



## **Incidencia social, familiar, biológica y académica del trastorno oposicionista desafiante**

### **Social, family, biological and academic impact of the oppositional defiant disorder**

Nathalia Andrea Castro<sup>1</sup>  
Jhoana Marcela López Ruiz<sup>2</sup>  
Diana Marisol Henao Arias<sup>3</sup>  
Nataly Buitrago Puerta<sup>4</sup>  
José Luis Camacho Franco<sup>5</sup>  
Juan Diego Betancur<sup>6</sup>

**Resumen:** *Este artículo surge como resultado de la investigación realizada sobre el conocimiento de las causas, efectos y comportamientos de profundizar en el conocimiento de las causas, efectos y comportamientos que adquiere el individuo al padecer Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD), el cual es diagnosticado de manera errónea, porque se da sin seguir un protocolo en el ámbito neuropsicológico. El tratamiento para el TOD debe ser basado en intervenciones psicológicas que orienten la familia y la escuela sobre las características del trastorno. La intervención debe ser complementada con el uso de medicamentos. Un tratamiento erróneo conlleva a desarrollar un trastorno de conducta en la adolescencia. (Rigau, García, Artigas, 2006).*

*El TOD presenta comorbilidad con otros trastornos, por esto la importancia de indagar aspectos sobre la estructura familiar o el contexto en el que se encuentra el individuo para obtener un diagnóstico adecuado o la causa del desencadenante de dicho trastorno.*

**Palabras clave:** *Trastorno oposicional desafiante, niños, conducta negativa, conducta hostil, medicamentos.*

1. Estudiante de psicología, FUNLAM, lia\_cristo@hotmail.com
2. Psicóloga, FUNLAM, jhoanalopez.jl@gmail.com
3. Psicóloga, FUNLAM, marisol.479@hotmail.com
4. Estudiante de Psicología, FUNLAM, nata.puerta@hotmail.com
5. Psicólogo, FUNLAM, jose.camachofr@hotmail.com
6. Psicólogo, Doctor en psicología, con orientación en neurociencia cognitiva aplicada. FUNLAM. juanbetancur1@hotmail.com

**Abstract:** *This article arises as a result of the research conducted on the knowledge of the causes, effects and behaviors deepen the understanding of the causes, effects and behaviors that the individual acquires to suffer Disorder Opposing Challenging (DOC), which is diagnosed incorrectly, since it gives no follow a protocol level Neuropsychological. The DOC treatment must be based on psychological interventions; which the family and the school on the characteristics of the disorder. Orient the intervention should be complemented with the use of drugs. A wrong treatment leads to develop conduct disorder in adolescence. (Rigau, García, Artigas, 2006).*

*DOC introduces comorbidity with other disorders for this the importance of investigating aspects of family structure or the context in which the individual is located, to obtain a proper diagnosis or the cause of the triggering of such disorder.*

**Keywords:** *disorder opposing challenging, children, negative conduct, hostile conduct, medicines.*

## **Introducción**

Este artículo está basado en los conceptos generales del trastorno oposicionista desafiante, clasificado dentro de los trastornos que tienen inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia; Se incluye en el grupo trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta en el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, definido como “un patrón de enfado/ irritabilidad, discusiones/ actitud desafiante o vengativa que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano”, DSM-5 (APA, 2.013). Este tipo de trastornos suelen ser identificados a temprana edad, acompañados por conductas disruptivas y presentándose así problemas familiares, sociales y académicos a corto plazo.

El contenido de este artículo evidencia como el trastorno oposicionista desafiante incide en las interacciones personales, sociales, familiares y académicas de los niños y adolescentes con este diagnóstico, el cual presenta una alta comorbilidad con el TDH, trastorno disocial, asociándose a trastornos del estado de ánimo. DSM-IV-TR (APA, 2000). Además se encontrarán algunas características en las dinámicas familiares y ambientales que contribuyen a la instauración de dicho trastorno.

Vale la pena aclararle al lector que al comprender e indagar el historial entre entorno e individuo se identifican rasgos que revelan con mayor exactitud cuál es el problema central, sus consecuencias y posibles tratamientos, entre ellos, intervenciones multidisciplinarias de los cuales se puede obtener de forma gradual parámetros de recurrencia y frecuencia que presentan los niños con este trastorno, obteniendo así un diagnóstico pertinente y adecuado, orientado a la integración familiar, social y escolar.

## Conceptualización del TOD

El DSM-5 (APA, 2.013) define el Trastorno Desafiante por Oposición (TOD) como “un patrón recurrente de conducta negativista, desafiante, desobediente y hostil hacia figuras de autoridad que se mantiene por lo menos durante seis meses”. Los comportamientos negativista y desafiante se expresan por una terquedad persistente, resistencia y mala tolerancia a las órdenes, negativa a comprometerse, ceder o negociar con adultos o compañeros. Igualmente hay una tendencia deliberada a sobrepasar los límites o normas establecidas, aceptando mal o culpabilizando a otros de sus propios actos. La hostilidad puede dirigirse hacia las figuras de autoridad pero, también, hacia los compañeros. Se manifiesta molestando deliberadamente a los otros sin causa aparente o por motivos insignificantes. En estos episodios suelen aparecer insultos o palabras despectivas hacia las otras personas pero sin llegar aún a la agresión física. En el caso que se supere este umbral y se produzcan conductas abiertas de agresión a otro, estaríamos, probablemente ante un trastorno disocial.

Los comportamientos perturbadores de los individuos con un Trastorno Desafiante por Oposición son de una naturaleza menos grave que aquellos individuos con un trastorno disocial y normalmente no incluyen agresión hacia personas o animales, destrucción de la propiedad o un patrón de robos y engaños. Pese a que puede darse una evolución desde el TOD en la infancia hacia un trastorno disocial en la adolescencia, ambos trastornos se consideran independientes a pesar de que existe entre ellos un evidente solapamiento y una relación evolutiva y jerárquica. DSM-5 (APA, 2.013).

Los síntomas del TOD suelen ser más evidentes en las interacciones con personas a quienes el sujeto conoce bien (familiares, compañeros, etc.), por lo que pueden no manifestarse durante la exploración clínica. Por otra parte, los sujetos con este trastorno suelen no considerarse a sí mismos negativistas o desafiante, sino que justifican su comportamiento como una respuesta a exigencias o circunstancias externas no razonables.

Debe tenerse en cuenta que el diagnóstico del TOD no debe hacerse si los síntomas ocurren exclusivamente durante el transcurso de un episodio psicótico o del estado de ánimo. Destacar, también, que el TDO presenta una alta comorbilidad con el T.D.A.H DSM-IV-TR (APA, 2000). Las directrices del DSM-IV-TR especifican que debería considerarse este diagnóstico cuando las conductas de oposición son secundarias a los problemas de falta de atención e impulsividad.

En los criterios diagnósticos según el DSM-5 (APA, 2.013) hay comportamientos o tipos de conductas de los cuales su durabilidad se encuentra aproximadamente en los 6 meses, y por los cuales se deben de cumplir la gran mayoría para poder ser con-

siderado con este tipo de trastorno mental (TOD). En sus conductas se encuentran las siguientes:

“Un 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 que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano”.

Enfado/irritabilidad. “A menudo pierde la calma, está susceptible o se molesta con facilidad. Frecuentemente está enfadado y resentido”.

Discusiones/actitud desafiante. “Discute a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y los adolescentes. A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas y suele molestar a los demás deliberadamente. Culpa con frecuencia a los demás por sus errores o su mal comportamiento”.

Vengativo. “Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses”. p. 243. “Este trastorno del comportamiento va asociado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (es decir, familia, grupo de amigos, compañeros de trabajo) o tiene un impacto negativo en las áreas social, educativa, profesional u otras importantes”.

Los comportamientos no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno depresivo o uno bipolar. Además, no se cumplen los criterios de un trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo. p. 244”. DSM-5 (APA, 2.013).

## **Etiología**

“En algunos niños y adolescentes, la sintomatología negativista puede aparecer como reacción a un accidente, enfermedad, después de un evento traumático, o puede ser una defensa contra sentimientos de incapacidad, incompetencia, ansiedad, pérdida de autoestima o tendencias de sumisión”. p. 14. Vásquez, Feria, Palacios y Peña (2010). En lo cual los síntomas negativistas afloran en el ambiente familiar, pero con el paso del tiempo pueden producirse en otros ambientes. Su inicio es típicamente gradual y suelen mantenerse a lo largo de meses o años, en una proporción significativa de casos, además constituye un antecedente evolutivo del trastorno disocial.

Basados en los antecedentes se observa que el contexto y las dinámicas familiares influyen significativamente en el comportamiento del niño, en las condiciones de violencia intrafamiliar, en la ausencia de normas y límites claros, en no tener una figura de autoridad real y significativa, y el cambio constante de cuidadores hacen que

las conductas disruptivas de los niños se agudicen. Hay niños diagnosticados con TOD con los cuales es necesario realizar intervención integral, teniendo en cuenta los factores de riesgo a los que está expuesto. Autores como Vásquez, Feria, Palacios y Peña (2010), han profundizado en las posibles causas y tratamiento de este trastorno.

“Este trastorno afecta aproximadamente de 2 a 16 niños y adolescentes de cada 100 y es más frecuente entre los jóvenes de familias de un estado socioeconómico bajo” (Vásquez, Feria, Palacios y Peña. 2010).

Una teoría del desarrollo sugiere que los problemas comienzan cuando los niños tienen entre uno y dos años y medio de edad (Barkley, 1997). Pero los niños y adolescentes que desarrollan el TOD pueden haber tenido dificultades para aprender a separarse de su figura de apego primaria y así desarrollar habilidades autónomas, como es la socialización y resolución de problemas comunes dependiendo de la edad en la que se encuentre. (Molledo, 2008)

Las malas actitudes características del TOD se consideran como una continuación de los asuntos normales durante el desarrollo que no fueron resueltas adecuadamente en los primeros años de vida (Barkley, 1997), ya que la teoría biológica-fisiológica plantea que hoy día parece un hecho demostrado que tanto en los niños como en los adolescentes con problemas de conducta existen factores heredados de características neurofisiológicas, psicofisiológicas y bioquímicas, en la que los predispone a manifestar conductas inmaduras infantiles y de baja tolerancia a la frustración entre otras más. De manera agregada Vásquez, Feria, Palacios y Peña. (2010) nos dicen que “la conducta agresiva entre otras características en el comportamiento están relacionadas con factores bioquímicos y con sustancias hormonales que tenemos en el cerebro”.

Todos estos acontecimientos o características negativas del TOD, y lo que se muestra en la teoría del aprendizaje, son efectos de las técnicas de refuerzo negativo empleadas por los padres y personas en posición de autoridad, del cual se considera que, el empleo de refuerzos negativos por parte de los padres, incrementa la frecuencia e intensidad de los comportamientos opositorios en el niño (Barkley, 1987). Y en la misma idea, “las características negativas del trastorno son actitudes que los jóvenes aprenden de las técnicas negativas empleadas por los padres y figuras de autoridad, como lo son los gritos, golpes, ignorarlos, entre otras formas de castigo”. p.14. Vásquez, Feria, Palacios y Peña, (2010).

(Beyebach, 1998; Barrera, Restrepo, Labrador, Niño, Díaz, Restrepo, Lamus, López de Mesa, Mancera, 2006) nos hablan de la importancia de tener en cuenta los factores causales en los problemas de conducta y así diferenciar los factores de mantenimiento de los problemas con factores causales: sin duda, la forma de reaccionar

de los padres y sus intentos de solucionar el problema no son eficaces y es probable que incluso contribuyan a mantener o cronificar la situación. Sin embargo, eso no implica que estas actitudes hayan sido inicialmente las causantes del problema. Esta última distinción nos permite transmitir el mensaje de que ellos sí son responsables de modificar aquellas conductas y actitudes que mantienen o agravan el problema y de conducirse de forma tal que lo reduzcan o superen; no obstante, esto no implica que sean los causantes o incluso culpables del mismo.

Otro tipo de causas que se pueden evidenciar son los problemas familiares. Estos resultan importantes y significativos en la problemática mental del TOD; por ejemplo, las dificultades, problemas económicos, conflictos dentro de la familia; ya que estos contribuyen de alguna manera en la expresión del trastorno. Además, el teórico (Barkley, 1981; Barrera, et al, 2006) dice que son frecuentes las quejas sobre problemas de atención en niños pertenecientes a familias que están desorganizadas o caracterizadas por relaciones paternas inconsistentes.

El temperamento, el déficit de habilidades sociales, el desarrollo en lo cognitivo, en el campo académico, son diversos factores relacionados con la escuela; La interacción alumno- profesor, las relaciones o rechazo y aislamiento con el grupo de pares (Ison & Morelato, 2002), las normas y los métodos de trabajo, son causas y variables que ayudan a mantener el TOD en aumento o disminución de las conductas de acuerdo con la circunstancia ambiental-educativa en la que se desarrolle el niño o adolescente (Armas, 2007).

Todo esto puede darse posiblemente a varios mecanismos psicosociales como problemas parentales en disciplina, estructuración e imposición de límites; identificación del niño con un pariente con trastorno para el control de impulsos y la ausencia de alguno de los padres. Estudios preliminares de Armas, (2007) sugieren una agregación familiar pero sin mecanismos de transmisión identificados.

Pero según Popper & Steingard, (1994) todos los trastornos de aprendizaje y lenguaje, al igual que un coeficiente intelectual bajo, pueden contribuir a la oposicionalidad del niño y a la integralidad de un desarrollo en una mentalidad sana.

## **Tratamiento**

Es bueno considerar que el primer paso del tratamiento del TOD consiste en diferenciar si la conducta de un niño se enmarca en una variante de la normalidad o se debe considerar patológica, teniendo en cuenta los parámetros de persistencia, frecuencia e intensidad. Es importante tener en cuenta que no todos los niños con mala conducta son niños con TOD. La mayor parte de las conductas disruptivas se dan de forma habitual en niños sin psicopatología identificable. En realidad, las

malas conductas forman parte de la conducta normal de la infancia, por lo tanto, en estos casos el abordaje consiste simplemente en una intervención educativa, determinada por el modelo educativo de las familias. Por supuesto, ciertos modelos educativos pueden resultar más coherentes y eficaces que otros, pero en cualquier caso, la capacidad de orientar al niño hacia conductas positivas, respetuosas y responsables, viene muy determinada por la existencia o no del TOD. Y según (Rigau, et al, 2006), las medidas educativas convencionales suelen fracasar en los TOD con disfunciones ejecutivas.

Ante todo es bueno considerar que el desarrollo integral de un niño no solo se encuentra en lo educativo, sino que además es un encuentro interdisciplinar para intervenir esta clase de problemática en el TOD. Es por esto que es necesario el tratamiento del TOD en la psicoterapia individual, familiar y grupal, la cual implica trabajar con el niño, adolescente y padres. En estos mismos tipos de intervención encontramos lo siguiente:

Primero, Vásquez, Feria. (2010) nos expresan su idea de que la psicoterapia individual, suele emplear un enfoque cognitivo conductual para aumentar la capacidad del paciente en la resolución de sus problemas y sus habilidades de comunicación, de control de la ira y el impulso. Además, Palacios y Peña. (2010) dicen que existe otro planteamiento y es el entrenamiento en habilidades para la solución de problemas, ya que el tratamiento de los trastornos de conducta puede ser más útil que la psicoterapia individual

Segundo, en la terapia familiar nos dice Peña. (2010) que el objetivo principal es la introducción de cambios en la familia, como por ejemplo: se tiende a mejorar la capacidad de comunicación y fomentar la interacción entre los miembros de la familia. Bien se sabe que la crianza de sus niños puede ser una tarea muy difícil para los padres que necesitan apoyo, comprensión y habilidades que les permitan desarrollar enfoques más eficaces para la crianza de los hijos.

Beyebach, (1998) nos habla del papel central que los padres tienen en el tratamiento de los problemas infantiles. Entonces se hace necesario reivindicar la importancia de los padres en el tratamiento de los problemas de niños y adolescentes, porque se considera ante todo como una fuente de recursos para la intervención, como aliados en el proceso de cambio y como potenciales coterapeutas.

Tercero y último en la terapia grupal, Vásquez, (2010) señala que mediante la terapia con niños o adolescentes de su misma edad y problemática se suelen centrar en el desarrollo y utilización de las habilidades sociales e interpersonales, mediante la socialización de experiencias en mismo ambiente.

Para continuar, es así como la terapia cognitivo conductual tiene herramientas que permiten aumentar la capacidad del paciente, que ayudan a resolver los problemas, a aumentar sus habilidades de comunicación, control de la ira y el impulso; Y con este mismo planteamiento, según Popper y Steingard (1994), la terapia cognitiva-conductual también puede ser útil en el desarrollo de habilidades para el manejo de la rabia, el control de la impulsividad y la comunicación. (Moreno, Ultria, 2011).

A partir de lo mencionado antes, muchos autores se han tomado el tiempo de implementar estrategias para promover conductas saludables, como las experiencias positivas que van forjando esquemas cognitivos y afectivos adaptativos que promoverán estas conductas y, por el contrario, las experiencias negativas facilitarán la conformación de esquemas disfuncionales, los cuales pueden dar origen a conductas de riesgo para la salud (Greco, 2006; Ison, 2003).

Y por medio de estas características explican los factores de tratamiento del TOD. Barkley (1999) explica 8 pasos con los que se pretende mejorar la conducta, las relaciones sociales y la adaptación general en casa del niño y del adolescente temprano:

1. Aprender a prestar atención positiva al menor.
2. Usar el poder de su atención para conseguir que obedezca.
3. Dar órdenes de forma eficaz.
4. Enseñarlo a no interrumpir actividades.
5. Establecer en casa un sistema de recompensa con fichas.
6. Aprender a castigar el mal comportamiento de forma constructiva.
7. Ampliar el uso de tiempo fuera.
8. Aprender a controlar al menor en lugares públicos.

Además de esto según un estudio de Peña y Palacios en el 2011, compararon el entrenamiento de los padres, impartido por enfermeras y psicólogos, contra el auto adiestramiento con la lectura del material bibliográfico, y esto demostró que tanto el adiestramiento dirigido por un tercero como el autoadiestramiento bibliográfico eran eficaces en la reducción de las conductas negativas y desafiantes de los niños con TOD.

Sin embargo Peña y Palacios (2011) aclaran que las intervenciones en adolescentes mayores de 16 a 17 años deben incluir una intervención psicoeducativa o en terapia familiar, ya que el tratamiento farmacológico del TOD se dirige principalmente a la comorbilidad como el T.D.A.H, el TD o la sospecha de un trastorno afectivo y ansioso sub sindromático. Pero estas deberán ser realizadas por médicos especialistas en el área de la salud mental.

Junto con la terapia, Vásquez y Feria (2010) recomiendan la intervención farmacológica para tratar de controlar la conducta negativa desafiante y su comorbilidad



(depresión y/o ansiedad). Y Peña y Palacios (2011) consideran una interconsulta a un especialista del área o una referencia a otro nivel de atención. Pero los psicofármacos no se consideran eficaces para el tratamiento del trastorno negativista desafiante, para esto pueden utilizarse solo si otros síntomas o trastornos están presentes (que es más la regla que la excepción) y lo más importante, si responde al medicamento.

## **Discusión**

Generalmente el TOD es un trastorno asociado a niños que presentan conductas disruptivas, algunas propias de la edad infantil, los cuales pueden confundirse con dicho diagnóstico, es decir, no tienen antecedentes psicopatológicos. Para hacer un adecuado diagnóstico del trastorno se deben tener en cuenta factores como la frecuencia y la intensidad con la que aparece la conducta. Además, las primeras manifestaciones del trastorno suelen ser registradas en la casa de niño el cual es el hogar primario que estructura al sujeto como tal. Es por ello que sus padres pueden estar más implicados en el proceso de desarrollo de sus hijos; analizar o comparar las conductas de estos con sus pares, evaluando que las características de su comportamiento se encuentren dentro de los parámetros establecidos para la edad.

En otras palabras, no es una tarea fácil ser padres de los niños que presentan conductas disruptivas, ya que los métodos de educación utilizados, normalmente adaptados a niños regulares, no dan los mismos resultados con los niños con características propias del TOD, haciendo que se genere en los padres y docentes una mayor dificultad para implementar y desarrollar estrategias que ayuden a mitigar el comportamiento de estos niños.

El TOD se caracteriza por presentar conductas desafiantes hacia personas que representan la autoridad para el individuo que tiene el trastorno, aunque también puede presentarse sin razón aparente contra sus iguales (compañeros de estudio u otros niños).

Según los diferentes autores estas conductas de enfrentamiento y desacatamiento de la norma pueden tener su origen en la simulación que hacen los niños del ambiente que le rodea, inconsistencias en los modelos educativos empleados por los padres, que de manera inadecuada instauran en el niño conductas que posteriormente pueden convertirse en un trastorno. No obstante, es preciso hacer un análisis que incluya aspectos como: la violencia intrafamiliar y la alteración del estado de ánimo. Se podría hipotetizar que los hogares en los cuales existe una ausencia del padre a causa de la separación o el abandono de este, pueden ocasionar en el sujeto la sistematización de dicho trastorno, asimismo, condiciones y factores como las dificultades familiares, los problemas económicos y demás que se puedan presentar

en el entorno familiar donde se encuentra inmerso el niño, contribuyen al desarrollo del TOD u otro tipo de trastornos. Por otro lado, se deben considerar qué factores hereditarios en los niños que presentan problemas de conducta tienen un origen neurofisiológico.

El TOD, requiere un tratamiento diferente al del TDAH, este tratamiento debe ser basado en técnicas de solución de conflictos las cuales aumenten en el niño o adolescente las estrategias de afrontamiento, aumentando así la capacidad de resolver los problemas, mejorar aspectos de la comunicación, con el fin de que el individuo pueda relacionarse con los demás, establecer pautas de control de la ira y el impulso, lo cual permitirá mejorar su parte interna y así reintegrarse a la vida social y no ser excluido por sus comportamientos.

Las anteriores consideraciones inducen a plantearse que las intervenciones en el TND, deben incorporar un asesoramiento a los padres en el cual se aborden no solo las características o patrones de comportamiento que presenta un niño con dicho trastorno, sino que a su vez se den estrategias útiles para el manejo adecuado de las conductas disruptivas, donde implementen pautas de crianza que incluyan límites y normas establecidos y claros. Además de fortalecer el lazo entre padres e hijos y los vínculos afectivos.

## Conclusiones

- El trastorno oposicional desafiante se define por un patrón de conductas negativas, desafiantes, desobedientes y hostiles dirigido hacia las personas más cercanas como lo son la familia o aquellas personas que representen una figura de autoridad para dicho individuo.
- Los comportamientos oposicionistas que se presentan en el individuo pueden ser entendidos por los que le rodean a partir de la orientación de un terapeuta, el cual debe conocer los mecanismos cognitivos que hacen que el niño reaccione de una manera determinada.
- Antes de realizar una intervención se debe diferenciar la conducta del niño, que se encuentre entre los parámetros de persistencia, frecuencia e intensidad.
- Las conductas disruptivas pueden ser tratadas con fármacos, disminuyendo así los síntomas del TOD.
- El TOD es un trastorno caracterizado por un patrón recurrente, persistente de conductas que violentan los derechos y normas de los demás, muchos de estos problemas surgen de la dificultad que tiene el niño con el manejo o control de sus emociones y su actividad.
- El individuo que padece TOD tiende a presentar un deterioro en sus relaciones familiares y sociales, causando así la exclusión del individuo.
- En los niños que conforman familias disfuncionales en las que existen adversi-

dades familiares o separación de los padres, es más frecuente encontrar la probabilidad del desarrollo del TOD.

- Los niños que padecen el TOD suelen ser identificados a partir de los 2-3 años de edad, a causa de sus conductas disruptivas, las cuales crean inconvenientes familiares.
- No todos los niños con mala conducta pueden ser diagnosticados con TOD, porque la mayor parte de ellos poseen conductas disruptivas sin una patología existente.
- Para lograr una terapia exitosa con los pacientes con TOD es necesario establecer una empatía con el niño, definirle el problema buscando encontrar una solución para el niño y su familia.
- La psicoterapia individual ayuda a los pacientes a adquirir habilidades en la comunicación, control de la ira y los impulsos, permitiéndole al niño establecer mejores relaciones sociales.

## **Bibliografía**

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Diagnóstico y Manual estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.). Washington, A Autor

American Psychiatric Association (APA). (2000). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.

Armas, C. (2007). Prevención e intervención ante problemas de conducta: estrategias para centros educativos y familia. Las Rozas, Madrid: GESTIÓN.

Barkley RA. (1981). Hyperactive children: a handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford Press.

Barkley RA. (1997) Defiant children: a clinical manual for assessment and parent training (2º. ed.) New York: Guilford Press.

Beyebach M. (1998). La Terapia Familiar Breve en el trabajo con niños y sus familias. Familia. Familia. Revista de Ciencias y Orientación Familiar. 16, 27-46. ISSN 1130-8893

Diana Barrera, C. R. (2006). MEDIO FAMILIAR Y ENTORNO ESCOLAR: DETONANTES Y ANTÍDOTOS DE LAS CONDUCTAS AGRESIVAS EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR. Área de Salud Pública y Proyección Social, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, 12.

- E. Rigau-Ratera, C. García-Nonell, J. Artigas-Pallares. (2006) Tratamiento del trastorno oposicionista desafiante. *Rev. Neurol* 42 (Supl 2)
- Greco, C. (2006). Creencias en salud. Concepto de salud-enfermedad en las madres y sus hijos con diabetes Mellitus tipo 1. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* Aigle, 15, 21-29.
- Ison, M. S. (2003). Habilidades socio-cognitivas para la solución de problemas interpersonales en niños con retraimiento social. *Revista Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 13, 34-46.
- Ison, M. S. & Morelato, G. S. (2002). Contexto familiar y desarrollo de habilidades cognitivas para la resolución de problemas interpersonales. *Revista Psykhe*, 11, 149 -157
- Jaime Moreno Méndez, E. U. (2011). Caracterización de los programas de tratamiento Cognitivo-conductual para el manejo de problemas de comportamiento en niños y adolescentes realizados en Bogotá entre 2002 y 2008. *Psicología desde el Caribe*, 39.
- Molledo, A. (2008). La evolución de la obra y el modelo de Vittorio Guidano. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 27 (1), 65-85.
- Peña; O, Palacios; c. (2011). Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia diagnóstico y tratamiento. *Rev. Salud Mental* 34(5),421-427
- Vásquez MJ, Feria M, Palacios L, De la Peña F. (2010). Guía clínica para el trastorno negativista desafiante. Ed. Shoshana Berenzon.

**Para citar este artículo:**

Castro, N., et. al. (2014). Incidencia social, familiar, biológica y académica del trastorno oposicionista desafiante. *Senderos Pedagógicos*, 5, 59-70