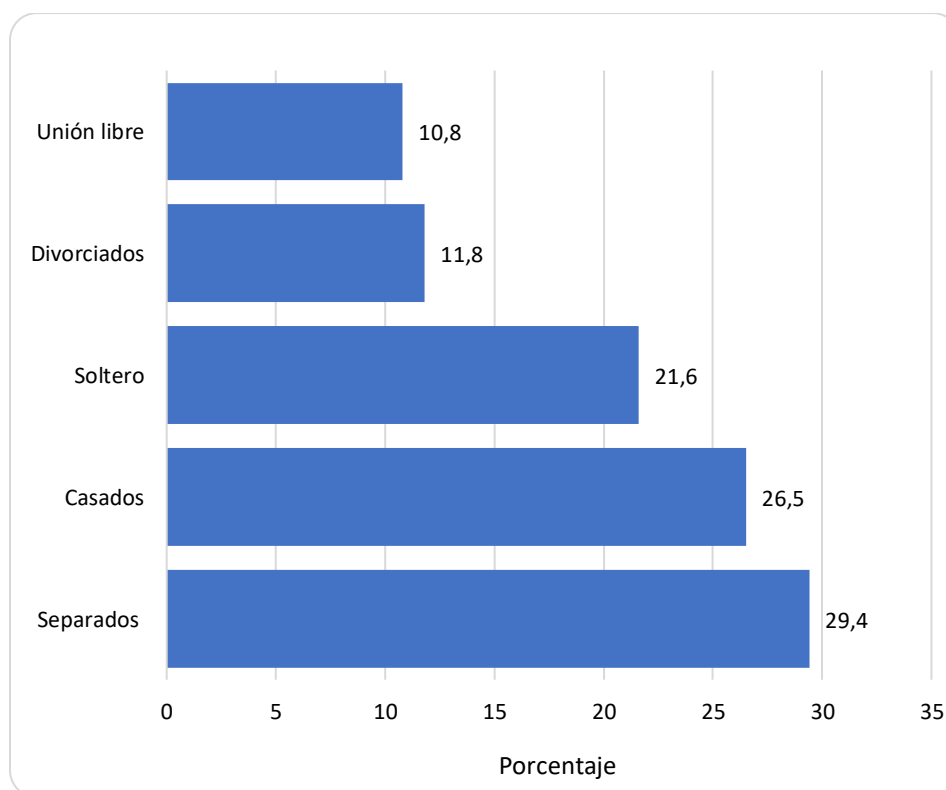
Fuente: Expedientes digitales del Hospital Nacional de Niños, Costa Rica. Datos consultados en el 2021.

## 2 Características de los padres

### 2.1 Estado civil de los padres de familia

En el Gráfico 6 se observa que los padres separados ocupan el mayor porcentaje en cuanto al estado civil (29,4%), seguido por casados con un (26,5%) y los padres que conviven en unión libre (10,8%).

**Gráfico 6 Costa Rica: Estado civil de los padres de los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017.**



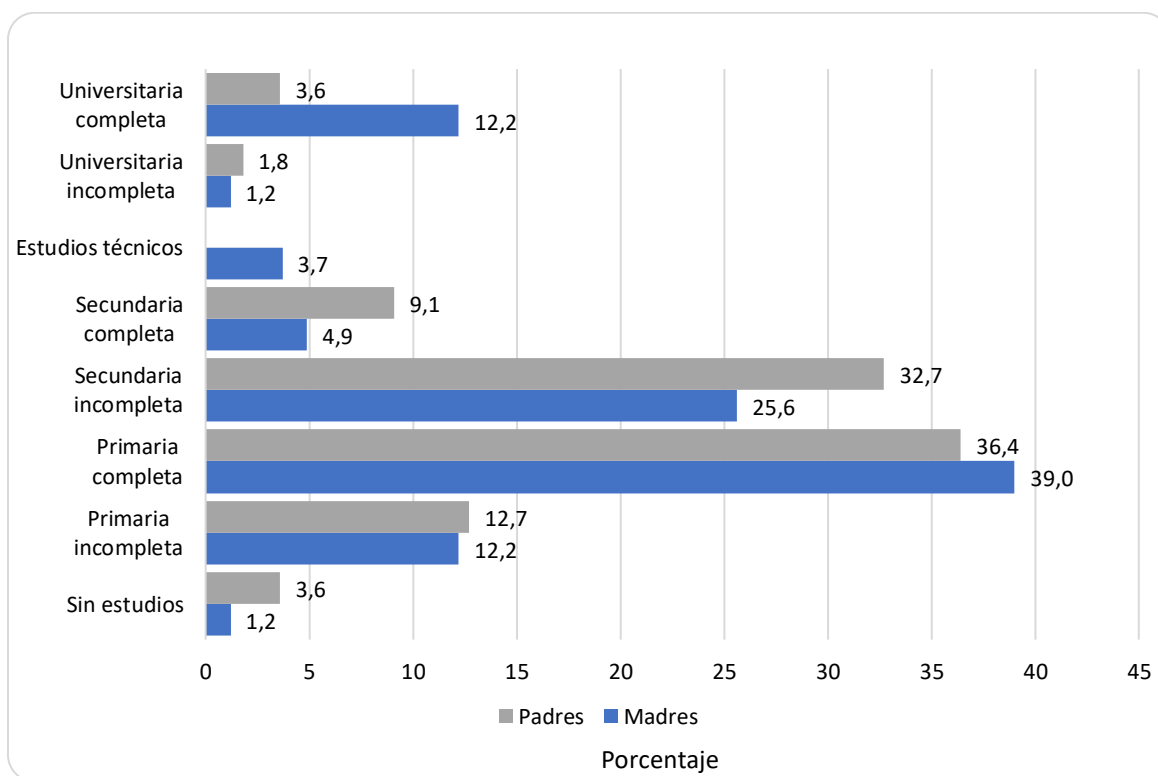
Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Nacional de Niños, Costa Rica. Datos consultados en el 2021.

## 2.2 Nivel educativo de los padres

Independientemente de padre o madre de los niños con trastorno oposicionista desafiante, el mayor porcentaje presenta primaria completa, en contraparte, los niños con trastorno oposicionista desafiante tienen padres (madre y padre) con el 13,4% y el 16,4% sin estudios o con primaria incompleta, porcentajes muy bajos para estas dos categorías del nivel de escolaridad. Se debe tener en cuenta que en el 24,8% y el 49,5% de las madres y de los padres no se tiene esta información.

(Gráfico 7)

**Gráfico 7 Costa Rica: Nivel de escolaridad de los padres de los niños con trastorno oposicionista desafiante en la población de 4 a 12 años. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. HNN. (n = 82 madres y n = 55 padres)**



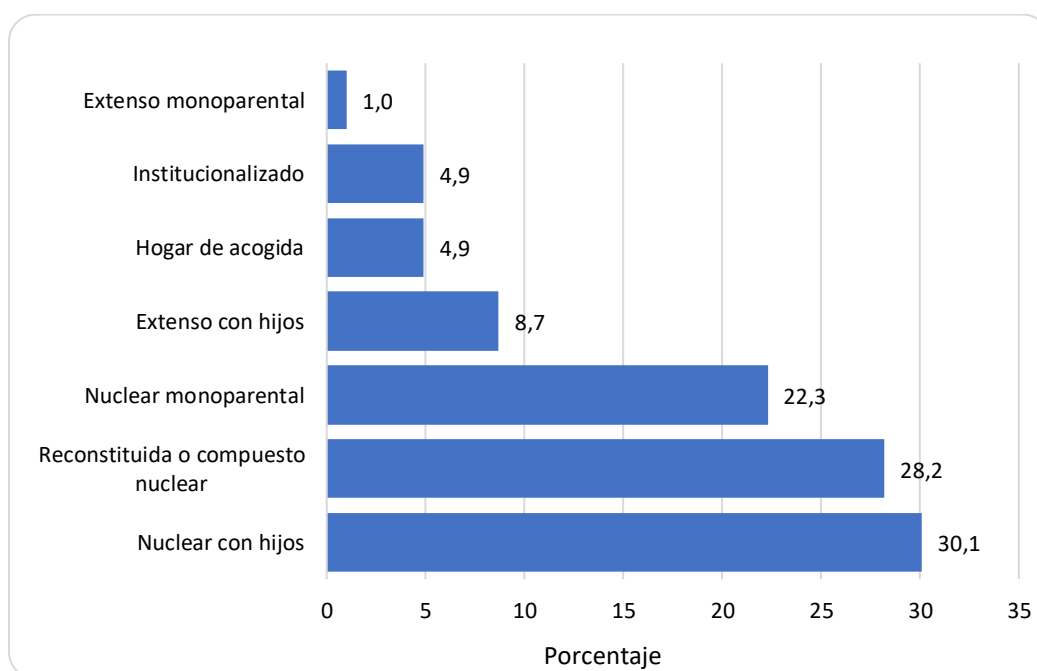
Fuente: Expedientes digitales del Hospital Nacional de Niños, Costa Rica. Datos consultados en el 2021.

### 3 Características de la familia

#### 3.1 Tipo de familia

El 30,1% de las familias de los niños con trastorno oposicionista desafiante son nuclear con hijos, seguido por el tipo de familia reconstruida o compuesta nuclear el cual representa el 28,2%. El porcentaje de no respuesta fue de un 5,5%. (6 casos). (Gráfico 8)

**Gráfico 8 Costa Rica: Tipo de familia de los niños con trastorno oposicionista desafiante en la población de 4 a 12 años. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017.**



Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Nacional de Niños, Costa Rica. Datos consultados en el 2021.

#### 3.2 Ingreso promedio mensual

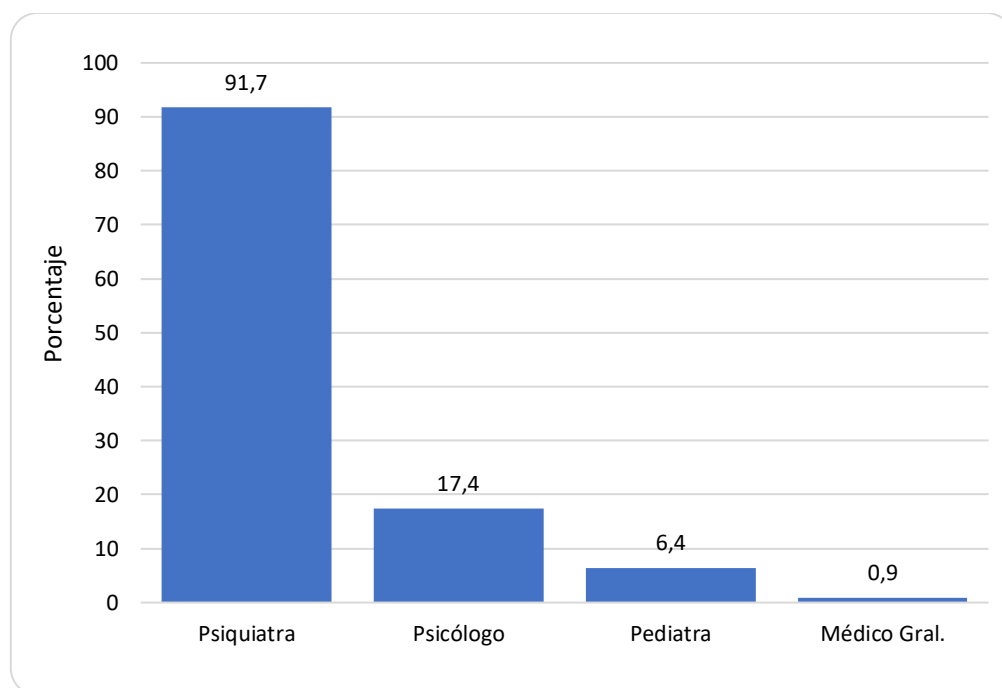
Esta variable no se analizará debido a que en el 63,3% de los casos no se obtuvo información.

## 4 Presentación clínica

### 4.1 Asignación diagnóstica

El 91,7% de los niños con trastorno oposicionista desafiante tuvieron la asignación diagnóstica por psiquiatría. (Gráfico 9)

**Gráfico 9 Costa Rica: Asignación diagnóstica en los niños con trastorno oposicionista desafiante en la población de 4 a 12 años. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. HNN. (n = 109 niños)**

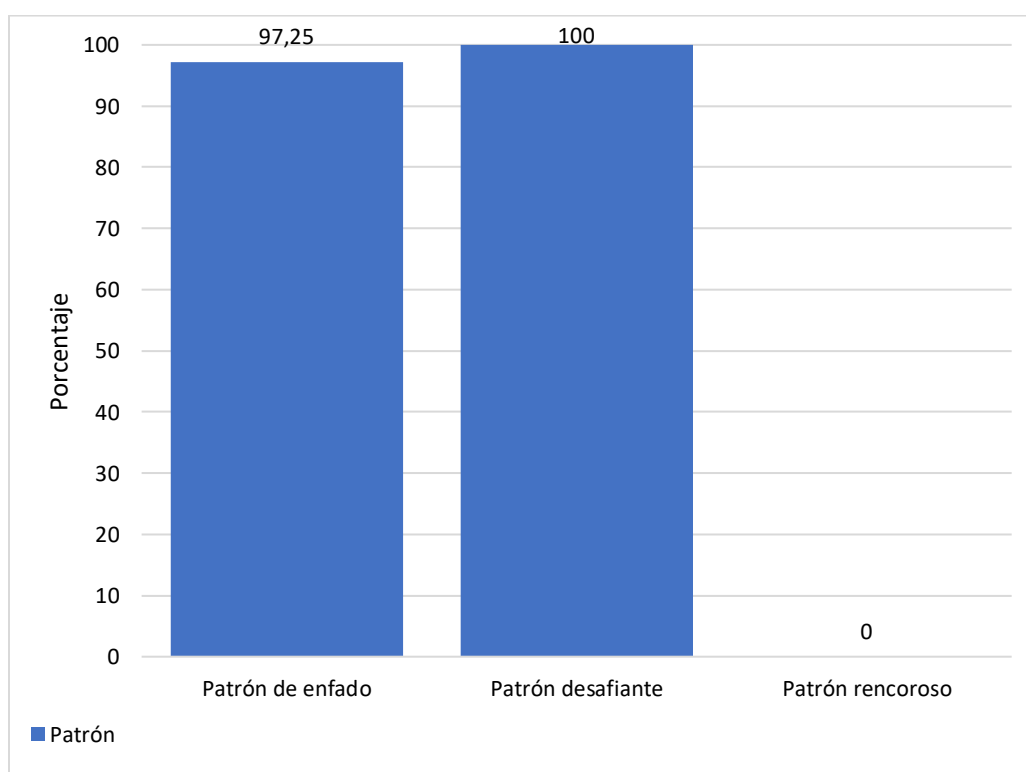


Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Nacional de Niños, Costa Rica. Datos consultados en el 2021.

### Patrones de presentación

El 100% de los niños con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante presentan al menos un síntoma de tipo de patrón de desafiante, con respecto al patrón de enfado, el 97.25% de los niños presentan al menos un síntoma en relación con este patrón. Y ninguno de ellos manifiesta un patrón rencoroso. (Gráfico 10)

**Gráfico 10 Costa Rica: Patrón en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017.**

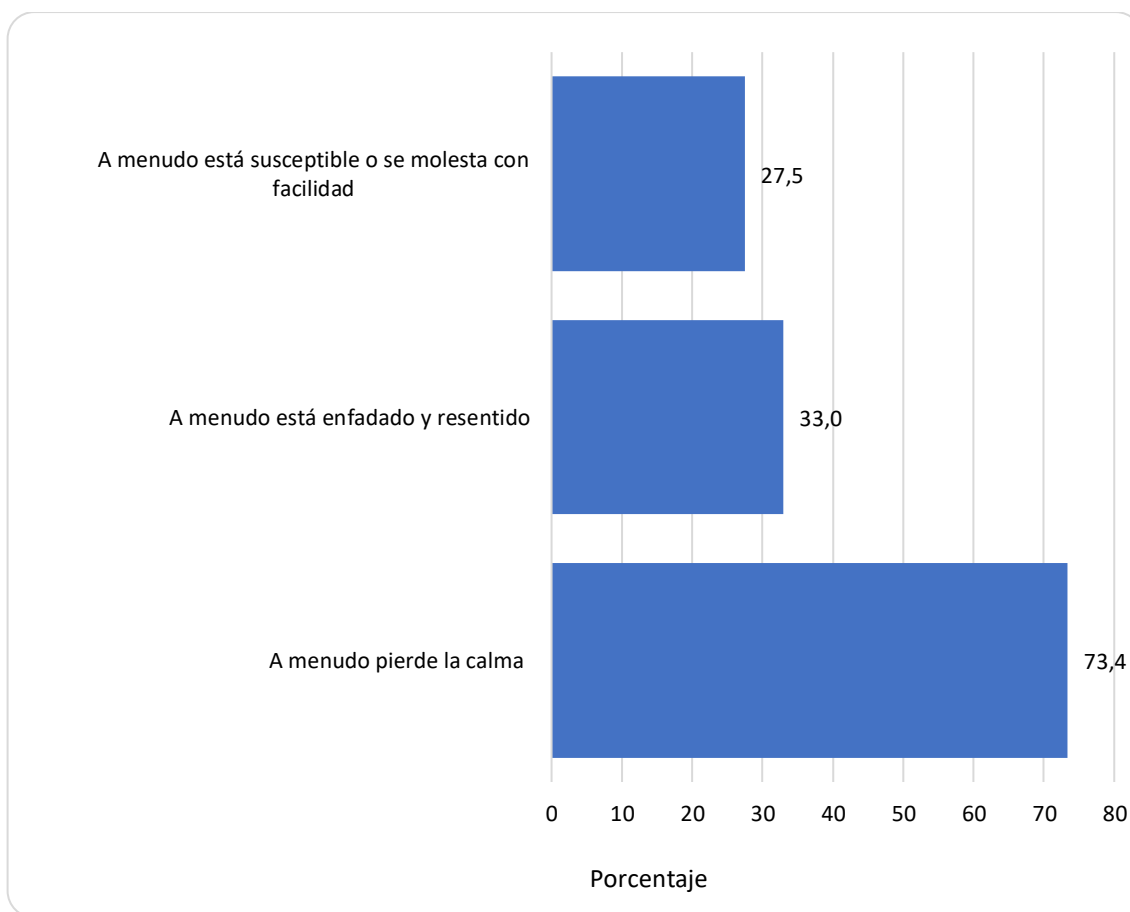


Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Nacional de Niños, Costa Rica. Datos consultados en el 2021.

### 4.3 Patrón de enfado

El 73,4% de los niños con trastorno oposicionista desafiante presentaron como principal patrón de enfado “A menudo pierde la calma”. (Gráfico 11).

**Gráfico 11 Costa Rica: Patrón de enfado en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017.**

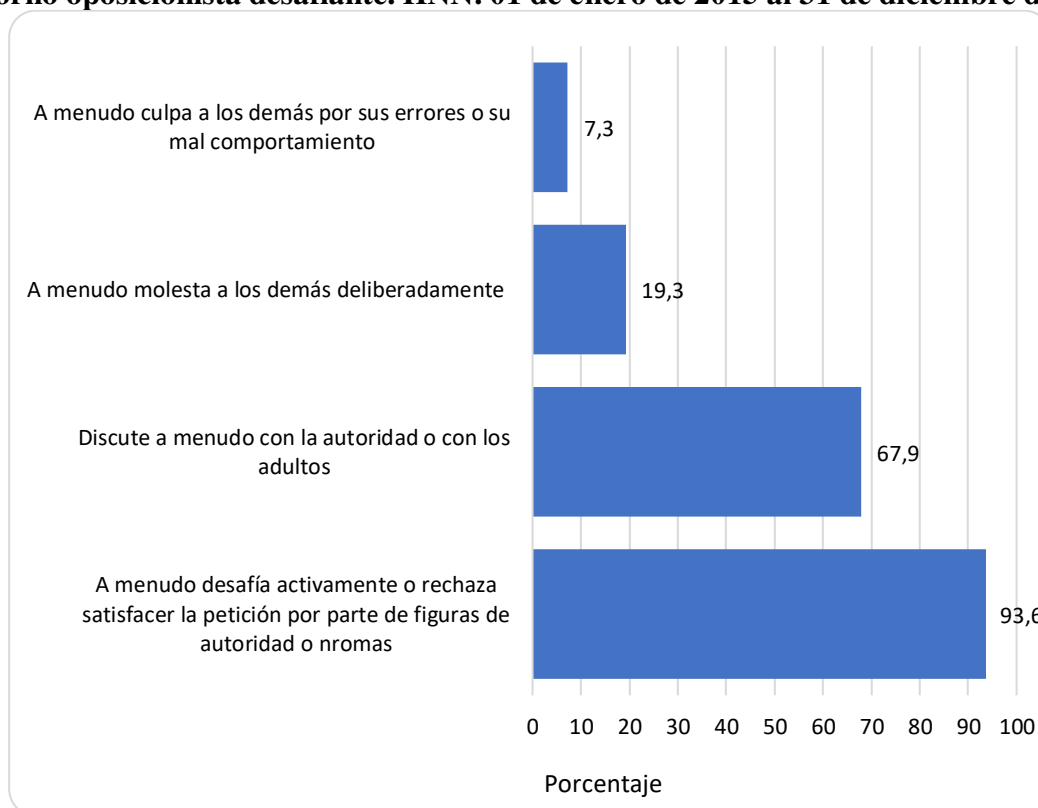


Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Nacional de Niños, Costa Rica. Datos consultados en el 2021.

#### 4.4 Patrón desafiante

El 93,6% de los niños con trastorno oposicionista desafiante presentaron como principal patrón desafiante “A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas”. (Gráfico 12)

**Gráfico 12 Costa Rica: Patrón desafiante en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017**



Fuente: Expedientes digitales del Hospital Nacional de Niños, Costa Rica. Datos consultados en el año 2021.

#### 4.2 Patrón rencoroso

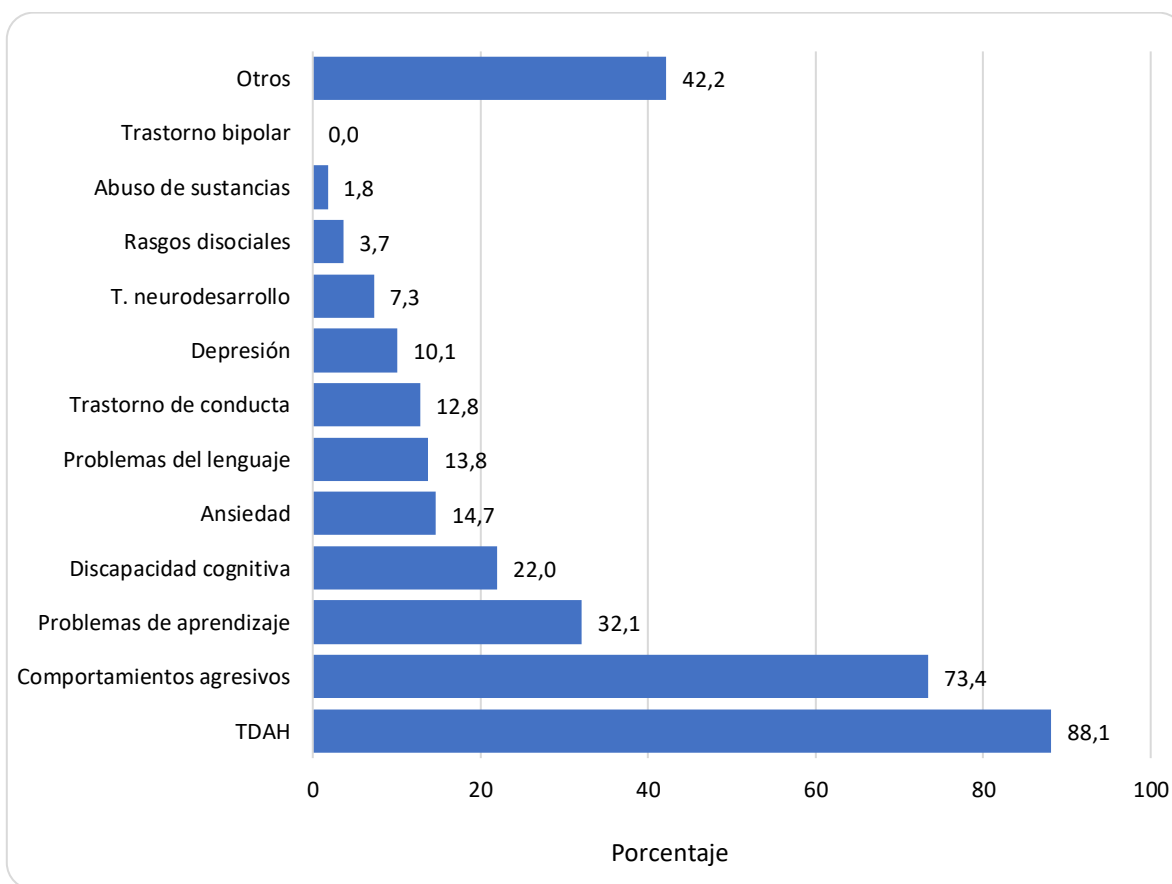
El 100,0% de los niños con trastorno oposicionista desafiante no presentan patrón rencoroso en los últimos seis meses.



### 4.3 Comorbilidades

Las dos principales comorbilidades que presentan los niños con trastorno oposicionista desafiante son el déficit atencional / Hiperactividad 88,1% y los comportamientos agresivos en al menos el 73,4% de ellos. Las demás comorbilidades se presentaron en el 32,0% o menos de los niños. (Gráfico 13)

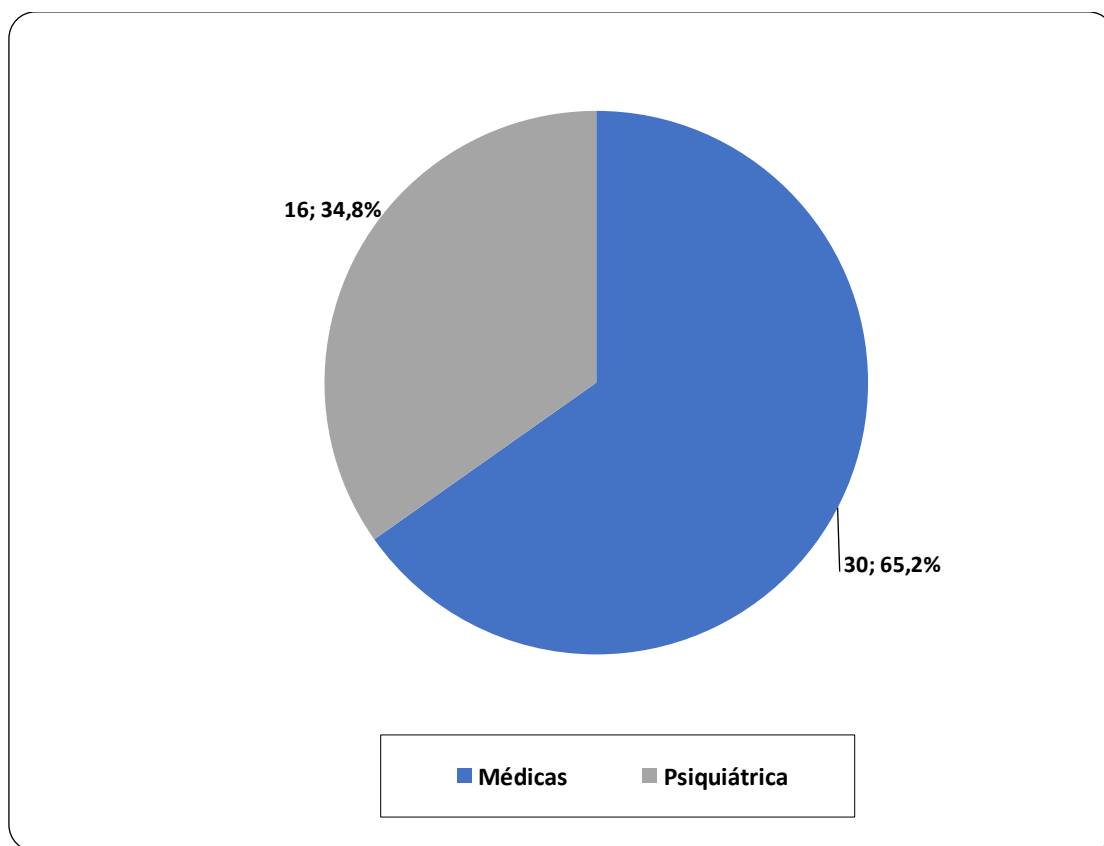
**Gráfico 13 Costa Rica: Comorbilidades en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017.**



Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Nacional de Niños, Costa Rica. Datos consultados en el año 2021.

En el grupo de otras comorbilidades, predominaron las comorbilidades médicas. (Gráfico 14) entre las más frecuentes están: asma, epilepsia, diabetes mellitus. Entre el grupo de las psiquiátricas aparece el autismo e intentos de autoeliminación.

**Gráfico 14 Costa Rica. Otras comorbilidades en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017.**

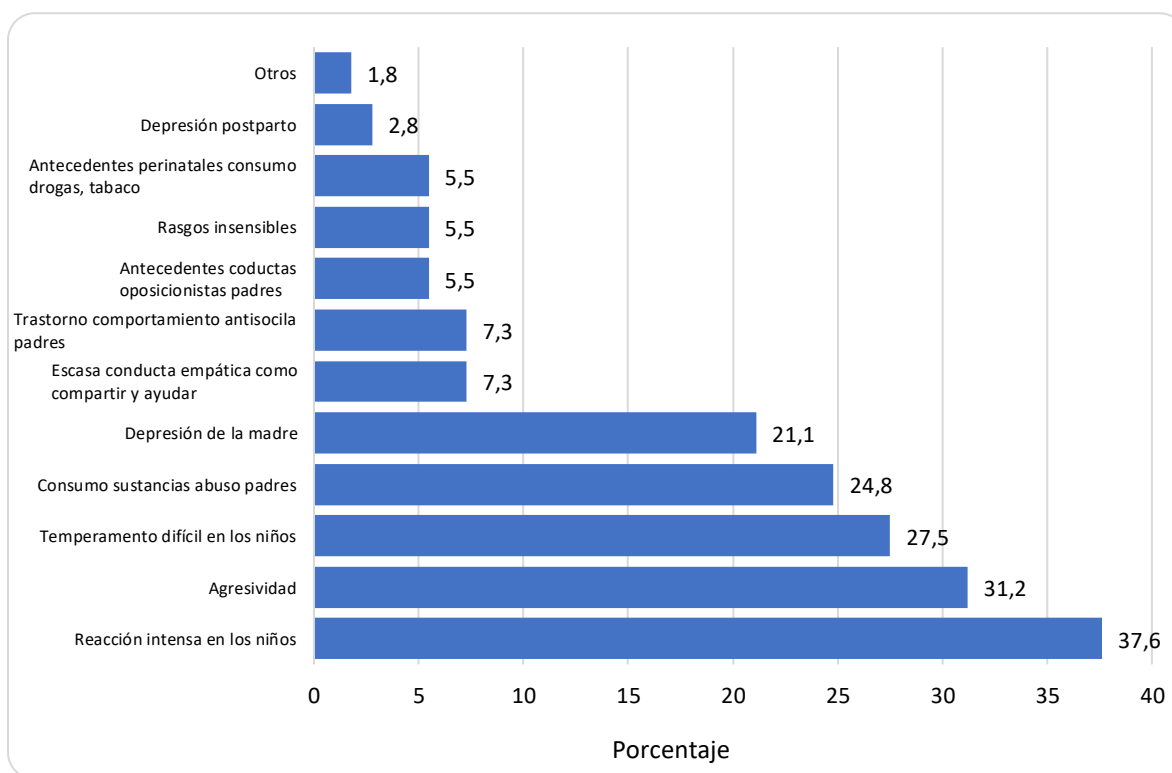


Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Nacional de Niños, Costa Rica. Datos consultados en el año 2021.

#### 4.4 Factores de riesgo genéticos o predisponentes

Los principales factores de riesgo genéticos o predisponentes que presentan los niños con trastorno oposicionista desafiante son la reacción intensa en los niños o dificultad de regulación afectiva, agresividad, temperamento difícil en los niños, consumo de sustancias de abuso en los padres y depresión de la madre, con porcentajes de entre el 37,6% y el 21,1%. Los demás factores de riesgo genéticos se presentaron en el 7,3% o menos de los niños. (Gráfico 15)

**Gráfico 15 Costa Rica: Factores de riesgo genéticos o disposicionales en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. (n = 109 pacientes)**

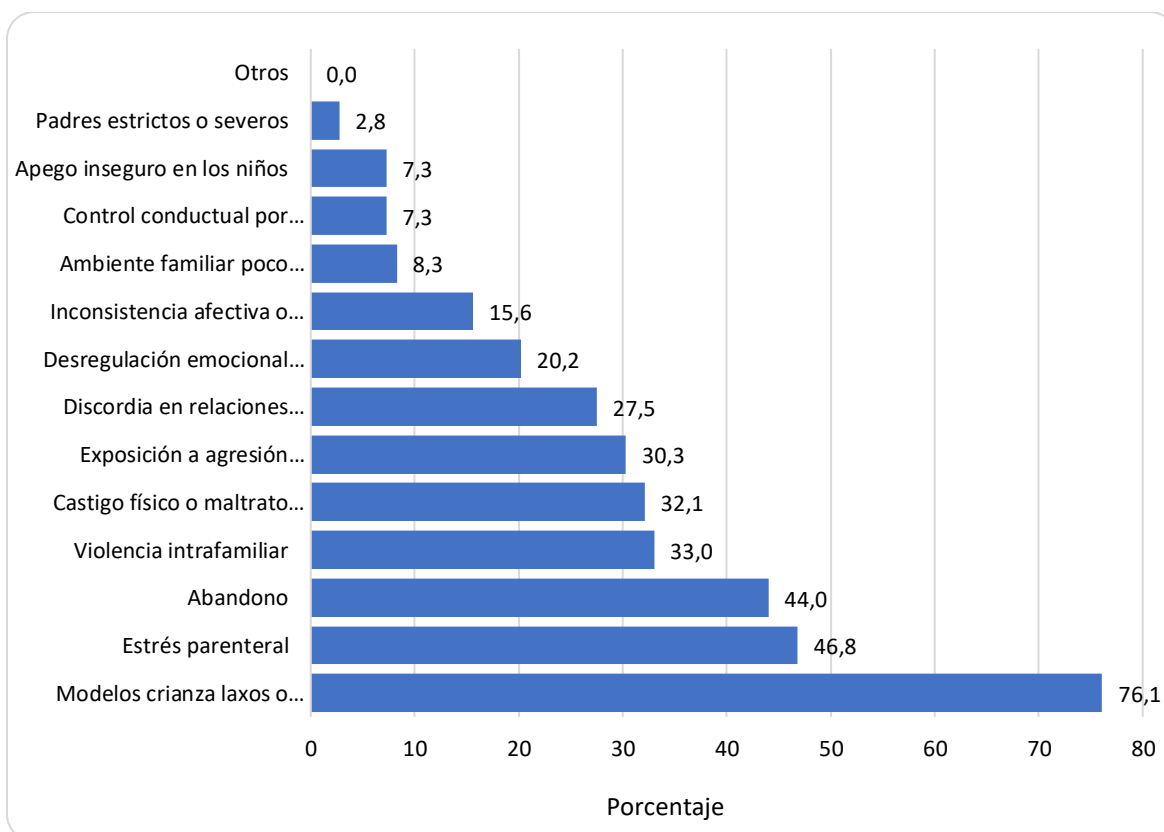


Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Nacional de Niños, Costa Rica. Datos consultados en el año 2021.

#### 4.5 Factores de riesgo del ambiente familiar

Los principales factores de riesgo del ambiente familiar que presentan los niños con trastorno oposicionista desafiante son los modelos de crianza laxos o inconsistentes, estrés parenteral, abandono, violencia intrafamiliar, castigo físico o maltrato infantil, exposición a agresión verbal, física o sexual dentro o fuera de la familia, discordia en relaciones familiares y desregulación emocional en los padres, con porcentajes de entre el 76,1% y el 20,2%. Los demás factores de riesgo del ambiente familiar se presentaron en el 15,4 o menos de los niños. (Gráfico 16)

**Gráfico 16 Costa Rica: Factores de riesgo del ambiente familiar en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. (n = 109 pacientes)**

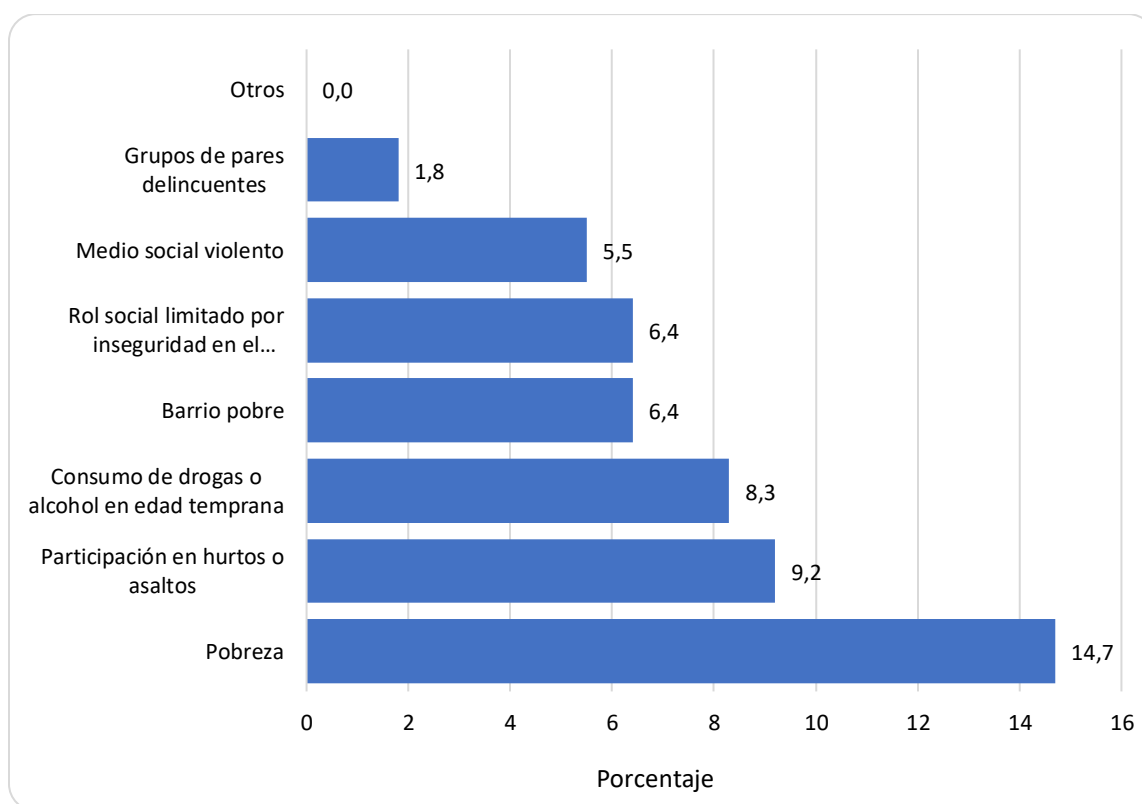


Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Nacional de Niños, Costa Rica. Datos consultados en el año 2021.

#### 4.6 Factores de riesgo del ambiente extra familiar a nivel social

Los factores de riesgo del ambiente extra familiar a nivel social encontrados en la investigación tienen poca prevalencia (menos del 15,0%) en los niños con trastorno oposicionista desafiante. (Gráfico 17)

**Gráfico 17 Costa Rica: Factores de riesgo del ambiente extra familiar a nivel social en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. (n = 109 pacientes)**

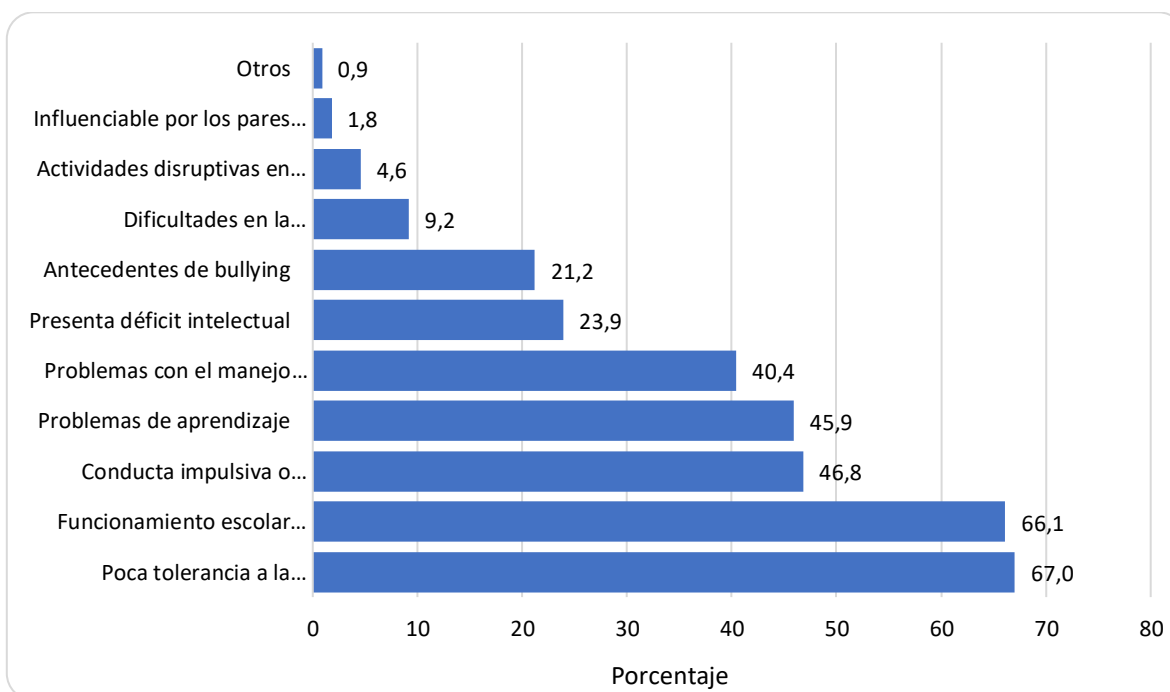


Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Nacional de Niños, Costa Rica. Datos consultados en el año 2021.

#### 4.7 Factores de riesgo del ambiente extra familiar a nivel escolar

Los principales factores de riesgo del ambiente extra familiar a nivel escolar que presentan los niños con trastorno oposicionista desafiante son la poca tolerancia a la frustración, funcionamiento escolar deficiente o fracaso, conducta impulsiva o gratificación inmediata en el ambiente escolar, problemas de aprendizaje, problemas con el manejo de la disciplina en la escuela por conductas agresivas, déficit intelectual y antecedentes de bullying, con porcentajes de entre el 67,0% y el 21,2%. Los demás factores de riesgo del ambiente extra familiar a nivel escolar se presentaron en el 9,2% o menos de los niños. (Gráfico 18)

**Gráfico 18 Costa Rica: Factores de riesgo del ambiente extra familiar a nivel escolar en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. (n = 109 pacientes)**

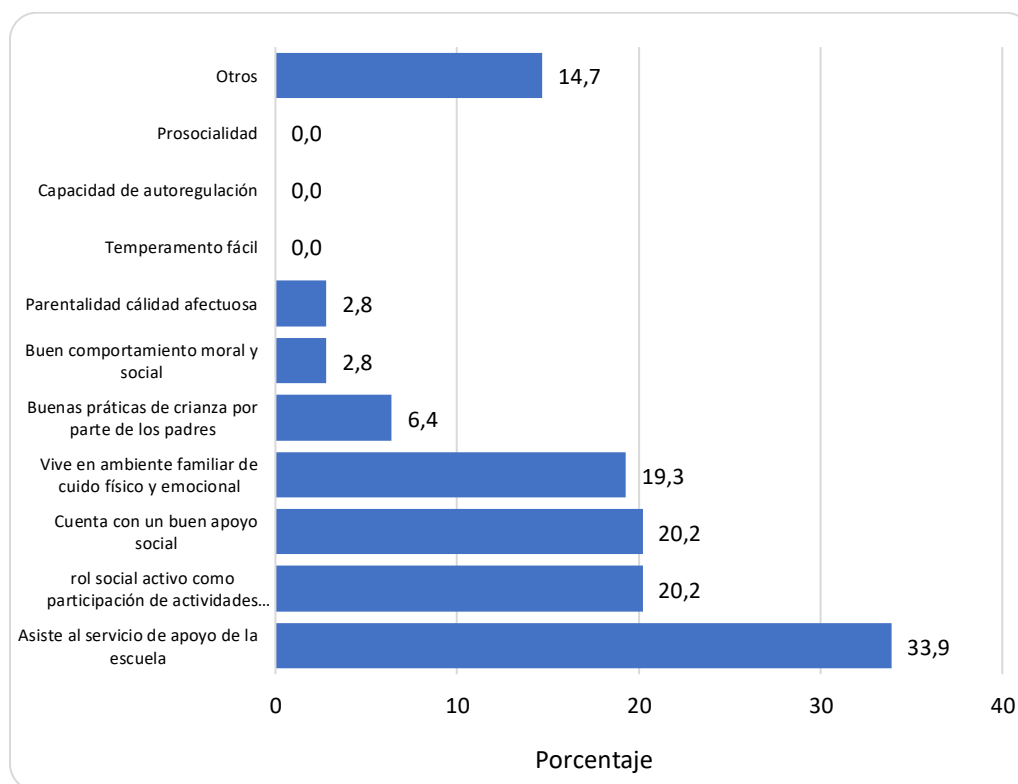


Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Nacional de Niños, Costa Rica. Datos consultados en el 2021.

## 4.8 Factores protectores

Los principales factores protectores presentan baja prevalencia en la población en estudio y el principal es la asistencia al servicio de apoyo que brinda la escuela. (Gráfico 19)

**Gráfico 19 Costa Rica: Factores protectores en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017.**

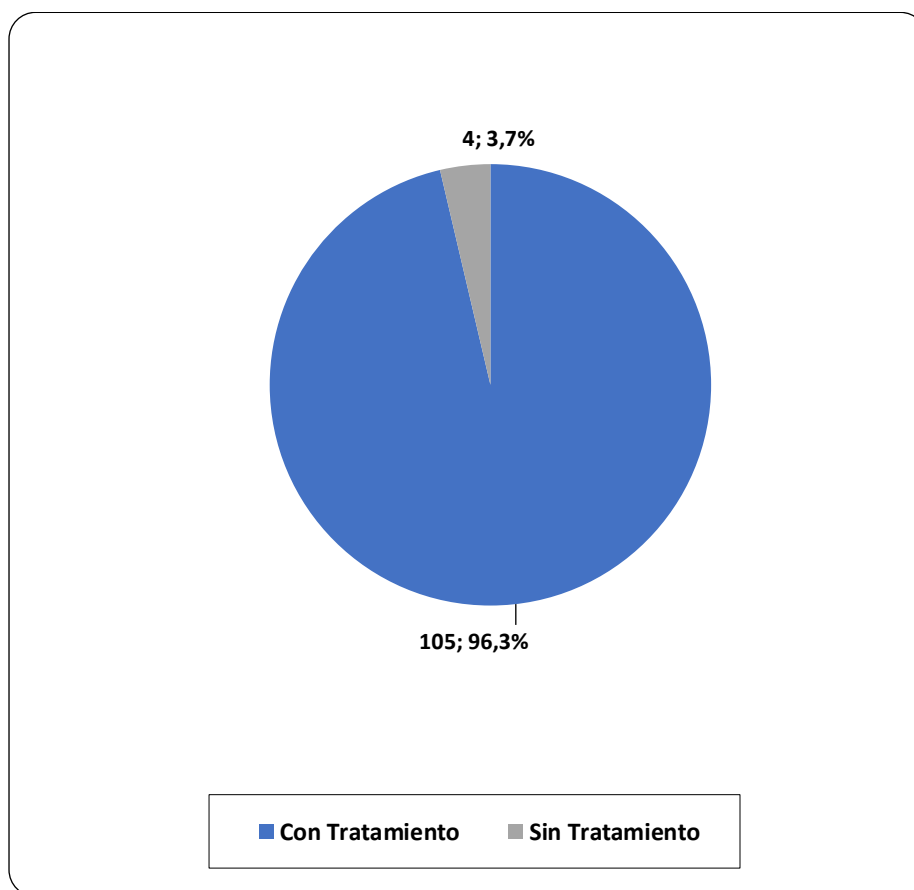


Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Nacional de Niños, Costa Rica. Datos consultados en el año 2021.

#### 4.9 Intervenciones clínicas

El 96,3% de los pacientes con trastorno oposicionista desafiante tuvieron algún tipo de tratamiento médico. (Gráfico 20).

**Gráfico 20 Costa Rica. Tratamiento en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. (n = 109 pacientes)**

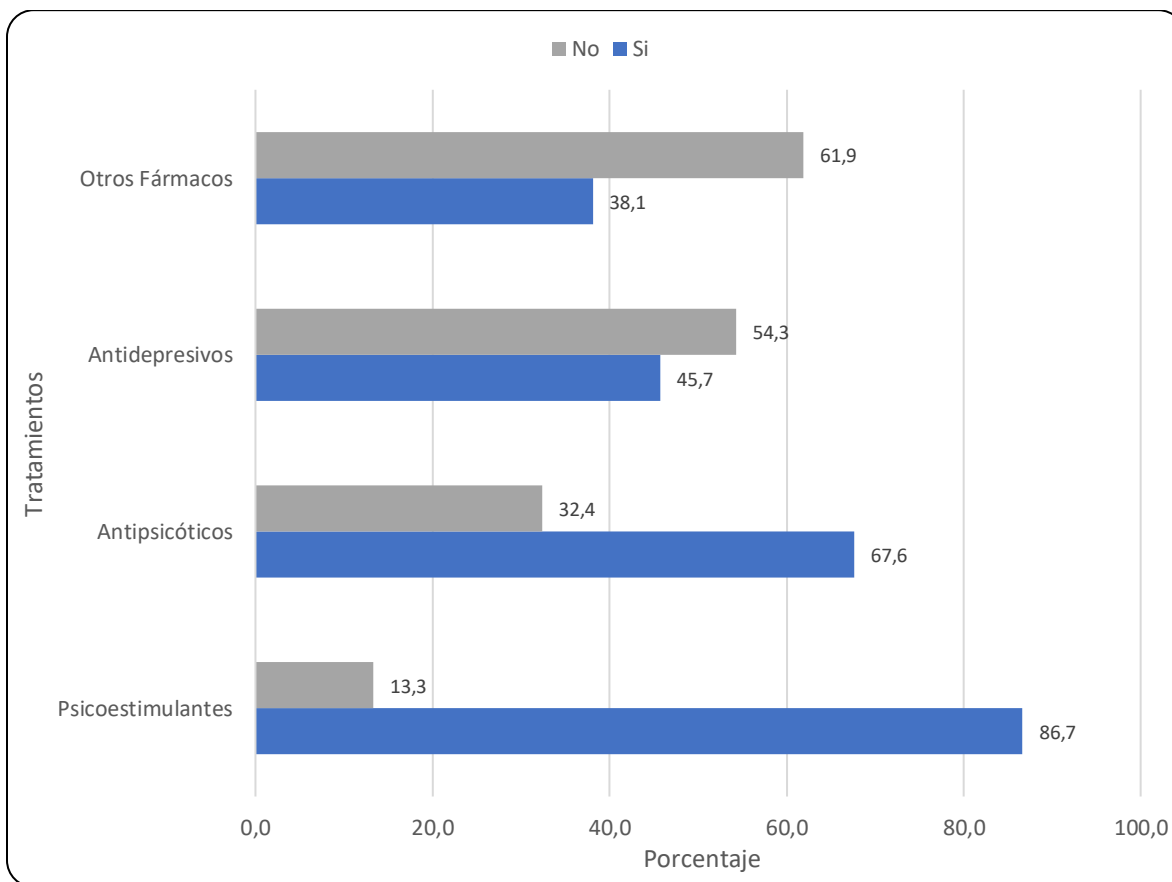


Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Nacional de Niños, Costa Rica. Datos consultados en el año 2021.



Los principales tratamientos suministrados a los niños con trastorno oposicionista son los psicoestimulantes y los antipsicóticos, en el 86,7% y el 67,6% de los niños respectivamente. (Gráfico 21).

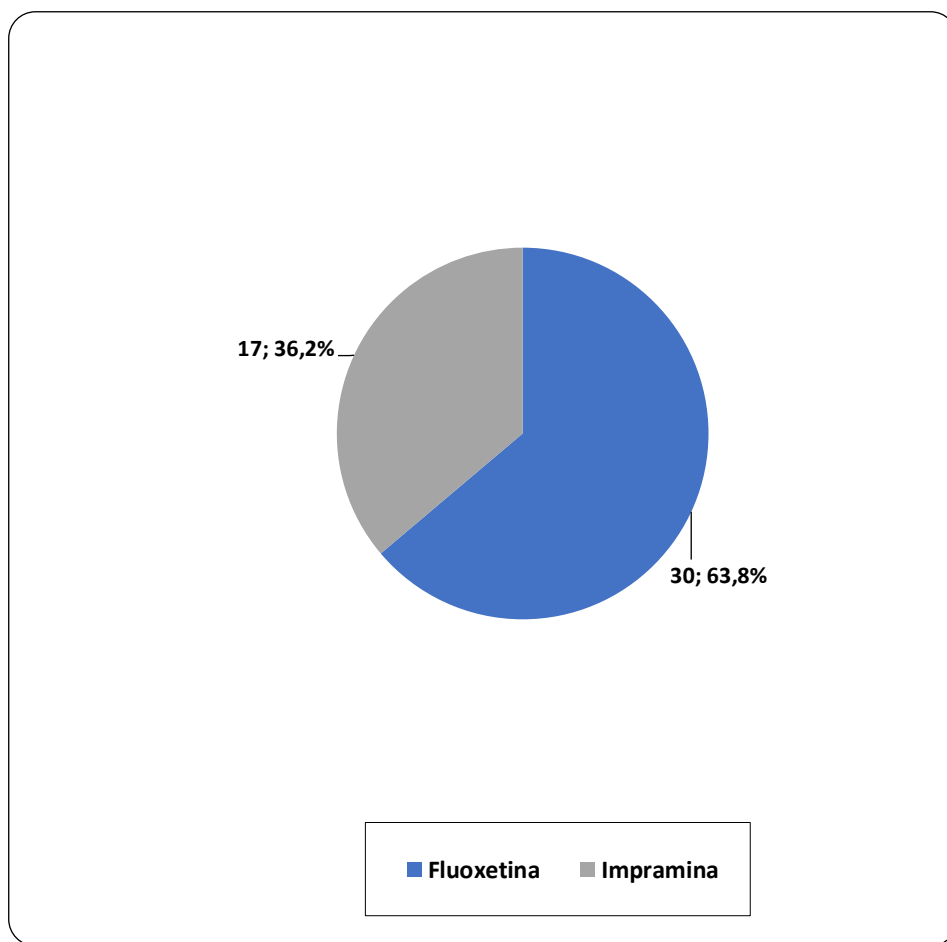
**Gráfico 21 Costa Rica. Tipos de Tratamientos suministrados a los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. (n = 105 pacientes)**



Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Nacional de Niños, Costa Rica. Datos consultados en el año 2021.

El principal antidepresivo suministrado es la fluoxetina (63,8%). (Gráfico 22)

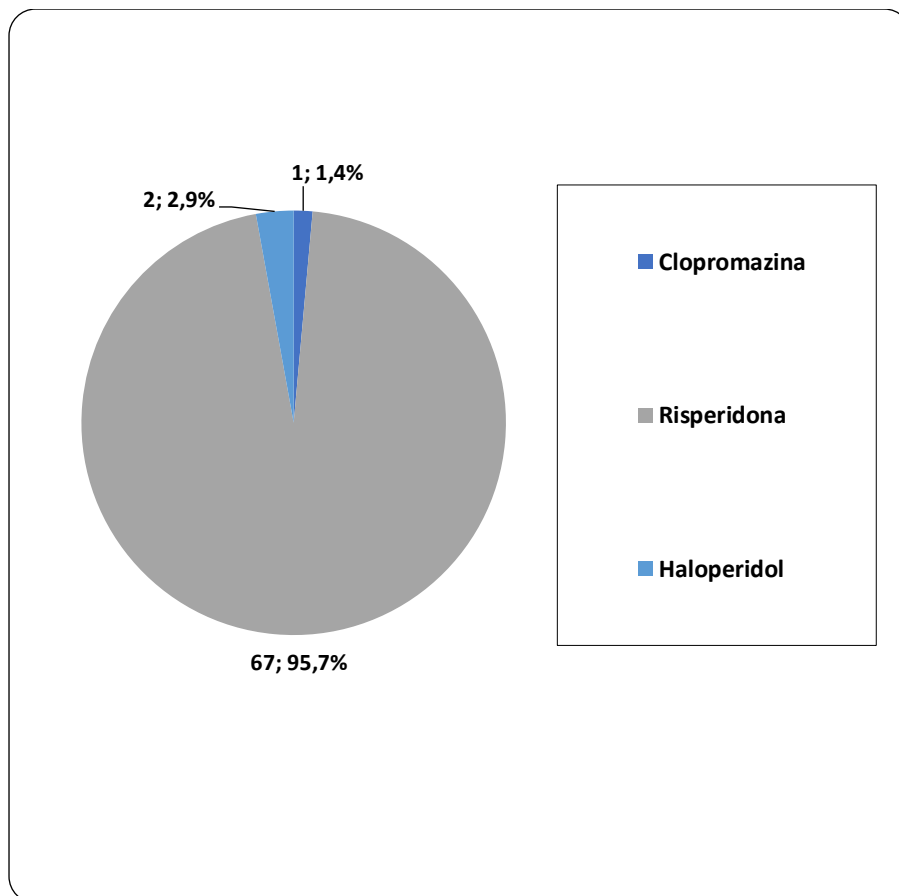
**Gráfico 22 Costa Rica. Tratamientos con antidepresivos en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. (n = 47 pacientes)**



Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Nacional de Niños, Costa Rica. Datos consultados en el año 2021.

El principal antipsicótico suministrado es la risperidona (95,7%). (Gráfico 23)

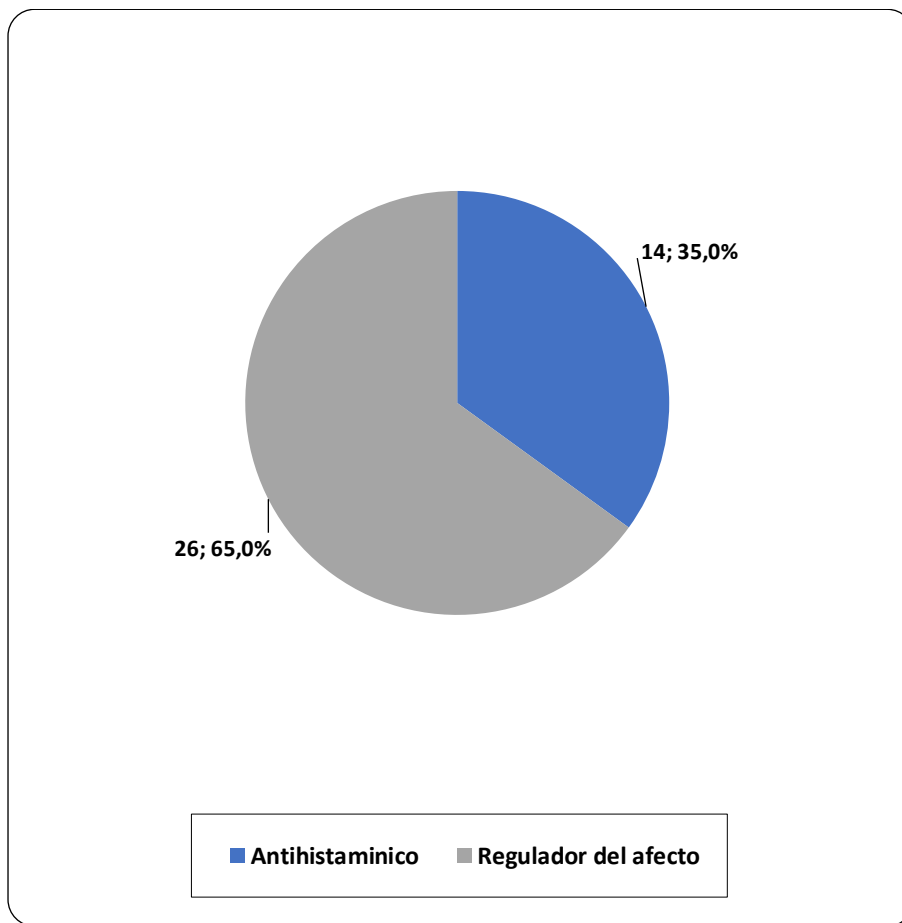
**Gráfico 23 Costa Rica. Tratamientos con antipsicóticos en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. (n = 70 pacientes)**



Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Nacional de Niños, Costa Rica. Datos consultados en el año 2021.

En el grupo de otros fármacos, los más suministrados a los niños con TOD son los reguladores del afecto (65%). Seguidos por los antihistamínicos (35%). (Gráfico 24)

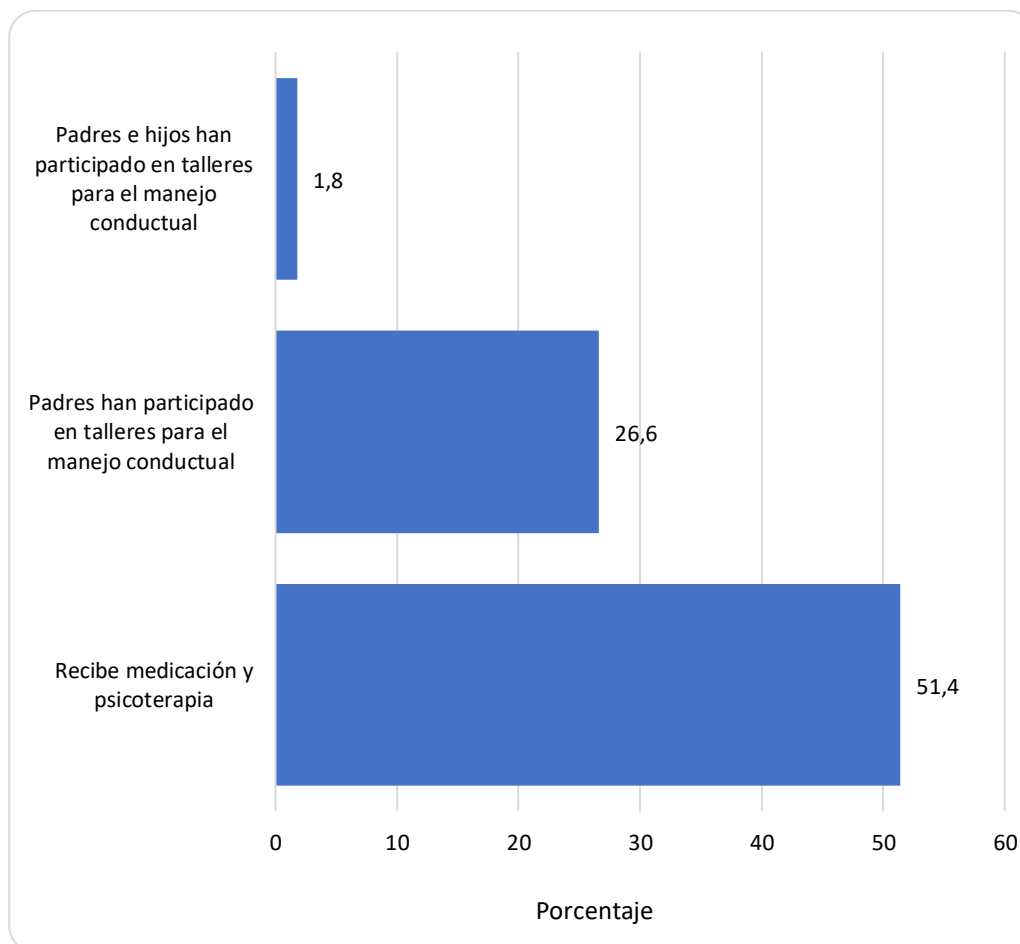
**Gráfico 24 Costa Rica. Tratamientos con otros fármacos en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. (n = 40 pacientes)**



Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Nacional de Niños, Costa Rica. Datos consultados en el año 2021.

Como otros tratamientos se encontró el empleo de la medicación con la psicoterapia (51,4%).  
(Gráfico 25)

**Gráfico 25 Costa Rica: Otros tratamientos en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017.**

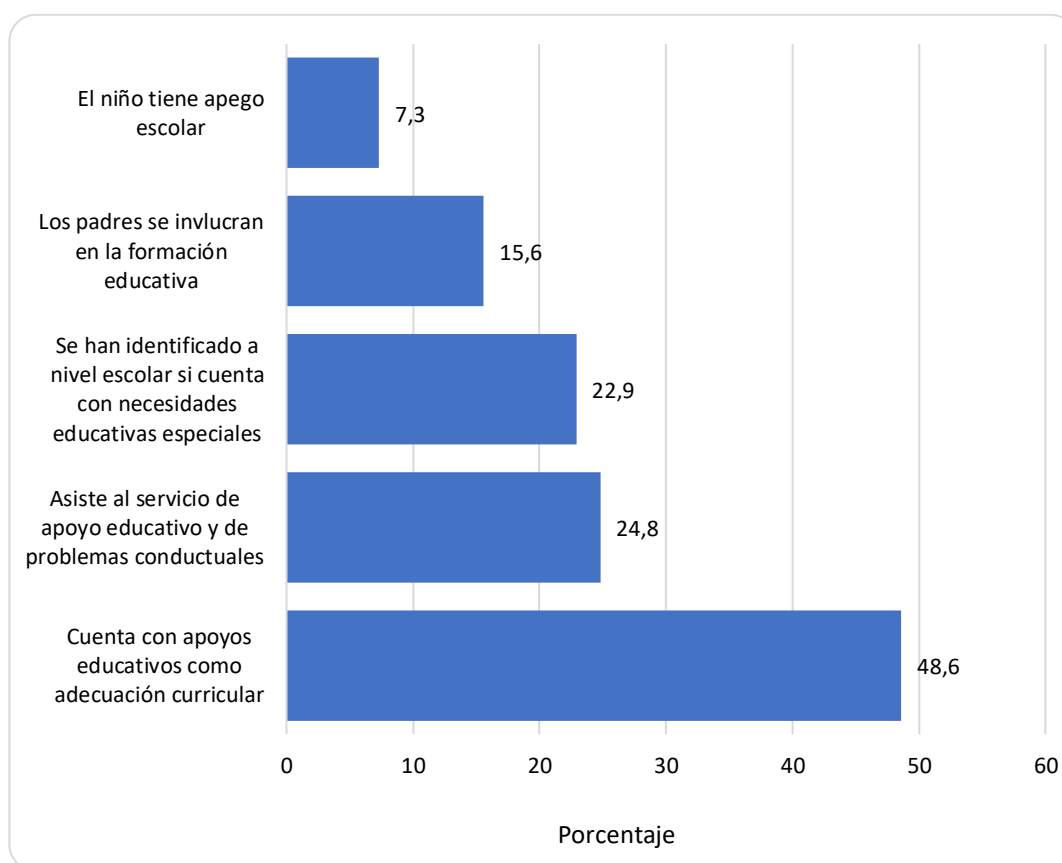


Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Nacional de Niños, Costa Rica. Datos consultados en el año 2021.

#### 4.10 Intervenciones educativas

Las principales intervenciones educativas en los niños con trastorno oposicionista desafiante son contar con apoyos educativos como la adecuación curricular (48,6%). Se observó que el 24,8% asistió al servicio de apoyo educativo, se ha identificado a nivel escolar que los niños cuentan con necesidades educativas especiales en un 22,9%. (Gráfico 26)

**Gráfico 26 Costa Rica: Intervenciones educativas en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017.**

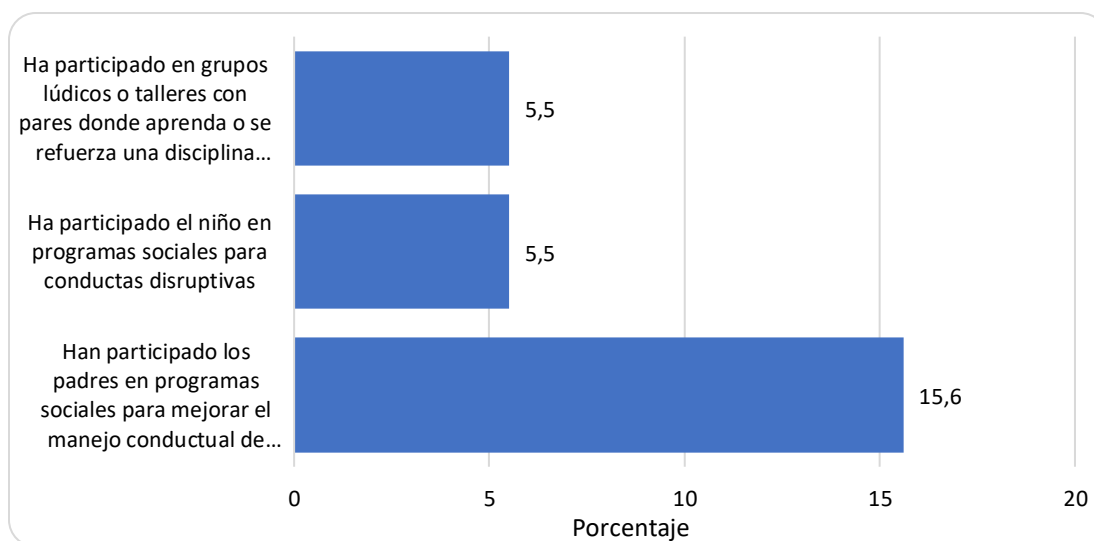


Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Nacional de Niños, Costa Rica. Datos consultados en el año 2021.

#### 4.11 Intervenciones socio familiares

Las intervenciones socio familiares son muy escasas, asiste el 16,0% o menos de los niños. (Gráfico 27)

**Gráfico 27 Costa Rica: intervenciones socio familiares en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. (n = 109 pacientes)**



Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Nacional de Niños, Costa Rica. Datos consultados en el año 2021.

### 5. Análisis bivariados

#### 5.1 Patrones de enfado, desafiante y rencoroso por sexo

Al relacionar los patrones de enfado, desafiante y rencoroso por sexo; se encontró que solo el ítem “A menudo pierde la calma” del patrón de enfado, resultó significativo ( $p < 0,05$ ), es decir, existe asociación entre este patrón de enfado y el sexo de los niños con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante, con un riesgo de 4,7 veces más de perder la calma en los niños que presentan diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante, comparados con las niñas con el mismo diagnóstico. (Cuadro 3)

**Cuadro 3. Costa Rica: Patrones de enfado, desafiante y rencoroso según sexo, en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. (n = 109 pacientes)**

Variable	Sexo						Valor de p	OR		
	Femenino		Masculino		Total			I. de C. al 95%		
	Pacientes	%	Pacientes	%	Pacientes	%		L. Inf.	L. Sup.	
<b>Patrón de enfado</b>										
<i>A menudo pierde la calma</i>										
No	9	31,0	20	69,0	29	100,0	p = 0,004*	4,7	1,3	16,6
Si	7	8,8	73	91,3	80	100,0				
<i>A menudo está susceptible o se molesta con facilidad</i>										
No	12	15,2	67	84,8	79	100,0	p = 0,807			
Si	4	13,3	26	86,7	30	100,0				
<i>A menudo está enfadado y resentido</i>										
No	8	11,0	65	89,0	73	100,0	p = 0,118			
Si	8	22,2	28	77,8	36	100,0				
<b>Patrón desafiante</b>										
<i>Discute a menudo con la autoridad o con los adultos</i>										
No	8	22,9	27	77,1	35	100,0	p = 0,097			
Si	8	10,8	66	89,2	74	100,0				
<i>A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas</i>										
No	2	28,6	5	71,4	7	100,0	p = 0,283			
Si	14	13,7	88	86,3	102	100,0				
<i>A menudo molesta a los demás deliberadamente</i>										
No	13	14,8	75	85,2	88	100,0	p = 0,955			
Si	3	14,3	18	85,7	21	100,0				
<i>A menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento</i>										
No	16	15,8	85	84,2	101	100,0	p = 0,223			
Si	0	0,0	8	100,0	8	100,0				
<b>Patrón rencoroso</b>										
<i>Discute a menudo con la autoridad o con los adultos</i>										
No	16	14,7	93	85,3	109	100,0	-			
Si	0	-	0	-	0	-				

Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Nacional de Niños, Costa Rica. Datos consultados en el 2021.



## 5.2 Patrones de enfado, desafiante y rencoroso por edad de inicio de atención

Al analizar las variables patrones de enfado, desafiante y rencoroso por la edad (años) se encontró que solo el ítem “Discute a menudo con la autoridad o con los adultos” del patrón desafiante, resultó significativo ( $p < 0,05$ ), es decir, el promedio de edad es mayor en los niños con diagnóstico opositorista desafiante con este patrón desafiante que los niños que no lo presentan. (Cuadro 4)

**Cuadro 4. Costa Rica: Patrones de enfado, desafiante y rencoroso según edad al inicio de la atención (años), en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno opositorista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. (n = 109 pacientes)**

Variable	Edad al inicio de la atención (años)				Valor de p	
	Pacientes	Promedio	D. Estándar	I. de C. al 95%		
<b>Patrón de enfado</b>						
<i>A menudo pierde la calma</i>						
No	29	9,2	2,5	8,3	10,0	p = 0,5158
Si	80	8,9	2,2	8,3	9,4	
<i>A menudo está susceptible o se molesta con facilidad</i>						
No	79	8,8	2,2	8,3	9,3	p = 0,2903
Si	30	9,3	2,5	8,5	10,2	
<i>A menudo está enfadado y resentido</i>						
No	73	8,7	2,4	8,1	9,3	p = 0,1149
Si	36	9,4	2,1	8,7	10,1	
<b>Patrón desafiante</b>						
<i>Discute a menudo con la autoridad o con los adultos</i>						
No	35	8,2	2,2	7,4	8,9	p = 0,0124*
Si	74	9,3	2,3	8,8	9,8	
<i>A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas</i>						
No	7	10,6	1,2	9,5	11,7	p = 0,0494
Si	102	8,8	2,3	8,4	9,3	
<i>A menudo molesta a los demás deliberadamente</i>						
No	88	8,9	2,3	8,4	9,4	p = 0,5604
Si	21	9,2	2,2	8,2	10,2	
<i>A menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento</i>						
No	101	8,8	2,3	8,4	9,3	p = 0,0533
Si	8	10,4	2,3	9,8	11,1	
Si	-	-	-	-	-	

Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Nacional de Niños, Costa Rica. Datos consultados en el 2021.

### 5.3 Comorbilidades y factores de riesgo

Para analizar las comorbilidades y los diferentes factores de riesgo (genéticos, del ambiente familiar, del ambiente extra familiar a nivel social y del ambiente extra familiar a nivel escolar) se decidió tomar las comorbilidades y en cada uno de los factores de riesgo aquellos cuyas prevalencias son del 20,0% o más y que resultaron estadísticamente significativas. Las comorbilidades con prevalencias del 20,0% o más son:

- Déficit atencional / Hiperactividad
- Comportamientos agresivos
- Problemas de aprendizaje
- Discapacidad cognitiva

#### 5.3.1 Comportamientos agresivos según factores de riesgo del ambiente familiar

Al relacionar los factores de riesgo del ambiente familiar con prevalencias del 20,0% o más en relación con la comorbilidad “Comportamientos agresivos”, existe una sola asociación entre estos factores de riesgo y los comportamientos agresivos ( $p < 0,05$ ), es decir, existe asociación entre el **castigo físico o maltrato infantil** y los **comportamientos agresivos** en los niños con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante, con un riesgo de 9,5 veces más de presentar comportamientos agresivos en los niños con factor de riesgo de castigo físico o maltrato infantil, comparados con los niños sin este factor de riesgo. (Cuadro 5)

**Cuadro 5. Costa Rica: Comportamientos agresivos según factores de riesgo del ambiente familiar, en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. (n = 109 pacientes)**

Variable	Comportamientos agresivos						Valor de p	OR	
	No		Si		Total			I. de C. al 95%	
	Pacientes	%	Pacientes	%	Pacientes	%		L. Inf.	L. Sup.
<b>FR Ambiente Familiar</b>									
<i>Modelos de crianza laxos o inconsistentes, pocos límites</i>									
No	9	34,6	17	65,4	26	100,0	p = 0,290		
Si	20	24,1	63	75,9	83	100,0			
<i>Estrés parenteral</i>									
No	17	29,3	41	70,7	58	100,0	p = 0,496		
Si	12	23,5	39	76,5	51	100,0			
<i>Abandono</i>									
No	19	31,1	42	68,9	61	100,0	p = 0,226		
Si	10	20,8	38	79,2	48	100,0			
<i>Violencia intrafamiliar</i>									
No	22	30,1	51	69,9	73	100,0	p = 0,235		
Si	7	19,4	29	80,6	36	100,0			
<i>Castigo físico o maltrato infantil</i>									
No	27	36,5	47	63,5	74	100,0	p = 0,001*	9,5	
Si	2	5,7	33	94,3	35	100,0		2,1	86,4
<i>Exposición a agresión verbal, física o sexual dentro o fuera de la familia</i>									
No	19	25,0	57	75,0	76	100,0	p = 0,565		
Si	10	30,3	23	69,7	33	100,0			
<i>Discordia en relaciones familiares</i>									
No	22	27,8	57	72,2	79	100,0	p = 0,634		
Si	7	23,3	23	76,7	30	100,0			
<i>Desregulación emocional en los padres</i>									
No	25	28,7	62	71,3	87	100,0	p = 0,317		
Si	4	18,2	18	81,8	22	100,0			

Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Nacional de Niños, Costa Rica. Datos consultados en el año 2021.

### 5.3.2 Comportamientos agresivos según factores de riesgo del ambiente extra familiar a nivel escolar

Al relacionar los factores de riesgo del ambiente familiar con prevalencias del 20,0% o más en relación con la comorbilidad “Comportamientos agresivos”, existen tres asociaciones entre estos factores de riesgo y los comportamientos agresivos ( $p < 0,05$ ), es decir, existe asociación entre la **poca tolerancia a la frustración** y los **comportamientos agresivos** en los niños con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante, con un riesgo de 2,5 veces más de presentar comportamientos agresivos en los niños con factor de riesgo de poca tolerancia a la frustración, comparados con los niños sin este factor de riesgo. (Cuadro 6)

También existe asociación entre la **conducta impulsiva o gratificación inmediata en el ambiente escolar** y los **comportamientos agresivos** en los niños con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante, con un riesgo de 2,5 veces más de presentar comportamientos agresivos en los niños con factor de riesgo conducta impulsiva o gratificación inmediata en el ambiente escolar, comparados con los niños sin este factor de riesgo. (Cuadro 6)

Finalmente, existe asociación entre los **problemas con el manejo de la disciplina en la escuela por conductas agresivas** y los **comportamientos agresivos** en los niños con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante, con un riesgo de 4,6 veces más de presentar comportamientos agresivos en los niños con problemas con el manejo de la disciplina en la escuela por conductas agresivas, comparados con los niños sin este factor de riesgo. (Cuadro 6)

**Cuadro 6. Costa Rica: Comportamientos agresivos según factores de riesgo del ambiente extra familiar a nivel escolar, en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. . (n = 109 pacientes)**

Variable	Comportamientos agresivos						Valor de p	OR		
	No		Si		Total			I. de C. al 95%		
	Pacientes	%	Pacientes	%	Pacientes	%		L. Inf.	L. Sup.	
<b>FR Extra familiar escolar</b>										
<i>Poca tolerancia a la frustración</i>										
No	14	38,9	22	61,1	36	100,0	p = 0,042*	2,5	0,93	6,5
Si	15	20,5	58	79,5	73	100,0				
<i>Tiene el niño un funcionamiento escolar deficiente o fracaso</i>										
No	9	24,3	28	75,7	37	100,0	p = 0,699			
Si	20	27,8	52	72,2	72	100,0				
<i>Conducta impulsiva o gratificación inmediata en el ambiente escolar</i>										
No	20	34,5	38	65,5	58	100,0	p = 0,047*	2,5	0,92	6,9
Si	9	17,6	42	82,4	51	100,0				
<i>Problemas de aprendizaje</i>										
No	17	28,8	42	71,2	59	100,0	p = 0,571			
Si	12	24,0	38	76,0	50	100,0				
<i>Problemas con el manejo de la disciplina en escuela por conductas agresivas</i>										
No	24	36,9	41	63,1	65	100,0	p = 0,003*	4,6	1,5	16,6
Si	5	11,4	39	88,6	44	100,0				
<i>Presenta déficit intelectual</i>										
No	22	26,5	61	73,5	83	100,0	p = 0,967			
Si	7	26,9	19	73,1	26	100,0				
<i>Antecedentes de Bullying</i>										
No	23	26,7	63	73,3	86	100,0	p = 0,494			
Si	6	26,1	17	73,9	23	100,0				

Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Nacional de Niños, Costa Rica. Datos consultados en el año 2021.

### 5.3.3 Problemas de aprendizaje según factores de riesgo del ambiente familiar

Al relacionar los factores de riesgo del ambiente familiar con prevalencias del 20,0% o más en relación con la comorbilidad “Problemas de aprendizaje”, existe una sola asociación entre estos factores de riesgo y los problemas de aprendizaje ( $p < 0,05$ ), es decir, existe asociación entre la

**violencia intrafamiliar** y los **problemas de aprendizaje** en los niños con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante, con un riesgo de 3,3 veces más de presentar problemas de aprendizaje en los niños con factor de riesgo de violencia intrafamiliar, comparados con los niños sin este factor de riesgo. (Cuadro 7)

**Cuadro 7. Costa Rica: Problemas de aprendizaje según factores de riesgo del ambiente familiar, en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. (n = 109 pacientes)**

Variable	Problemas de aprendizaje						Valor de p	OR	
	No		Sí		Total			I. de C. al 95%	
	Pacientes	%	Pacientes	%	Pacientes	%		L. Inf.	L. Sup.
<b>FR Ambiente Familiar</b>									
<i>Modelos de crianza laxos o inconsistentes, pocos límites</i>									
No	19	73,1	7	26,9	26	100,0	p = 0,516		
Sí	55	66,3	28	33,7	83	100,0			
<i>Estrés parental</i>									
No	43	74,1	15	25,9	58	100,0	p = 0,136		
Sí	31	60,8	20	39,2	51	100,0			
<i>Abandono</i>									
No	39	54,9	32	45,1	71	100,0	p = 0,319		
Sí	35	72,9	13	27,1	48	100,0			
<i>Violencia intrafamiliar</i>									
No	58	77,3	17	22,7	75	100,0	p = 0,005*	3,3	8,4
Sí	18	50,0	18	50,0	36	100,0			
<i>Castigo físico o maltrato infantil</i>									
No	47	63,5	27	36,5	74	100,0	p = 0,155		
Sí	27	77,1	8	22,9	35	100,0			
<i>Exposición a agresión verbal, física o sexual dentro o fuera de la familia</i>									
No	53	69,7	23	30,3	76	100,0	p = 0,531		
Sí	21	63,6	12	36,4	33	100,0			
<i>Discordia en relaciones familiares</i>									
No	57	72,2	22	27,8	79	100,0	p = 0,122		
Sí	17	56,7	13	43,3	30	100,0			
<i>Desregulación emocional en los padres</i>									
No	59	67,8	28	32,2	87	100,0	p = 0,974		
Sí	15	68,2	7	31,8	22	100,0			

Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Nacional de Niños, Costa Rica. Datos consultados en el año 2021.

#### 5.3.4 Problemas de aprendizaje según factores de riesgo del ambiente extra familiar a nivel escolar

Al relacionar los factores de riesgo del ambiente extra familiar a nivel escolar con prevalencias del 20,0% o más en relación con la comorbilidad “Problemas de aprendizaje”, existen tres asociaciones entre estos factores de riesgo y los problemas de aprendizaje ( $p < 0,05$ ), es decir, existe asociación entre **tiene el niño un funcionamiento escolar deficiente o fracaso** y los **problemas de aprendizaje**, con un riesgo de 2,7 veces más de presentar problemas de aprendizaje en los niños con factor de riesgo un funcionamiento escolar deficiente o fracaso, comparados con los niños sin este factor de riesgo. (Cuadro 8)

También existe asociación entre los **problemas de aprendizaje** como factor de riesgo y los **problemas de aprendizaje** como comorbilidad en los niños con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante, con un riesgo de 22,5 veces más de presentar problemas de aprendizaje como comorbilidad en los niños con factor de riesgo de problemas de aprendizaje, comparados con los niños sin este factor de riesgo. (Cuadro 8)

Finalmente, existe asociación entre **presentar déficit intelectual** y los **problemas de aprendizaje** en los niños con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante, con un riesgo de 2,8 veces más de presentar problemas de aprendizaje como comorbilidad en los niños con factor de riesgo problemas de aprendizaje, comparados con los niños sin este factor de riesgo. (Cuadro 8)

**Cuadro 8. Costa Rica: Problemas de aprendizaje según factores de riesgo del ambiente extra familiar a nivel escolar, en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. (n = 109)**

Variable	Problemas de aprendizaje						Valor de p	OR	
	No		Sí		Total			I. de C. al 95%	
	Pacientes	%	Pacientes	%	Pacientes	%		L. Inf.	L. Sup.
<b>FR Extra familiar escolar</b>									
<i>Poca tolerancia a la frustración</i>									
No	23	63,9	13	36,1	36	100,0	p = 0,530		
Sí	51	69,9	22	30,1	73	100,0			
<i>Funcionamiento escolar deficiente o fracaso</i>									
No	30	81,1	7	18,9	37	100,0	p = 0,034*	2,7	
Sí	44	61,1	28	38,9	72	100,0		1,0	8,3
<i>Conducta impulsiva o gratificación inmediata</i>									
No	38	65,5	20	34,5	58	100,0	p = 0,572		
Sí	36	70,6	15	29,4	51	100,0			
<i>Problemas de aprendizaje</i>									
No	55	93,2	4	6,8	59	100,0	p = 0,000*	22,4	
Sí	19	38,0	31	62,0	50	100,0		6,5	95,5
<i>Problemas con el manejo de la disciplina</i>									
No	45	69,2	20	30,8	65	100,0	p = 0,716		
Sí	29	65,9	15	34,1	44	100,0			
<i>Presenta déficit intelectual</i>									
No	61	73,5	22	26,5	83	100,0	p = 0,025*	2,8	
Sí	13	50,0	13	50,0	26	100,0		1,0	7,6
<i>Antecedentes de Bullying</i>									
No	56	65,1	30	34,9	86	100,0	p = 0,230		
Sí	18	78,3	5	21,7	23	100,0			

Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Nacional de Niños, Costa Rica. Datos consultados en el año 2021.

### 5.3.5 Discapacidad cognitiva según factores de riesgo del ambiente familiar

Al considerar los factores de riesgo del ambiente familiar con prevalencias del 20,0% o más en relación con la comorbilidad “Discapacidad cognitiva”, existe una sola asociación entre estos factores de riesgo y la discapacidad cognitiva ( $p < 0,05$ ), es decir, existe asociación entre **violencia intrafamiliar** y los **discapacidad cognitiva** en los niños con diagnóstico de trastorno



oposicionista desafiante, con un riesgo de 2,5 veces más de presentar discapacidad cognitiva en los niños con factor de riesgo de violencia intrafamiliar, comparados con los niños sin este factor de riesgo. (Cuadro 9)

**Cuadro 9. Costa Rica: Discapacidad cognitiva según factores de riesgo del ambiente familiar, en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. (n = 109 pacientes)**

Variable	Discapacidad cognitiva						Valor de p	OR	
	No		Sí		Total			I. de C. al 95%	
	Pacientes	%	Pacientes	%	Pacientes	%		L. Inf.	L. Sup.
<b>FR Ambiente Familiar</b>									
<i>Modelos de crianza laxos o inconsistentes, pocos límites</i>									
No	19	73,1	7	26,9	26	100,0	p = 0,489		
Sí	66	79,5	17	20,5	83	100,0			
<i>Estrés parenteral</i>									
No	47	81,0	11	19,0	58	100,0	p = 0,412		
Sí	38	74,5	13	25,5	51	100,0			
<i>Abandono</i>									
No	47	77,0	14	23,0	61	100,0	p = 0,791		
Sí	38	79,2	10	20,8	48	100,0			
<i>Violencia intrafamiliar</i>									
No	61	83,6	12	16,4	73	100,0	p = 0,045*	0,9	2,5 7,1
Sí	24	66,7	12	33,3	36	100,0			
<i>Castigo físico o maltrato infantil</i>									
No	59	79,7	15	20,3	74	100,0	p = 0,522		
Sí	26	74,3	9	25,7	35	100,0			
<i>Exposición a agresión verbal, física o sexual dentro o fuera de la familia</i>									
No	62	81,6	14	18,4	76	100,0	p = 0,169		
Sí	23	69,7	10	30,3	33	100,0			
<i>Discordia en relaciones familiares</i>									
No	61	77,2	18	22,8	79	100,0	p = 0,754		
Sí	24	80,0	6	20,0	30	100,0			
<i>Desregulación emocional en los padres</i>									
No	70	80,5	17	19,5	87	100,0	p = 0,214		
Sí	15	68,2	7	31,8	22	100,0			

Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Nacional de Niños, Costa Rica. Datos consultados en el año 2021.

### 5.3.6 Discapacidad cognitiva según factores de riesgo del ambiente extra familiar a nivel escolar

Al analizar los factores de riesgo del ambiente extra familiar a nivel escolar con prevalencias del 20,0% o más en relación con la comorbilidad “Discapacidad cognitiva”, existen dos asociaciones entre estos factores de riesgo y la discapacidad cognitiva ( $p < 0,05$ ), es decir, existe asociación entre **problemas de aprendizaje** y la **discapacidad cognitiva** en los niños con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante, con un riesgo de 9,2 veces más de presentar discapacidad cognitiva en los niños con factor de riesgo problemas de aprendizaje, comparados con los niños sin este factor de riesgo. (Cuadro 10)

También existe asociación entre **presenta déficit intelectual** y la **discapacidad cognitiva** en los niños con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante, con un riesgo de 65,8 veces más de presentar discapacidad cognitiva en los niños con factor de riesgo de déficit intelectual, comparados con los niños sin este factor de riesgo. (Cuadro 10)

**Cuadro 10. Costa Rica: Discapacidad cognitiva según factores de riesgo del ambiente extra familiar a nivel escolar, en los niños de 4 a 12 años con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante. HNN. 01 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017. (n = 109 pacientes)**

Variable	Discapacidad cognitiva						Valor de p	OR	
	No		Sí		Total			I. de C. al 95%	
	Pacientes	%	Pacientes	%	Pacientes	%		Inf.	L. Sup.
<b>FR Extra familiar escolar</b>									
<i>Poca tolerancia a la frustración</i>									
No	28	77,8	8	22,2	36	100,0	p = 0,971		
Sí	57	78,1	16	21,9	73	100,0			
<i>Tiene el niño un funcionamiento escolar deficiente o fracaso</i>									
No	32	86,5	5	13,5	37	100,0	p = 0,125		
Sí	53	73,6	19	26,4	72	100,0			

<b><i>Conducta impulsiva o gratificación inmediata en el ambiente escolar</i></b>							
No	46	79,3	12	20,7	58	100,0	p = 0,721
Sí	39	76,5	12	23,5	51	100,0	
<b><i>Problemas de aprendizaje</i></b>							
No	55	93,2	4	6,8	59	100,0	p = 0,000*
Sí	30	60,0	20	40,0	50	100,0	
<b><i>Problemas con el manejo de la disciplina en escuela por conductas agresivas</i></b>							
No	49	75,4	16	24,6	65	100,0	p = 0,426
Sí	36	81,8	8	18,2	44	100,0	
<b><i>Presenta déficit intelectual</i></b>							
No	79	95,2	4	4,8	83	100,0	p = 0,000*
Sí	6	23,1	20	76,9	26	100,0	
<b><i>Antecedentes de Bullying</i></b>							
No	65	75,6	21	24,4	86	100,0	p = 0,242
Sí	20	87,0	3	13,0	23	100,0	

Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Nacional de Niños, Costa Rica. Datos consultados en el año 2021.

### C. Discusión

A manera de preparación para la presente investigación se analizó la muestra que fue aportada por el Departamento de Registros Médicos y Estadística del HNN, quienes efectuaron la revisión por medio de una selección sistemática, ordenada por las variables edad, sexo, provincia, que consultaron el Servicio de Psiquiatría y Psicología con el diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante durante el periodo de estudio solicitado para el estudio (2015-2017).

El total de la muestra aportada por dicho departamento fue de 397 pacientes, del cual se aplicó un muestreo irrestricto aleatorio (MIA) con un nivel de confianza del 95%, un error del 8% y una varianza máxima ( $p=0,5$ ), seleccionándose así un tamaño muestral de 109 pacientes.

De esta población se debió excluir dos pacientes de la base de datos principal, uno que no contaba con el diagnóstico de TOD y otro que no cumplía con el requerimiento de obtener el mínimo del 50% de la información requerida, siendo sustituidos por casos de la base de datos secundaria.

El trastorno oposicionista desafiante es un fenómeno conductual, en donde los factores genéticos y los ambientales (Martel, 2019) determinan un papel importante, y según sea el caso, pueden prevalecer variables que condicionen su aparición y permanencia o bien, favorecer la remisión de dicha entidad (Ortiz, 2008).

En el presente estudio, los resultados generales de la investigación (mayor al 20% de prevalencia) orientaron la asociación entre algunas variables del TOD denominadas comorbilidades con factores de riesgo, el análisis bivariado demostró que entre estas asociaciones se eleva a un mayor

riesgo de presentar o desarrollar problemas de comportamiento como la agresividad, problemas de aprendizaje y discapacidad cognitiva.

Por otro parte, se documentaron resultados que no presentan implicaciones estadísticas pues los valores de las “p” en los análisis inferenciales fueron menores a los establecidos internacionalmente ( $p > 0,5$ ), en otras palabras, no tienen o poseen poca significancia estadística (Fernández y Díaz, 2001) pero, al ser un estudio observacional y retrospectivo podría ser importante considerarlas como fenómenos comportamentales de la muestra en estudio.

Con lo anterior se concluye que se requiere de un estudio cualitativo para lograr una mejor recopilación de la información sobre los comportamientos de los individuos y el abordaje de las condiciones sociales que permitan, desde un punto de vista estadístico, ser cuantificadas y extrapoladas a la población general (Monge, 2011). Esto no se logra en esta investigación pues no se establecen asociaciones entre muchas de las variables planteadas. Se concluye que el diseño de estudio de preferencia para abordar este tema no es el planteado en esta investigación.

En cuanto a la caracterización de la muestra, en los pacientes con trastorno oposicionista desafiante se encontró una distribución más prevalente en niños del sexo masculino con un 85,3% y en contraparte el 14,7% eran femeninas, tal como se describe en estudios publicados, donde el predominio es mayor en los varones. (APA 2014; Ezpeleta et. al, 2014). McKinney y Renk (2007), en su investigación sobre las teorías emergentes en la etiología del TOD, categorizan a este hallazgo como un factor de riesgo demográfico, aclaran que en la adolescencia las tasas de

prevalencia entre sexos parecen disminuir. En este estudio se cumplió con la hipótesis planteada, ya que se esperaba encontrar más pacientes del sexo masculino.

La edad de la muestra en estudio presentó un amplio rango, desde los 9 años hasta los casi 19 años, esto, por tratarse de una investigación retrospectiva, por lo que se le dio mayor énfasis a la edad de inicio de la atención en el servicio de Psiquiatría y Psicología. Entonces, se presentaron rangos de edad entre los 4,7 años y los 12,6 años y el promedio de edad para iniciar la atención de los 8,9 años  $\pm$  2,3 años.

Si se ve esta distribución por sexo, las niñas estaban entre los 8,5  $\pm$ 2,2 años y los niños de los 9,0 años  $\pm$  2,3 años, es decir, que tanto para los niños como para las niñas la edad de atención se dio en edades de escolarización a nivel de primaria, posiblemente, el segundo escenario donde se manifiesten los síntomas del TOD (APA, 2014). Al aplicar pruebas de análisis de independencia no se encontró diferencias entre ambos sexos.

La provincia en donde se dio mayor prevalencia de casos de Trastorno oposicionista desafiante fue San José (76,1%), principalmente en el cantón Central (25,3%) y Alajuelita (15,7%), que son áreas de adscripción del Hospital Nacional de Niños, en el grupo de otros cantones (26,6%) residen menos del 5% de los pacientes.

Los niños en estudio, en su mayoría, se encuentran cursando o han finalizado la primaria (83.49%), seguidos por un 11% que cursan secundaria.

La caracterización de los padres refleja como dato importante que el estado civil de los progenitores de los niños con TOD, en su mayoría, fue estar casados (26,5%) o en unión libre (10,8%), pero un porcentaje significativo de ellos se encuentran separados (29,4%). Lo que se ha documentado al respecto es que esta situación familiar en donde los padres se encuentran separados, divorciados o en discordia matrimonial pueden ser factores que influyen en el comportamiento de los niños y adolescentes; sin embargo, autores como McKinney y Renk (2007), especifican que la dirección de causalidad en la etiología del TOD no puede ser bien determinada.

En cuanto a la escolarización de los progenitores, independientemente de ser padre o madre, el mayor porcentaje presenta primaria completa (36,4% y 39% respectivamente). Se debe tener en cuenta que en el 24,8% y el 49,5% de las madres y padres no se tiene esa información, por lo que se debe tener cautela al interpretar esta variable.

El tipo de familia prevalente en la que viven los niños de la muestra en estudio es la de tipo nuclear con hijos (30,1%), particularmente contrapuesto a lo expuesto por diferentes autores que han visto una mayor tendencia de los niños con TOD a vivir en hogares deteriorados, monoparentales, con escaso manejo de límites por parte de la madre, generando importante estrés parental, con poca cohesión, altos niveles de conflictos familiares y ambientes poco afectuosos (Greene et. al, 2002; McKinney y Renk, 2007). En este estudio, solo el 22,3% de los niños viven en un hogar nuclear monoparental.

En este estudio no se logró determinar el nivel de ingreso mensual de la muestra, esto debido a un faltante de información, solo en 37 de los casos revisados contaban con este dato, en su mayoría

proporcionado en una atención de trabajo social. Por esta razón no hay observaciones al respecto, pese a que se ha descrito que en los niveles socioeconómicos comprometidos hay una mayor prevalencia de comportamientos externalizantes, y un trastorno oposicionista desafiante más severo (Lavigne et.al, 2012).

Con respecto a la presentación clínica, el 91,7% de los niños con trastorno oposicionista desafiante recibieron la asignación diagnóstica por psiquiatra. A nivel internacional, se describe que el trastorno oposicionista desafiante cuenta con tres dimensiones o patrones de presentación: enojado/irritable, desafiante y rencoroso (APA, 2014; Mikolajewski et. al, 2018). El 100% de los niños en estudio presentan al menos un síntoma del patrón desafiante. Con respecto al patrón de enfado, el 97.25% de los niños presenta al menos un síntoma en relación con este patrón. No se encontró pacientes con presentación de patrón rencoroso en la muestra en estudio.

De la dimensión de enfado o irritabilidad, el 73,4% de los niños presentó con mayor prevalencia la característica de “A menudo pierde la calma”. De la dimensión desafiante se presentó como principal rasgo distintivo “A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas”, un 93,6%.

Al asociar estas categorías con la edad de inicio de atención en la muestra estudiada, se encontró una sola asociación estadísticamente significativa con el patrón desafiante en el ítem “Discute a menudo con la autoridad o con adultos” ( $p = 0,0124$ ), es decir, el promedio de edad es mayor en los niños con este patrón desafiante que los niños que no lo presentan esta dimensión (9,3 años).



Las comorbilidades con mayor prevalencia en la muestra en estudio está el déficit atencional con hiperactividad (88,1%). Autores como Kim Hyo-Won et. al (2010), lograron comparar niños y adolescentes con TOD sin síntomas de TDAH y con síntomas de las dos patologías, encontraron que los niños con opositoristas desafiantes presentaban características temperamentales, conductuales y emocionales definidas, muy diferentes a las de TDAH. Demostraron la diferenciación clínica y, a la vez, la comorbilidad frecuente. Por otro lado, Gutiérrez A (2018) registra en su investigación que, según la literatura revisada, el TOD es la mayor comorbilidad del TDAH con cifras entre el 35-50%.

En este estudio, pese que el trastorno déficit atencional es la comorbilidad más prevalente, esta no se asoció significativamente a otros factores de riesgo del TOD, como se describe en la interrelación del TDAH con los trastornos de la conducta en el modelo IDEA (McKinney y Renk, 2007) (Figura 1). Sin embargo, en esta investigación, se alcanzaron porcentajes cuatro veces mayor a los establecidos para prevalencias estadísticamente significativos, por tanto, se considera que es una hipótesis aceptada, en el sentido de ser una comorbilidad frecuente en los niños con síntomas opositoristas desafiantes.

Los comportamientos agresivos fueron la segunda causa con más prevalencia (73.4%), la evidencia científica ha vinculado la agresión con circuitos neuronales, sistemas de neurotransmisores, genes reguladores de hormonas que intervienen con la respuesta al estrés psicosocial, la expresión de síntomas externalizantes y conductas prosociales disminuidas (Aguilera et. al, 2012; Ghosh et. al, 2017; McKinney y Renk, 2007).

También Ruisch et. al, (2020), observaron la asociación del TOD con factores de riesgo en estudios de agresividad, encontrando que existen “rasgos insensibles”, esto también corroborado por Cecil et. al, (2014) que en su estudio evidenció un aumento de la metilación del gen OXTR en los hijos de madres que presentaron abuso de sustancias en el embarazo, lo cual predispuso a rasgos insensibles en la adolescencia, y que se ha visto relacionado con disminución de la prosocialidad y la poca eficacia en la formación de vínculos emocionales con otras personas.

Otras comorbilidades presentes en menor prevalencia (pero arriba del 20% estimado), son los problemas de aprendizaje con un 32,1% (n=35) y la discapacidad cognitiva con un 22% (n=24) lo que se correlaciona con datos de autores como Matthys y Lochman, 2017 y Noordermeer et. al (2016) quienes identifican que estas comorbilidades están presentes en los pacientes con TOD; además, se ha descrito problemas de aprendizaje, mediados por altos niveles de impulsividad (deficiencia en el control inhibitorio) y tasas altas de fracaso académico con problemas de autoestima (Ortiz et. al, 2008). No se logró encontrar prevalencias significativas de comorbilidades en relación con los trastornos afectivos (ansiedad / depresión) o conductas disociales cómo se planteó en las hipótesis.

Los factores de riesgo genéticos o predisponentes se presentaron en el 7,3% o menos, siendo los más prevalentes con porcentajes de entre el 37,6% y el 21,1% en la muestra: la reacción intensa en los niños o dificultad de regulación afectiva (Schoorl et. al, 2017), agresividad en los niños (Ruisch et. al, 2020), temperamento difícil en los niños (McKinney y Renk, 2007), consumo de sustancias de abuso en los padres (Boden et. al, 2010; D’Onofrio et. al, 2008; Nigg y Breslau, 2007) y depresión de la madre (Fernández R, 2012). Los demás factores de riesgo genéticos

contaron con prevalencias por debajo del 20% por lo que no se consideran de significancia estadística.

Los factores relacionados con el ambiente familiar de los niños con trastorno oposicionista desafiante con prevalencias significativas se encontraron con porcentajes de entre el 76,1% y el 20,2% respectivamente, dentro de estos se encuentran: modelos de crianza laxos o inconsistentes, estrés parental (Javaloyes y Redondo, 2014; Lavigne et. al, 2012), abandono (Brumariu L y Kerns K, 2010), violencia intrafamiliar (Hyon-Won et al, 2010), castigo físico o maltrato infantil, exposición a la agresión verbal, física o sexual dentro o fuera de la familia (Ruisch et. al, 2020), discordia en relaciones familiares y desregulación emocional en los padres (Greene, R, et. al, 2002; McKinney et. al, 2007) y con respecto a los factores de riesgo extrafamiliares a nivel social, no se encontraron datos con relevancia estadística (menos del 15%), siendo el más cercano a este porcentaje la pobreza con n=16 casos, factor de riesgo social reportado en la literatura por Lavigne et. al, 2012.

A nivel escolar se encontró con prevalencias significativas entre el 67,0% y el 21,2%, predomina la poca tolerancia a la frustración, funcionamiento escolar deficiente (Hyon-Won et. al, 2010), conducta impulsiva en la escuela y déficit intelectual (Noordermeer et. al, 2016), problemas de aprendizaje, mal manejo de la disciplina en el aula (Card N, et. al, 2006) y antecedentes de bullying (Boden et. al, 2010).

El principal factor protector encontrado en esta revisión es la asistencia al servicio de apoyo a nivel escolar (33,9%), seguido por un rol social activo en donde se le da la posibilidad de participar en

actividades extracurriculares y contar con buen apoyo social con porcentajes de prevalencia del 20,2%. Entre otros factores protectores se encuentran pacientes institucionalizados (n=11) para el manejo de la conducta dentro de un centro de abordaje especializado (Ortiz et. al, 2008; Boylan et. al, 2007; Egger et. al, 2006; Greene et. al, 2002; Hamilton et. al, 2008, NICE, 2013).

Las principales intervenciones clínicas fueron las de tipo farmacológicas (96.3%), los tratamientos mayormente suministrados a los niños con trastorno oposicionista son los psicoestimulantes y los antipsicóticos, en el 86,7% y el 67,6% respectivamente. Las intervenciones psicosociales se presentaron en un porcentaje significativamente menor que las farmacológicas, lo cual es contrario a lo referente en la literatura internacional, en donde se considera que las intervenciones a nivel social y familiar deben de ser la primera opción de abordaje (NICE, 2013), posiblemente esto se deba a los escasos de recurso humano e institucional para el abordaje psicosocial.

La principal intervención educativa en los niños con trastorno oposicionista desafiante es contar con apoyos educativos como la adecuación curricular (48,6%), de este porcentaje se encontró que contaban con adecuación curricular no significativa la mayoría de los niños (n=36) y con adecuación curricular significativa n=16. Se observó que el 24,8% asistió al servicio de apoyo educativo, se han identificado a nivel escolar que los niños cuentan con necesidades educativas especiales en un 22,9%, los padres involucrados en la formación educativa se registraron en el 15,6% y con apego escolar en un 7,3% de los niños en estudio.

Las intervenciones socio familiares a los que asistieron los niños o su familia son muy escasas (N=29), se registró solo el 16,0% de participación de los padres a programas sociales para el

manejo conductual, el 5,5% restante de los niños participaron en grupos lúdicos o talleres de disciplina positiva o en programas sociales para conductas disruptivas.

El análisis bivariado ayuda a identificar en qué medida es posible predecir el valor de una variable conociendo ya el valor de otra variable con significancia estadística. Por ejemplo, se encontró que los niños con algunos comportamientos agresivos presentan 9,5 veces más posibilidades de desarrollar esta conducta cuando están expuestos a factores de riesgo del ambiente familiar como son el castigo físico o maltrato infantil ( $p=0,001$ ). En la literatura se ha descrito que las prácticas severas de crianza generan síntomas internalizantes y externalizantes entre ellos los comportamientos agresivos (Lin et. al, 2019; Marceau et. al, 2019; Waller et. al, 2018). Sin dejar de lado los efectos del ambiente en la epigenética, es decir, que este maltrato infantil puede influir en la transcripción del ADN (Cuartas y López, 2013; Ghosh et. al, 2017; Meaney, 2010).

En el ambiente escolar se encontró fuerte asociación de los comportamientos agresivos con la poca tolerancia a la frustración y la conducta impulsiva / necesidad de gratificación inmediata en un 2,5 veces más de asociación con conductas agresivas en el aula para ambas variables ( $p = 0,042$  y  $p = 0,047$  respectivamente). Se ha demostrado, por estudios de neuroimágenes, deficiencia en el control inhibitorio, anormalidades en el procesamiento emocional y la cognición social, se demuestra vinculación entre la deficiencia del control inhibitorio y los problemas de aprendizaje (Ghosh (2017); Noordermeer et. al (2016)).

Así mismo, se encontró que existe asociación de 4,6 veces más de presentar comportamientos agresivos si se presentan problemas con el mal manejo de la disciplina en la escuela por conductas

agresivas ( $p = 0,003$ ). Martel (2019) describe que la agresividad puede ser común en los niños con TOD y con frecuencia se observan ciclos coercitivos que las refuerzan. Por otro lado, se ha encontrado en estudios de neuroimágenes en niños con tendencia a la agresividad reactiva y no tan relacionada a la agresión proactiva, disminución del tamaño y volumen del lóbulo temporal, además de disminución de las capacidades cognitivas lo que facilitaría a una baja comprensión de las instrucciones y dificultades en la comunicación (Ruisch et. al, 2020).

En este estudio, otra asociación estadísticamente significativa, fue los problemas de aprendizaje que mostraron una tendencia de asociación con un riesgo de 3,3 veces más al relacionarlo con la violencia intrafamiliar comparados con los niños sin este factor de riesgo ( $p = 0,005$ ). Greene et. al (2002) y McKinney y Renk (2007) documentan la existencia de altos niveles de conflictos familiares y ambientes poco afectuosos, estrés en los padres, poca cohesión, lo que se puede ver reflejado en el desempeño escolar de los niños con TOD por la baja supervisión e inconsistencia en el manejo de límites.

En el ambiente escolar se evidenció que los problemas de aprendizaje se asociaron de forma estadísticamente significativa con un riesgo de 2,7 veces más de presentar un funcionamiento escolar deficiente o fracaso escolar ( $p = 0,034$ ) comparándolo con los niños que no presentan este factor de riesgo. Tal como lo describió Ortiz et. al, (2008) existen altas tasas de fracaso académico con problemas de autoestima en esta asociación; sin embargo, en esta investigación, la autoestima no fue una variable por estudiar de forma independiente. Reafirmando lo anterior se encontró fuerte asociación entre tener un problema de aprendizaje como comorbilidad y como factor de riesgo en 22,5 veces mayor. Por otro lado, el déficit intelectual se asoció a un riesgo de 2,8 veces

más de presentar un trastorno del aprendizaje como factor de riesgo, de ahí la importancia que se realicen las adecuaciones curriculares según las necesidades del menor (Calvo 2013).

En cuanto a la discapacidad cognitiva (entendida como el resultado de una déficit intelectual) a nivel familiar se encontró una sola asociación con los factores de riesgo familiares, esto al relacionarlo con la violencia intrafamiliar ( $p = 0,045$ ) con un riesgo mayor de 2,5 veces de presentar discapacidad cognitiva, esto posiblemente vinculado con lo descrito por autores como Cuartas y López (2013) en donde describen una interacción de los factores biológicos con los factores del medio ambiente lo que da como resultado un posible riesgo poligénico lo que influye en rasgos disposicionales entre los individuos y la expresión de la psicopatología.

Por otra parte, en el entorno escolar, se encontró asociación estadísticamente significativa de un riesgo mayor de 9,2 veces más de presentar discapacidad cognitiva en los niños con factor de riesgo de problemas de aprendizaje, pues se ha descrito alteraciones en las funciones ejecutivas, anormalidades en el procesamiento emocional y la cognición social, así como en el procesamiento del sistema de refuerzo (Best et. al, 2009; Noordermeer et. al, 2016).

Existe un 65,8 veces más riesgo de presentar discapacidad cognitiva ( $p = 0,000$ ), en los niños con factor de riesgo de déficit intelectual, una de las deficiencias neurofisiológicas descritas en los niños con TOD (Noordermeer et. al, 2016).

Se encontró asociación significativa en las variables relacionadas con el entorno escolar y el comportamiento agresivo; sin embargo, no fue igual para los trastornos internalizantes por lo que en la muestra de este estudio esta hipótesis es rechazada.

Los hallazgos en este estudio son importantes ya que se identificaron las principales características sociodemográficas de los niños como: edad, sexo con las presentaciones clínicas y las comorbilidades más prevalentes y la asociación de éstas con los factores de riesgo para el trastorno oposicionista desafiante, para los comportamientos agresivos, para los problemas de aprendizaje y para la discapacidad cognitiva.

Queda en evidencia que las interrelaciones de las comorbilidades con factores de riesgo ambientales a nivel familiar y escolar juegan un papel determinante en la aparición de mayor riesgo de presentar comportamientos agresivos, problemas de aprendizaje y discapacidad cognitiva, siendo estos factores posiblemente prevenibles según las intervenciones tempranas y las estrategias de abordaje psicosociales y clínicas.



#### **D. Conclusiones**

La presente investigación se centró en ofrecer una caracterización clínica y sociodemográfica de niños y niñas con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante, entre los 4 años y los 12 años, atendidos en el Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera”, durante el periodo de enero de 2015 a diciembre de 2017, Del total de la muestra (n=397), se realizó una selección de muestreo de manera sistematizada y aleatoria, con un nivel de confianza máxima ( $p=0.5$ ), para un nivel de confianza del 90%.

En cuanto a los aspectos sociodemográficos de la población en estudio con trastorno oposicionista desafiante, predominó de manera significativa el sexo masculino (85,3%), la distribución por edad, al inicio de la atención, estuvo entre los rangos de 4,7 años y 12,6 años, para los niños fue de 6 - 11 años y para las niñas entre 7 -11 años. Al analizar las pruebas de independencia, no existen diferencias estadísticamente significativas entre estos dos promedios, es decir, la edad promedio al inicio de la atención de los niños y de las niñas es igual estadísticamente ( $p = 0,4193$ ).

Más de tres cuartos de la población estudiada son de la provincia de San José (76,1%), un 40,9 de estos son procedentes del cantón central de San José y Alajuelita. Se encontró en Heredia 6,4%, Alajuela y Puntarenas un 5,5%, en Cartago y Limón 2,8% y en Guanacaste 0,9%.

El nivel educativo de los niños fue en su mayoría correspondiente al nivel de primaria (83,4%), se encontró en el nivel de secundaria un 11% y en preescolar un 4,59%. Sin escolarización no se encontró ningún caso.

En las características de los padres, se observó que en el nivel educativo tres tercios de ellos tenían primaria completa (39% de las madres y 36,4% de los padres), con secundaria completa se encontró a un 25.6% de las madres y un 32,7% de los padres. En estudios técnicos se encontró solo información de las madres, con un 3,7% y en grados universitarios un 12,2% de las madres y un 3,6% de los padres.

No se logró conocer el ingreso promedio mensual ya que no se contó con suficientes casos para poder trabajar esta variable.

En los tipos de familias, se obtuvo un 30,1% familias nucleares, seguida por familias reconstituidas o compuestas nucleares en un 28,2%, un 22,3% eran familias monoparentales, familias extensas con hijos en un 8,7%. Hogares de acogida o niños institucionalizados se encontraron en un 4,9% para ambos. Y el tipo de familia extenso monoparental obtuvo un 1%. Con un porcentaje de no respuesta en 6 casos.

La asignación diagnóstica de los niños con trastorno oposicionista desafiante fue por psiquiatra (91,7%), por psicología un 17,4%, un 6,4% por pediatras y 0,9% de la muestra recibió diagnóstico por médico general.

El 100% del total de la muestra con TOD presentaron al menos un síntoma desafiante y el 97,2% de los niños un síntoma del patrón de enfado, no se presentó el patrón rencoroso en ninguno de los casos en estudio.

Las características más predominantes del patrón de enfado en un 73,4% de los niños con trastorno oposicionista desafiante fue “A menudo pierde la calma”, del patrón desafiante fue “A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas” en un 93,6% de la muestra.

Las comorbilidades que más se presentaron en la población estudiada son: el déficit atencional con hiperactividad 88,1%, los comportamientos agresivos en al menos el 73,4%, los problemas de aprendizaje en un 32,1 % y la discapacidad cognitiva en un 22%.

Las demás comorbilidades se presentaron en el 32,0% de los niños o menos. La ansiedad, los problemas de lenguaje, los trastornos de la conducta, la depresión, los trastornos del neurodesarrollo, los rasgos de personalidad, el abuso de sustancias y el trastorno bipolar se presentaron solo en el 32% o menos de los niños.

Las otras comorbilidades médicas más frecuentes son: asma, epilepsia, diabetes mellitus (65,2%). Entre el grupo de las comorbilidades psiquiátricas está el bullying, el autismo y los intentos de autoeliminación (34,8%).

Los factores de riesgo genéticos más prevalentes que se encontraron son: desregulación emocional en los niños (37,6%), agresividad (31,2%), Temperamento difícil en los niños (27,2%), consumo de sustancias de abuso en los padres (24,8%), depresión en la madre (21,1%). Los demás factores de riesgo genéticos se presentaron en el 7,3% o menos de los niños.

Con respecto a los factores del ambiente a nivel familiar de los niños con trastorno oposicionista desafiante son los modelos de crianza laxos o inconsistentes (76,1%), el estrés parental (46,8%), abandono (44%), violencia intrafamiliar (33%), castigo físico o maltrato infantil (32,1%), exposición a la agresión verbal física o sexual dentro o fuera de la familia (30,3%), discordia en relaciones familiares (27,5%), y desregulación emocional en los padres (20,2%). Los demás factores de riesgo del ambiente familiar se presentaron en el 15,6% o menos de los niños.

A nivel social, los factores de riesgo tienen poca prevalencia, se presentan en menos del 15% en los niños con trastorno oposicionista desafiante, siendo la pobreza el más cercano a este porcentaje.

Los factores de riesgo extrafamiliar encontrados a nivel escolar prevalentes en los niños con TOD son: la poca tolerancia a la frustración (67%), funcionamiento escolar deficiente o fracaso (66,1%), conducta impulsiva o gratificación inmediata (46,8%), los problemas de aprendizaje (45,9%), problemas con el manejo de la disciplina en la escuela por conductas agresivas (40,4%), déficit intelectual (23,9%) y antecedentes de bullying (21,2%). Los demás factores de riesgo del ambiente extra familiar a nivel escolar se presentaron en el 9,2% o menos de los niños.

Los principales factores protectores presentan baja prevalencia en la población en estudio y el principal es la asistencia al servicio de apoyo de la escuela (33,9%), seguido por actividades extracurriculares (20,2%), apoyo de alguna institución social (20,2%), vivir en un ambiente familiar de cuidado físico y emocional (19,3%), el resto de los factores protectores se presentaron en un 14,7% o menos de los pacientes en estudio.

Sobre las intervenciones clínicas, el 96,3% de los pacientes con TOD tuvieron algún tipo de tratamiento médico. Los principales tratamientos suministrados a los niños con trastorno oposicionista son los psicoestimulantes y los antipsicóticos, 86,7% y 67,6% respectivamente. El principal antidepresivo suministrado es la fluoxetina 63,8%. La risperidona fue el principal antipsicótico suministrado (67,9%). Dentro del grupo de otros fármacos, los reguladores del afecto prevalecieron en un 65% sobre los antihistamínicos 35%.

Las principales intervenciones educativas en los niños con trastorno oposicionista desafiante son: contar con apoyos educativos como la adecuación curricular (48,6%), asistir al servicio de apoyo educativo (24,8%), a nivel escolar se ha identificado por los docentes que los menores de edad cuentan con necesidades educativas especiales (22,9%), padres involucrados en la formación educativa 15,6% y apego escolar del niño en un 7,3% de los niños en estudio.

Se encontró que las intervenciones socio familiares a los que asistieron los niños o su familia son muy escasas, solo se registra el 16,0% de participación de los padres en programas sociales para el manejo conductual, el 5,5% restante de los niños participaron en grupos lúdicos o talleres de disciplina positiva o en programas sociales para conductas disruptivas.

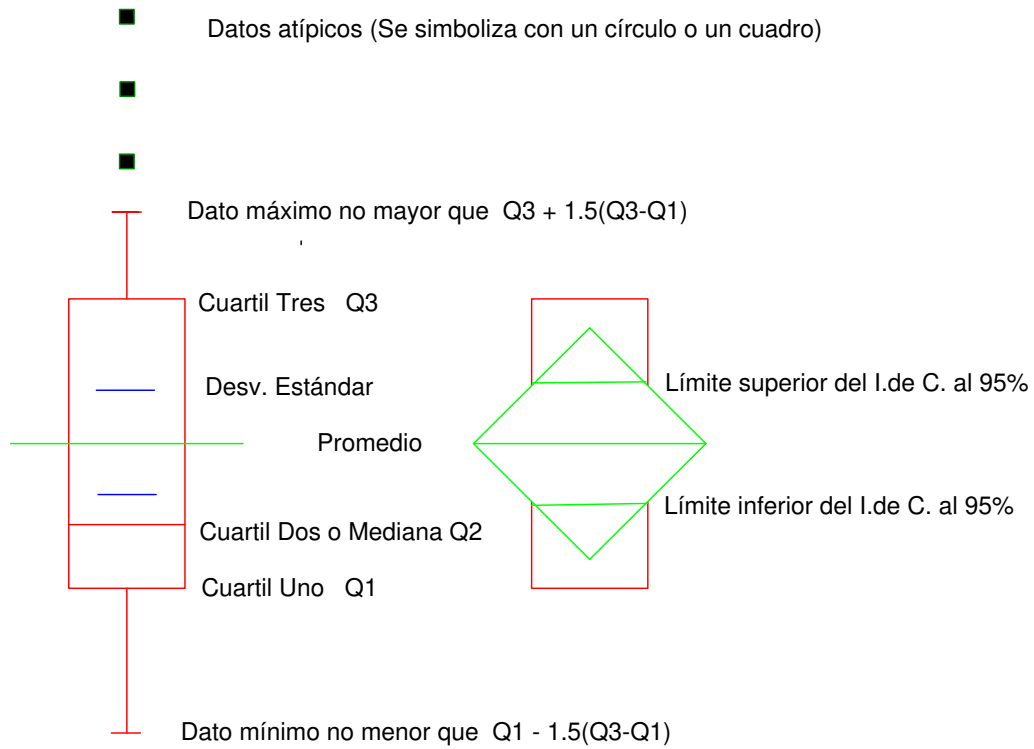
### **E. Recomendaciones**

- Desde el punto de vista metodológico, se alienta a otros clínicos para formar grupos de intervenciones para el manejo conductual, inclusive, grupos psicoeducativos de padres e hijos para la comprensión del trastorno oposicionista desafiante y a la vez realizar investigaciones de tipo cualitativas, para obtener resultados más objetivos del comportamiento general y la percepción de los individuos atendidos y así dar la oportunidad de elaborar estrategias o guías de abordaje clínico y psicosocial para los participantes.
- A nivel académico es importante recomendar que se brinde mayor capacitación a médicos internos, médicos generales, pediatras, psiquiatras y psicólogos en cuanto al trastorno oposicionista desafiante, la detección temprana y el abordaje psicosocial, según las recomendaciones de Guías Internacionales, así como la oportuna derivación a especialistas.
- Se recomienda, en la práctica clínica de cada profesional, elaborar un documento para la obtener información relevante sobre el trastorno oposicionista desafiante, que permitan tener la claridad de las diferentes comorbilidades, factores de riesgo y de protección, presentes en la persona menor atendido, para plantear abordajes de intervención acorde con sus necesidades.
- En los resultados de esta investigación, las asociaciones más significativas se evidenciaron en dos ejes: la familia y el ámbito escolar, se observaron factores de riesgo ambientales que, en su gran mayoría, son prevenibles o modificables, por lo que se recomienda promover intervenciones en cuanto a la cero tolerancia al maltrato infantil y la implementación de apoyos educativos para los niños con trastornos oposicionistas desafiantes.

## **Parte final: anexos y referencias**

## 1. Anexos

### Anexo 1: Componentes del gráfico de caja (Box Plot)





## Anexo 2: Instrumento para la recolección de datos TOD

**Título: “Caracterización clínica y sociodemográfica de niños y niñas con diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante, entre los 4 años y los 12 años, atendidos en el Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera”, durante el periodo de enero de 2015 a diciembre de 2017”.**

- Criterios de inclusión	- Criterios de exclusión
-Rango de edad: niños mayores de 4 años y menores de 12 años. -Género: masculino y femenino. -Etnia: se incluyen todas las etnias. -Inclusión de participantes vulnerables: Sí, por las características de la población en estudio, ya que se revisará en el estudio información de pacientes menores de edad, lo que constituye una población vulnerable. -Pruebas de laboratorio y Gabinete: no se valoran en este estudio. -Otros: participantes que cuenten con el diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante, que fueron atendidos en el Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera, durante el periodo de estudio (2015-2017), con o sin escolarización y de cualquier procedencia de nuestro país.	-Pacientes menores de 4 años y mayores a 13 años. -Expedientes que se hayan extraviado en registros médicos. -También se excluirán aquellos expedientes incompletos, en los que no pueda ser completada más del 50% de las variables requeridas en el estudio.

I.DEMOGRAFÍA	
1. Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___ ( DD / MM / AA)	
2. Edad (años exactos de acuerdo con la fecha de nacimiento y la fecha del estudio): _____	3. Sexo: 1. ( ) Masculino 0. ( ) Femenino
4. Provincia de Residencia: 1. ( ) San José 2. ( ) Alajuela 3. ( ) Cartago 4. ( ) Heredia 5. ( ) Guanacaste 6. ( ) Puntarenas 7. ( ) Limón	5. Cantón de Residencia: _____
6. Estado civil de los padres: 1. ( ) Soltero 2. ( ) Casados 3. ( ) Unión Libre 4. ( ) Separados 5. ( ) Divorciados	7. Nivel de escolaridad del niño: 1. ( ) No escolarizado 2. ( ) Kínder 3. ( ) Preparatoria 4. ( ) Primaria Incompleta 5. ( ) Primaria completa 6. ( ) Secundaria incompleta
8. Nivel de escolaridad de la madre: 1. ( ) Sin estudios 2. ( ) Primaria incompleta 3. ( ) Primaria completa	9. Nivel de escolaridad del padre: 1. ( ) Sin estudios 2. ( ) Primaria incompleta 3. ( ) Primaria completa 4. ( ) Secundaria incompleta

<p>4. ( ) Secundaria incompleta</p> <p>5. ( ) Secundaria completa</p> <p>6. ( ) Universitaria incompleta</p> <p>7. ( ) Universitaria completa</p> <p>8. ( ) Estudios técnicos</p>	<p>5. ( ) Secundaria completa</p> <p>6. ( ) Universitaria incompleta</p> <p>7. ( ) Universitaria completa</p> <p>8. ( ) Estudios técnicos</p>
<p>10. Tipo de familia</p> <p>1. ( ) Nuclear con hijos</p> <p>2. ( ) Nuclear monoparental</p> <p>3. ( ) Extenso monoparental</p> <p>4. ( ) Extenso con hijos</p> <p>5. ( ) Reconstituida o compuesto nuclear</p> <p>6. ( ) Hogar de acogida</p> <p>7. ( ) Institucionalizado</p>	<p>11. Ingreso promedio mensual (en colones)</p> <p>1. ( ) Bajo (menos de ₡214 139)</p> <p>2. ( ) Media (entre de ₡214 140 y ₡717 008)</p> <p>3. ( ) Alto (mayor de ₡717 008)</p>
<b>II. Presentación clínica</b>	
<p>12. Fecha de inicio de atención en el HNN- DD / MM / AA</p> <p>_____</p>	<p>13. Edad de inicio de atención: "calculada"</p> <p>_____</p>
<p>14. Asignación diagnóstica: (puede marcar varias)</p> <p>1. ( ) Psiquiatra</p> <p>2. ( ) Psicólogo</p> <p>3. ( ) Pediatra</p> <p>4. ( ) Médico General</p>	<p>15. Patrón de enfado:</p> <p>1. ( ) A menudo pierde la calma</p> <p>2. ( ) A menudo está susceptible o se molesta con facilidad</p> <p>3. ( ) A menudo está enfadado y resentido</p>
<p>16. Patrón desafiante:</p> <p>1. ( ) Discute a menudo con la autoridad o con los adultos</p> <p>2. ( ) A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas</p> <p>3. ( ) A menudo molesta a los demás deliberadamente</p> <p>4. ( ) A menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento</p>	<p>17. Patrón rencoroso: Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses</p> <p>1. ( ) Sí</p> <p>0. ( ) No</p>
<p>18. Comorbilidades (puede marcar varias)</p> <p>1. ( ) Déficit atencional / Hiperactividad</p> <p>2. ( ) Rasgos de personalidad disocial</p> <p>3. ( ) Trastorno bipolar</p> <p>4. ( ) Trastorno de conducta</p> <p>5. ( ) Trastorno de neurodesarrollo</p> <p>6. ( ) Discapacidad cognitiva</p>	<p>19. Factores de riesgo genéticos o disposicionales (puede marcar varias)</p> <p>1. ( ) Antecedentes de conductas oposicionistas en los padres</p> <p>2. ( ) Trastorno de comportamiento antisocial en los padres</p> <p>3. ( ) Depresión en la madre</p> <p>4. ( ) Consumo de sustancia de abuso en padres</p> <p>5. ( ) Antecedentes perinatales de consumo de drogas, tabaco</p>

<p>7. ( ) Problemas de aprendizaje</p> <p>8. ( ) Ansiedad</p> <p>9. ( ) Depresión</p> <p>10. ( ) Abuso de sustancias</p> <p>11. ( ) Comportamientos agresivos</p> <p>12. ( ) Problemas del lenguaje</p> <p>13. ( ) Otros: _____</p>	<p>6. ( ) Depresión postparto</p> <p>7. ( ) Escasa conducta empática como compartir y ayudar</p> <p>8. ( ) Temperamento difícil en los niños</p> <p>9. ( ) Rasgos insensibles” como falta de culpa, empatía limitada y un afecto superficial</p> <p>10. ( ) Reacción intensa en los niños o dificultad de regulación afectiva</p> <p>11. ( ) Agresividad</p> <p>12. ( ) Otros: _____</p>
<p>20. Factores de riesgo del ambiente familiar (puede marcar varias)</p> <p>1. ( ) Desregulación emocional en los padres</p> <p>2. ( ) Modelos de crianza laxos o inconsistentes, pocos límites</p> <p>3. ( ) Padres estrictos o severos</p> <p>4. ( ) Violencia intrafamiliar</p> <p>5. ( ) Discordia en relaciones familiares</p> <p>6. ( ) Castigo físico o maltrato infantil</p> <p>7. ( ) Control conductual por recompensas o gratificación</p> <p>8. ( ) Ambiente familiar poco cohesivo o afectuoso</p> <p>9. ( ) Exposición a agresión verbal, física o sexual dentro o fuera de la familia</p> <p>10. ( ) Apego inseguro en los niños</p> <p>11. ( ) Inconsistencia afectiva o ambivalentes por parte de los padres</p> <p>12. ( ) Abandono</p> <p>13. ( ) Estrés parental</p> <p>14. ( ) Otros: _____</p>	<p>21. Factores de riesgo del ambiente extrafamiliar a nivel social (puede marcar varias)</p> <p>1. ( ) Pobreza</p> <p>2. ( ) Ausencia de vivienda</p> <p>3. ( ) Se encuentra el niño inmerso en un medio social violento</p> <p>4. ( ) Barrio pobre</p> <p>5. ( ) Rechazo de amigos o problemas con los pares</p> <p>6. ( ) Rol social limitado por inseguridad en el vecindario</p> <p>7. ( ) El niño vivió o vive en situaciones de estrés</p> <p>8. ( ) Consumo de drogas o alcohol en edad temprana</p> <p>9. ( ) Grupos de pares delincuentes</p> <p>10. ( ) Participación en hurtos o asaltos</p> <p>11. ( ) Otros: _____</p>
<p>22. Factores de riesgo del ambiente extrafamiliar a nivel escolar (puede marcar varias)</p> <p>1. ( ) Tiene el niño un funcionamiento escolar deficiente o fracaso</p> <p>2. ( ) Presenta déficit intelectual</p> <p>3. ( ) Problemas de aprendizaje.</p>	<p>23. Factores protectores (puede marcar varias)</p> <p>1. ( ) Temperamento fácil</p> <p>2. ( ) Capacidad de autorregulación</p> <p>3. ( ) Prosocialidad</p> <p>4. ( ) Rol social activo como participación de actividades sociales extracurriculares</p> <p>5. ( ) Buen comportamiento moral y social</p> <p>6. ( ) Parentalidad cálida afectuosa</p>

<p>4. ( ) Dificultades en la comunicación verbal (TL)</p> <p>5. ( ) Conducta impulsiva o gratificación inmediata en el ambiente escolar</p> <p>6. ( ) Poca tolerancia a la frustración</p> <p>7. ( ) Problemas con el manejo de la disciplina en escuela por conductas agresivas</p> <p>8. ( ) Influenciable por los pares a tener mala conducta</p> <p>9. ( ) Actividades disruptivas en grupos o pandillas</p> <p>10. ( ) Antec. de bullying</p> <p>11. ( ) Otros: _____</p>	<p>7. ( ) Vive en ambiente familiar de cuidado físico y emocional</p> <p>8. ( ) Buenas prácticas de crianza por parte de los padres, con técnicas de comunicación y disciplina efectivas</p> <p>9. ( ) Cuenta con un buen apoyo social</p> <p>10. ( ) Asiste al servicio de apoyo fijo de problemas emocionales y de conducta en la escuela</p> <p>11. ( ) Otros: _____</p>
<p>24. Intervenciones clínicas (puede marcar varias)</p> <p>1. ( ) Sin tratamiento</p> <p>2. ( ) Solamente recibe medicina</p> <p>3. ( ) Tipo de tratamiento y cuál:</p> <p>3.1 ( ) Psicoestimulantes: _____</p> <p>3.2 ( ) Antidepresivos: _____</p> <p>3.3 ( ) Antipsicóticos: _____</p> <p>3.4 ( ) Otros: _____</p> <p>4. ( ) Recibe medicación y psicoterapia</p> <p>5. ( ) Padres han participado en talleres para el manejo conductual</p> <p>6. ( ) Padres e hijos han participado en programas de manejo conductual</p>	<p>25. Intervenciones educativas (puede marcar varias)</p> <p>1. ( ) Se han identificado a nivel escolar si cuenta con necesidades educativas especiales</p> <p>2. ( ) Asiste al servicio de apoyo educativo y de problemas conductuales</p> <p>3. ( ) Cuenta con apoyos educativos como adecuación curricular, que tipo: _____</p> <p>4. ( ) El niño tiene apego escolar</p> <p>5. ( ) Los padres se involucran en la formación educativa</p>
<p>26. Intervenciones socio familiares (puede marcar varias)</p> <p>1. ( ) Ha participado el niño en programas sociales para conductas disruptivas</p> <p>2. ( ) Han participado los padres en programas sociales para mejorar el manejo conductual de sus hijos</p> <p>3. ( ) Ha participado en grupos lúdicos o talleres con pares donde aprenda o se refuerza una disciplina positiva</p>	
<p align="center"><b>Firma del Investigador</b> _____</p>	

Nombre de investigador: Dra. Peggy Arguedas G. Cód. 9824

Fecha \_\_\_\_\_

## 2. Referencias

- Aguilera, L., Ostrosky, F. y Camarena, B. (2012). Interacción de temperamento y MAO-A en pruebas de inhibición en preescolares. *Acta de investigación psicológica*, 2(1),543-554. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-48322012000100005&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322012000100005&lng=es&tlng=es).
- Aguero-Tejado E. (2014). Short polymorphism of the serotonin transporter (5-HTTLPR) gene and its association with the cortisol stress response: a meta-analysis. [Polimorfismo corto del gen del transportador de serotonina (5-HTTLPR) y su asociación con la respuesta al estrés por cortisol: un metaanálisis] *Anales de Psicología*, 30(2), 691-702. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.30.2.152921>
- American Psychiatric Association. APA. (2001). Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV. [Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV]. American Journal of Psychiatry. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- American Psychiatric Association. APA. (2014). DSM 5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5 [Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5]. American Journal of Psychiatry. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- Anderson, P. J., y Reidy, N. (2012). Assessing executive function in preschoolers. [Evaluación de la función ejecutiva en preescolares]. *Neuropsychology review*, 22(4), 345–360. <https://doi.org/10.1007/s11065-012-9220-3>

- Anderson, V., Jacobs, R. K., y Anderson, P. J. (2008). Executive functions and the frontal lobes: A lifespan perspective. [Funciones ejecutivas y los lóbulos frontales: Una perspectiva de vida]. Taylor & Francis. <https://doi.org/10.4324/9780203837863>
- Aroca Montolío, C. (2010). La violencia filio-parental una aproximación a sus claves. Tesis doctoral. Universitat de València (España). *Anal. Psicol.* 30 (1) 157-170. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.1.149521>
- Atherton, O. E, Ferrer, E. y Robins, R. W. (2018). The development of externalizing symptoms from late childhood through adolescence: A longitudinal study of Mexican-origin youth. [El desarrollo de síntomas externos desde la infancia tardía hasta la adolescencia: un estudio longitudinal de jóvenes de origen mexicano]. *Psicología del desarrollo*, 54 (6) 1135-1147. <https://doi.org/10.1037/dev0000489>.
- Barudy J. y Dantagnan M. (2010). Los desafíos invisibles de ser madre o padre. Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental. Barcelona. Gedisa.
- Barquero, J. A. (2015). Informe final: Cambios en las características y composición de las familias en Costa Rica y su vulnerabilidad frente a la pobreza. Décimo informe sobre el Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. Programa Estado de la Nación. San José. Costa Rica. <http://repositorio.conare.ac.cr/handle/20.500.12337/222?show=full>
- Best, J. R., Miller, P. H. y Jones, L. L. (2009). Executive Functions after Age 5: Changes and Correlates. [Funciones ejecutivas después de los 5 años: cambios y correlaciones]. *Developmental review*. DR, 29(3), 180–200. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2009.05.002>

- Bezdjian S., Raine, A., Baker, L. A., & Lynam, D. R. (2011). Psychopathic personality in children: genetic and environmental contributions. [Personalidad psicopática en niños: contribuciones genéticas y ambientales]. *Psychological medicine*, 41(3), 589–600. <https://doi.org/10.1017/S0033291710000966>
- Boylan, K., Vaillancourt, T., Boyle, M., & Szatmari, P. (2007). Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder [Comorbilidad de los trastornos de internalización en niños con trastorno negativista desafiante]. *European child & adolescent psychiatry*, 16(8), 484–494. <https://doi.org/10.1007/s00787-007-0624-1>
- Boden, JM, Fergusson, DM y Horwood, LJ (2010). Risk factors for conduct disorder and oppositional / defiance disorder: evidence from a New Zealand birth cohort [Factores de riesgo para trastorno de conducta y trastorno de oposición / desafío: evidencia de una cohorte de nacimiento de Nueva Zelanda]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 49 (11), 1125-1133. <https://doi.org/10.1097/00004583-201011000-00006>
- Burt, SA, Krueger, RF, McGue, M. e Iacono, WG (2001). Sources of covariation among attention-deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: The importance of shared environment. [Fuentes de covarianza entre el trastorno por déficit de atención / hiperactividad, el trastorno de oposición desafiante y el trastorno de conducta: la importancia del entorno compartido]. *Revista de psicología anormal*, 110 (4), 516-525. <https://doi.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0021-843X.110.4.516>

- Brumaiu, L. E., & Kerns, K. A. (2010). Parent-child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: a review of empirical findings and future directions [Apego entre padres e hijos y síntomas de internalización en la infancia y la adolescencia: una revisión de los hallazgos empíricos y las direcciones futuras]. *Development and psychopathology*, 22(1), 177–203. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990344>
- Calvo, M. R., González R. V., Ramírez, J.R., Solano, F.F., Vargas, V.A.M. (2013). Propuesta de Estrategias Educativas para Estudiantes de Primer y Segundo Ciclo, entre edades de 7 a 12 años, que asisten a los Servicios de Apoyo Fijo de Problemas Emocionales y de Conducta en la región de San José. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Educación Especial, con énfasis en Educación para personas con problemas emocionales y de conducta. Universidad de Costa Rica. <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/handle/123456789/1831>
- Card Noel y Little Todd (2006). Proactive and reactive aggression in childhood and adolescence: a meta-analysis of differential relations with psychosocial adjustment [Agresión proactiva y reactiva en la infancia y la adolescencia: un metaanálisis de las relaciones diferenciales con el ajuste psicosocial]. *International Journal Behavior Development*. 30(5):466–480. <https://doi.org/10.1177/0165025406071904>
- Cantero G M, Alonso-TJ (2018). Coping and Resilience in Families with Children with Behavioral Problems [Estrategias de afrontamiento y resiliencia en familias con hijos con problemas de conducta. *Revista de Psicodidáctica*]. 23, (2), 153-159. <https://doi.org/10.1016/j.psicod.2018.04.001>



Cecil, C.A., Lysenko, L.J., Jaffee, S.R., Pingault, J B., Smith, R.G., Relton, C.L., Woodward, G., McArdle, W., Mill, J., & Barker, E.D. (2014). Environmental risk, Oxytocin Receptor Gene (OXTR) methylation and youth callous-unemotional traits: a 13-year longitudinal study [Riesgo ambiental, metilación del gen receptor de oxitocina (OXTR) y rasgos juveniles insensibles y sin emociones: un estudio longitudinal de 13 años]. *Molecular psychiatry*, 19 (10), 1071–1077. <https://doi.org/10.1038/mp.2014.95>

Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud (2005). Elementos esenciales de la Medicina Familiar, conceptos básicos para el estudio de las Familias. Código de Bioética en Medicina Familiar. 1º Reunión. *Archivos de Medicina Familiar*. 7, (1), 11-17. México. [http://medfam.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2021/08/Tema1\\_Elementos\\_esenciales\\_Consenso-\\_Mexicano\\_2005.pdf](http://medfam.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2021/08/Tema1_Elementos_esenciales_Consenso-_Mexicano_2005.pdf)

Cuartas, J.M., y López, C.A. (2013). Potential interactions between oxytocin receptor system (OXTR) and candidate genes associated to psychopathy [Probables interacciones entre el receptor de oxitocina (OXTR) y genes candidatos asociados a la psicopatía]. *International Journal of Psychological Research*, 6, 109–116. <https://doi.org/10.21500/20112084.725>

Doan, S. N., Dich, N., Fuller-Rowell, T. E., & Evans, G. W. (2019). Externalizing Behaviors Buffer the Effects of Early Life Adversity on Physiologic Dysregulation [Los comportamientos de externalización amortiguan los efectos de la adversidad en la vida temprana sobre la desregulación fisiológica]. *Scientific reports*, 9(1), 13623. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-49461-x>

Dolcet, J. (2006). Carácter y temperamento: similitudes y diferencias entre los modelos de personalidad de 7 y 5 factores. [Tesis doctoral. Universitat de Lleida]. Departament de Pedagogia i Psicologia. Àrea de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològic. Repositorio <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=7855>

D'Onfrio, B.M., Van Hulle, C.A., Waldman, I.D., Rodgers, J.L., Harden, K.P., Rathouz, P.J., & Lahey, B.B. (2008). Smoking during pregnancy and offspring externalizing problems: an exploration of genetic and environmental confounds [Fumar durante el embarazo y problemas de externalización de la descendencia: una exploración de los factores de confusión genéticos y ambientales]. *Development and psychopathology*, 20(1), 139–164. <https://doi.org/10.1017/S0954579408000072>

Egger, H. L., y Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology [Trastornos emocionales y conductuales comunes en niños en edad preescolar: presentación, nosología y epidemiología]. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3-4), 313–337. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01618.x>

Engelmann JM, Rapp DJ (2018). The influence of reputational concerns on children's prosociality [La influencia de las preocupaciones de reputación en la prosocialidad de los niños]. *Current Opinion in Psychology*, Volume 20, (92-95). ISSN 2352-250X. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.08.024>.

Ezpeleta, L., de la Osa, N., & Doménech, J. M. (2014). Prevalence of DSM-IV disorders, comorbidity, and impairment in 3-year-old Spanish preschoolers [Prevalencia de trastornos del DSM-IV, comorbilidad y deterioro en preescolares españoles de 3 años]. *Social*

Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 49(1), 145–155. <http://doi.org/10.1007/s00127-013-0683-1>

Fergusson, DM, Boden, JM y Horwood, LJ (2010). Classification of conduct disorders in adolescence: scale methods, predictive validity and gender differences [Clasificación de los trastornos de conducta en la adolescencia: métodos de escala, validez predictiva y diferencias de género]. *Revista de psicología anormal*, 119 (4), 699–712. <https://doi.org/10.1037/a0018610>

Fernández, P., y Díaz, P. (2001). Significancia estadística y relevancia clínica. Atención Primaria En La Red, 1–9. <https://www.redalyc.org/pdf/2611/261121009010.pdf>

Fernández R, Hernández A. (2019). Respuesta de la risperidona en el tratamiento de la agresividad en pacientes con enfermedad mental. Tesis para optar por el grado de Especialista en Psiquiatría. Universidad de Costa Rica. San José. Repositorio: <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/handle/10669/80168>

Fernández, R. (2012). Desarrollo del trastorno de conducta en hijos de madres depresivas. Tesis para optar por el grado de Especialista en Psiquiatría. Universidad de Costa Rica. San José. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis32.pdf>

Frick, P. J. (2004). The Inventory of Callous-Unemotional Traits [El inventario de rasgos insensibles y carentes de emociones]. Unpublished rating scale. <http://labs.uno.edu/developmental-psychopathology/ICU.html>

Fonseca L.F, y Rey 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.  
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.18.num.3.2013.12923>
- Ghaderi, A., Kadesjö, C., Björnsdotter, A., y Enebrink, P. (2018). Randomized effectiveness Trial of the Family Check-Up versus Internet-delivered Parent Training (iComet) for Families of Children with Conduct Problems [Ensayo de efectividad aleatorizada del chequeo familiar versus capacitación para padres impartida por Internet (iComet) para familias de niños con problemas de conducta. *Informes científicos*], 8 (1),  
<https://www.nature.com/articles/s41598-018-29550-z>
- Ghosh A, Ray A, Basu A. (2017). Oppositional defiant disorder: current insight [Trastorno oposicional desafiante: conocimiento actual]. *Psychol Res Behav Mang*; 10:353-367.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29238235/>
- Greene, R. W., Biederman, J., Zerwas, S., Monuteaux, M. C., Goring, J. C., & Faraone, S. V. (2002). Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder [Comorbilidad psiquiátrica, disfunción familiar y deterioro social en jóvenes derivados con trastorno negativista desafiante]. *The American journal of psychiatry*, 159(7), 1214–1224. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.7.1214>
- Gutiérrez Marín, A. (2018). Estrategias para el abordaje integral del niño y el adolescente con trastorno de déficit de atención con hiperactividad en el primer nivel de atención: revisión bibliográfica [Tesis especialidad en medicina familiar y comunitaria]. Universidad de Costa Rica. Sistema de Estudios de Posgrados. Repositorio:  
<http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/handle/123456789/6251>

Gottesman II, Gould TD. (2003) The endophenotype concept in psychiatry: etymology and strategic intentions [El concepto de endofenotipo en psiquiatría: etimología e intenciones estratégicas]. *Am J Psychiatry*. 4:636–645. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.4.636>  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12668349/>

Hamilton, S.S, y Armando, J. (2008). Oppositional defiant disorder [trastorno oposicionista desafiante]. *American family physician*, 78(7), 861–866.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18841736/>

Herreras B, E. (2014). La atención selectiva modula el procesamiento de la información y la memoria implícita [Selective attention modulates information processing and implicit memory]. *Acción Psicológica*, 11(1), 21-34. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.1.1.13789>

Hill, J., Pickles, A., Wright, N. y col. (2019). Predictions of emotionality in children from evolutionary and epigenetic hypotheses [Predicciones de la emocionalidad en los niños a partir de hipótesis evolutivas y epigenéticas]. *Nature research. Scientific Reports*. 9, 2519. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-39513-7>

Jacobs RH, Becker-Weidman EG, Reinecke MA, Jordan N, Silva SG, Rohde P, March JS (2010). Treating depression and oppositional behavior in adolescents [Tratamiento de la depresión y el comportamiento de oposición en adolescentes]. *J Clin Child Adolesc Psychol*; 39 (4): 559–567. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20589566/>

Javaloyes, M., & Redondo, A. (2014). Trastorno del comportamiento: trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y otros problemas de comportamiento. *Unidad de Salud Mental Infantil de Alicante*.

[http://fundacioncadah.org/j289eghfd7511986\\_uploads/20120607\\_P1hOa2hN3GGuJSUGRyIm\\_0.pdf](http://fundacioncadah.org/j289eghfd7511986_uploads/20120607_P1hOa2hN3GGuJSUGRyIm_0.pdf)

Kim H.W., Cho S.C., Kim B.N., Kim J.W., Shin M.S., Yeo J.Y. (2010). Does oppositional defiant disorder have temperament and psychopathological profiles independent of attention deficit/hyperactivity disorder? [El trastorno de oposición desafiante tiene temperamento y perfiles psicopatológicos independientes del trastorno por déficit de atención / hiperactividad?]. *Comprehensive Psychiatry*. ;51(4):412–418.  
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.09.002>

LaLonde M.M y Newcorn J.H (2019). Trastorno de oposición desafiante y trastorno de conducta. Ebert MH y Leckman JF y Petrakis IL (Eds.), *Diagnóstico y tratamiento actuales: psiquiatría*, 3e. McGraw Hill.  
<https://accessmedicine-mhmedical-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/content.aspx?bookid=2509&ionid=20080735>

Lavigne, JV., Cicchetti, C., Gibbons, R. D., Binns, H. J., Larsen, L., & DeVito, C (2001). Oppositional defiant disorder with onset in preschool years: longitudinal stability and pathways to other disorders [Trastorno oposicionista desafiante con inicio en los años preescolares: estabilidad longitudinal y vías hacia otros trastornos]. *Revista de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente*, V 40 (12), 1393 – 1400.  
[10.1097/00004583-200112000-00009](https://doi.org/10.1097/00004583-200112000-00009)

Lavigne, JV, LeBailly, S. A. LeBailly, Hopkins, J, Gouze, KR. y Binns, H. J. (2009). The Prevalence of ADHD, ODD, Depression, and Anxiety in a Community Sample of 4-Year-Olds [La prevalencia de TDAH, TND, depresión y ansiedad en una muestra comunitaria

- de niños de 4 años] *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38 (3): 315-328.  
10.1080/15374410902851382
- Lavigne, J. V, Gouze, K. R., Hopkins, J., Bryant, F. B., y LeBailly, S. A. (2012). A multi- domain model of risk factors for ODD symptoms in a community sample of 4-year-olds [Un modelo multidominio de factores de riesgo para los síntomas del TND en una muestra comunitaria de niños de 4 años]. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40 (5), 741–57.  
<http://doi.org/10.1007/s10802-011-9603-6>
- Lin X, Li Y, Xu S, Ding W, Zhou Q, Du H y Chi P (2019). Family risk factors associated with oppositional defiant disorder symptoms, depressive symptoms, and aggressive behaviors among Chinese children with oppositional defiant disorder [Factores familiares de riesgo asociados con los síntomas del trastorno de oposición desafiante, síntomas depresivos y comportamientos agresivos entre los niños chinos con trastorno de oposición desafiante].  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6769082/>
- Loy JH, Merry SN, Hetrick SE, Stasiak K. (2017) Atypical antipsychotics for disruptive behaviour disorders in children and youths. [Antipsicóticos atípicos para los trastornos de conducta disruptiva en niños y jóvenes]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 8. Art. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008559.pub3>
- Marceau, K., Rolan, E., Leve, L. D., Ganiban, J. M., Reiss, D., Shaw, D. S., Natsuaki, M. N., Egger, H. L., & Neiderhiser, J. M. (2019). Parenting and prenatal risk as moderators of genetic influences on conduct problems during middle childhood [La crianza y el riesgo prenatal como moderadores de las influencias genéticas en los problemas de conducta

- durante la niñez media]. *Developmental psychology*, 55(6), 1164–1181.  
<https://doi.org/10.1037/dev0000701>
- Martel M. M (2019). *The Clinician's Guide to Oppositional Defiant Disorder: Symptoms, Assessment, and Treatment*. Elsevier Science. ISBN: 978-0-12-815682-7. London. Uk. <https://doi.org/10.1016/C2017-0-03723-0>
- Matthys, W., Lochman, J. E. (2017). *Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood [Trastorno de oposición desafiante y trastorno de conducta en la infancia]*. John Wiley & Sons. Second edition. NY. ISBN 9781118972533 (pdf).  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/9781118972519>
- Maughan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R., & Meltzer, H. (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology [Trastorno de conducta y trastorno negativista desafiante en una muestra nacional: epidemiología del desarrollo]. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 45(3), 609–621. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00250.x>
- McCartney, K., Owen, M. T., Booth, C. L., Clarke-Stewart, A., & Vandell, D. L. (2004). Testing a Maternal Attachment Model of Behavioral Problems in Early Childhood [Prueba de un modelo de apego materno de problemas de conducta en la primera infancia]. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 45(4), 765–778.  
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00270.x>
- McKinney C. y Renk K. (2007). *Emerging Research and Theory in the Etiology of Oppositional Defiant Disorder: Current Concerns and Future Directions [Investigación y teorías*



emergentes en la etiología del trastorno de oposición desafiante: preocupaciones actuales y direcciones futuras. *Revista internacional de consulta y terapia conductual* 3(3), 349-371.  
<http://dx.doi.org/10.1037/h0100811>

Meaney M. J. (2010). Epigenetics and the biological definition of gene x environment interactions. *Child development [La epigenética y la definición biológica de las interacciones gen x ambiente. Desarrollo infantil]*. 81(1), 41–79. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01381.x>

Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R., & Ford, T. (2003). Mental health of children and adolescents in Great Britain [Salud mental de niños y adolescentes en Gran Bretaña]. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 15(1-2), 185–187.  
<https://doi.org/10.1080/0954026021000046155>

Merry S, Hetrick S y Stasiak K. (2017) Atypical antipsychotics for disruptive behaviour disorders in children and youths [Antipsicóticos atípicos para los trastornos de conducta disruptiva en niños y jóvenes]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 9. Art. No.: CD008559. [10.1002/14651858.CD008559.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD008559.pub2)

Miller JG. (2018). Physiological mechanisms of prosociality [Mecanismos fisiológicos de la prosocialidad]. *Current Opinion in Psychology*. Volume 20. (50-54) ISSN 2352-250X. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.08.018>.

Ministerio de Educación Pública. (2018) Líneas de acción para los Servicios de apoyo Educativo que se brindan desde la Educación Especial en la Educación Preescolar y en primero y segundo Ciclo de Educación General Básica. San José. Costa Rica.

[https://ddc.mep.go.cr/sites/all/files/ddc\\_mep\\_go\\_cr/archivos/lineas\\_accion\\_para\\_los\\_servicios\\_de\\_apoyo\\_educativo.pdf](https://ddc.mep.go.cr/sites/all/files/ddc_mep_go_cr/archivos/lineas_accion_para_los_servicios_de_apoyo_educativo.pdf)

Mikolajewski AJ, Taylor J, Iacono WG. (2018) Oppositional defiant disorder dimensions: genetic influences and risk for later psychopathology [Dimensiones del trastorno desafiante de oposición: influencias genéticas y riesgo de psicopatología posterior]. *Revista de Psicología Infantil y Psiquiatría, y Disciplinas Aliadas*. 58 (6): 702-710. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12683>

Monje, C. A. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica*. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Sur Colombiana. <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>

Munkvold, L. H., Lundervold, A. J., y Manger, T. (2011). Oppositional defiant disorder- gender differences in co-occurring symptoms of mental health problems in a general population of children [Trastorno de oposición desafiante: diferencias de género en los síntomas concurrentes de problemas de salud mental en una población general de niños]. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39 (4): 577–87. 10.1007/s10802-011-9486-6

National Institute for Health and Care Excellence (2017) *Antisocial Behaviour and Conduct Disorders in Children and Young People. Clinical guideline* [Guías NICE 2017. Conducta antisocial y trastornos de conducta en niños y jóvenes] <https://www.nice.org.uk/guidance/CG158>

Nigg, J.T., Breslau, N. (2007). Prenatal smoking exposure, low birth weight, and disruptive behavior disorders [Exposición al tabaquismo prenatal, bajo peso al nacer y trastornos de conducta disruptiva]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(3), 362–369. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000246054.76167.44>

Noordermeer, S. D., Luman, M., & Oosterlaan, J. (2016). A Systematic Review and Meta-analysis of Neuroimaging in Oppositional Defiant Disorder (ODD) and Conduct Disorder (CD) Taking Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Into Account [Una revisión sistemática y metanálisis de la neuroimagen en el trastorno de oposición desafiante (ODD) y el trastorno de conducta (CD) teniendo en cuenta el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)]. *Neuropsychology review*, 26(1), 44–72. <https://doi.org/10.1007/s11065-015-9315-8>

Ogundele, M. (2018). Behavioral and emotional disorders in childhood: A brief overview for pediatricians [Trastornos del comportamiento y emocionales en la infancia: una breve descripción para los pediatras]. *World Journal of Clinical Pediatrics*, 7(1), 9-26. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5803568/#B13>

Organización Mundial de la Salud (1999). Clasificación internacional del funcionamiento y la discapacidad, Beta-2. Ginebra. <http://www.who.int/icidh/index.htm>.

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (OMS). (1999). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. CIE-10. Washington, DC: Servicio Editorial, Programa de Publicaciones de la OPS.

[https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3561:2010-clasificacion-internacional-enfermedades-cie&Itemid=2560&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3561:2010-clasificacion-internacional-enfermedades-cie&Itemid=2560&lang=es)

Ortiz G. B; Giraldo G. CA y Palacio O.JD. (2008). Trastorno oposicional desafiante: enfoques, diagnóstico terapéutico y trastornos asociados. *Iatreia* [online]. vol.21, n.1, pp.54-62. ISSN 0121-0793. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/view/4435/3947>

Pacheco M.M y Osorno A.G (2021). Incidencia de competencias parentales en el desarrollo de habilidades sociales en hijos únicos. *Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y Ciencias Afines*. 38, (1) 101-116. <https://www.redalyc.org/journal/180/18065114007/html/>

Patterson, GR (1986). Performance models for antisocial boys. [Modelos de actuación para chicos antisociales]. *American Psychologist*, 41 (4), 432–444. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.4.432>

Pedreira-Massa JL. Trastorno negativista (oposicionista)-desafiante en la infancia. *An Pediatría Contin*. 9(1):1–6 [10.1016/S1696-2818\(11\)70001-4](https://doi.org/10.1016/S1696-2818(11)70001-4)

Pérez L J., Rodríguez C, Montealegre M, Pérez-L. M., Perea L. y Botella, L. (2011). Estrés adulto y problemas conductuales infantiles percibidos por sus progenitores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. INFAD. *Revista de Psicología*, 1 (1), 531-540. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832328054.pdf>

Petty, C. R., Rosenbaum, J. F., Hirshfeld-Becker, D. R., Henin, A., Hubley, S., LaCasse, S., Faraone, S. V., & Biederman, J. (2008). The child behavior checklist broad-band scales predict subsequent psychopathology: A 5-year follow-up. *Journal of anxiety disorders* [Las escalas de banda ancha de la lista de verificación del comportamiento infantil predicen la psicopatología posterior: un seguimiento de 5 años. *Revista de trastornos de ansiedad*] 22(3), 532–539. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.04.003>.

Porras Marín, M. (2018). Estudio observacional descriptivo de las intoxicaciones con drogas en menores de 13 años atendidas en el servicio de Emergencias del Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera” en el período 2006-2016. [Tesis para optar por el grado de Especialista en Psiquiatría Infantil, Universidad de Costa Rica]. SanJosé. Repositorio <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/6170/1/43117>

Programa Estado de la Nación en Desarrollo Sostenible (Costa Rica). Vigésimo Informe Estado de la Nación en Desarrollo Sostenible 2014. Capítulo 2: Equidad e integridad social. <https://estadonacion.or.cr/investigaciones/#>

Puzzo I, Smaragdi A, Gonzalez K, Martin-Key N, Fairchild G. (2016). Neurobiological, neuroimaging, and neuropsychological studies of children and adolescents with disruptive behavior disorders: neurobiology of child disruptive behaviors [Estudios neurobiológicos, de neuroimagen y neuropsicológicos de niños y adolescentes con trastornos del comportamiento disruptivo: neurobiología de los comportamientos disruptivos del niño]. *Fam Relat.* 65(1):134–150. <https://doi.org/10.1111/fare.12182>

- Quy K, Stringaris DA. (2017) Trastorno negativista desafiante. *Man Salud Ment Infant y Adolesc. IACAPAP.*; Cap 2, 1–16. <https://iacapap.org/content/uploads/D.2-Oppositional-Defiant-Dis-Spanish-2017.pdf>
- Ramírez Gamboa LA. (2008). Caracterización del uso de la risperidona en la población menor de 18 años atendida en el Hospital Nacional Psiquiátrico durante el año 2008. Universidad de Costa Rica. San José. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/tesis29.pdf>
- Rizo, A. (2014). Intervención cognitivo-conductual en un caso de trastorno negativista desafiante en una adolescente. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(1), 89-100. [http://www.revistapcna.com/sites/default/files/14\\_10.pdf](http://www.revistapcna.com/sites/default/files/14_10.pdf)
- Rodríguez González, A. (2020). Caracterización clínica y sociodemográfica de los pacientes con ideación suicida e intentos de autoeliminación en la población de 4 a 13 años, atendidos en el Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera” del 01 de junio de 2012 al 01 de junio de 2018. [Tesis para optar por el grado de Especialista en Psiquiatría Infantil, Universidad de Costa Rica]. San José. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10669/80882>
- Romero P.C, Torres L.A, González M.I (2020). Eficacia de la guanfacina en niños con TDAH y trastornos comórbidos por tics. *Revista online Psicoevidencias*. <https://www.psicoevidencias.es/contenidos-psicoevidencias/banco-de-cat-s/763-eficacia-de-la-guanfacina-en-ninos-con-tdah-y-trastornos-comorbidos-por-tics>
- Rowe, R., Maughan, B., Pickles, A., Costello, E.J. and Angold, A. (2002), The relationship between DSM-IV oppositional defiant disorder and conduct disorder: findings from the

Great Smoky Mountains Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43: 365-373.  
10.1111/1469-7610.00027

Ruisch I.H, Dietrich I.A., Klein M, Faraone S.V, Oosterlaan J, Buitelaar J.K y Hoekstra P.J (2020). Polygenic risk scores based on genome-wide, glutamatergic, dopaminergic, and neuroendocrine aggression predict both insensitive and insensitive traits [Los puntajes de riesgo poligénicos basados en la agresión en todo el genoma, glutamatérgicos, dopaminérgicos y neuroendocrinos predicen rasgos insensibles e insensibles]. *Neuropsychopharmacol.* 45, 761–769 <https://doi.org/10.1038/s41386-020-0608-0>

Rygaard, N.P. (2008). *El niño abandonado: guía para el tratamiento de los trastornos del apego*, Barcelona, Gedisa. <http://dx.doi.org/10.33776/erebea.v0i4.2524>

Schoorl, J., Van Rijn, S., De Wied, M., Van Goozen, S., & Swaab, H. (2017). Neurobiological stress responses predict aggression in boys with oppositional defiant disorder/conduct disorder: a 1-year follow-up intervention study [Las respuestas neurobiológicas al estrés predicen la agresión en niños con trastorno negativista desafiante / trastorno de conducta: un estudio de intervención de seguimiento de 1 año]. *European child & adolescent psychiatry*, 26(7), 805–813. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-0950-x>

Shaw, D.S., Owens, E.B., Giovannelli, J y Winslow, E.B. (2001). Infant and toddler pathways leading to early externalizing disorders [Vías que conducen a trastornos de externalización tempranos en bebés y niños pequeños]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(1), 36–43. <https://doi.org/10.1097/00004583-200101000-00014>

Shi, L., Sun, J., Wei, D. & Qiu, J. (2019). Recover from the adversity: functional connectivity basis of psychological Resilience [Recuperarse de la adversidad: conectividad funcional base de la resiliencia psicológica]. *Neuropsychology*. 122, nsp. 20-27. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2018.12.002>

Steinbeis N. (2018). Mecanismos neurocognitivos de la prosocialidad en la infancia. *Current Opinion in Psychology*, Volume 20, Pages 30-34, ISSN 2352-250X. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.08.012>.

Steiner H y Remsing L. (2007). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Oppositional Defiant Disorder [Parámetro de práctica para la evaluación y el tratamiento de niños y adolescentes con trastorno de oposición desafiante] *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2007-01-01, Volume 46 (1), 126-141. <https://www-clinicalkey-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/#!/content/journal/1-s2.0-S0890856709619699>

Taylor, J., Allan, N., Mikolajewski, A.J., & Hart, S.A. (2013). Common genetic and nonshared environmental factors contribute to the association between socioemotional dispositions and the externalizing factor in children [Los factores ambientales genéticos y no compartidos comunes contribuyen a la asociación entre las disposiciones socioemocionales y el factor de externalización en los niños]. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 54(1), 67–76. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02621.x>

Vásquez MJ, Feria M, Palacios L, De la Peña F. (2010). Guía clínica para el Trastorno Negativista Desafiante. Ed. Shoshana Berenzon, Jesús del Bosque, Javier Alfaro, Ma. Elena Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. (Serie: Guías Clínicas



para la Atención de Trastornos Mentales) [http://www.inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/trastorno\\_negativista.pdf](http://www.inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/trastorno_negativista.pdf)

- Viding, E., Jones, A. P., Frick, P. J., Moffitt, T. E., & Plomin, R. (2008). Heritability of antisocial behaviour at 9: do callous-unemotional traits matter? [Heredabilidad de la conducta antisocial a los 9 años: ¿importan los rasgos insensibles y carentes de emociones? *Developmental science*, 11(1), 17–22. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7687.2007.00648.x>
- Viñas, P.F., González, C.M., García, M.Y., Jané, B.M y Casas, A.F. (2012). (2012). Comportamiento perturbador en la adolescencia y su relación con el temperamento y los estilos de afrontamiento [Disruptive behavior in adolescence and its relationship with temperament and coping styles]. *Psicothema*, 24(4), 567–572. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23079353/>
- Waller R, Hyde LW. (2017). Callous Traits and Behaviors in Early Childhood: Developing Empathy and Prosociality Failed [Rasgos insensibles y comportamientos en la primera infancia: Salió mal el desarrollo de la empatía y la prosocialidad]. *Current Opinion in Psychology*. (20), 11-16. ISSN 2352-250X. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.07.037>
- Waller, R., Hyde, L. W., Klump, K. L., & Burt, S. A. (2018). Parenting Is an Environmental Predictor of Callous-Unemotional Traits and Aggression: A Monozygotic Twin Differences Study [La crianza de los hijos es un predictor ambiental de rasgos insensibles y agresivos: un estudio monocigótico de diferencias gemelas]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57 (12), 955–963. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.07.882>

Zhou X, Cipriani A, Zhang y otros (2017). Comparative efficacy and acceptability of antidepressants, psychological interventions, and their combination for depressive disorder in children and adolescents: protocol for a network meta-analysis [Eficacia comparativa y aceptabilidad de antidepresivos, intervenciones psicológicas y su combinación para el trastorno depresivo en niños y adolescentes: protocolo para un metanálisis en red] *BMJ Open* 7(8) <https://bmjopen.bmj.com/content/7/8/e016608.abstract>