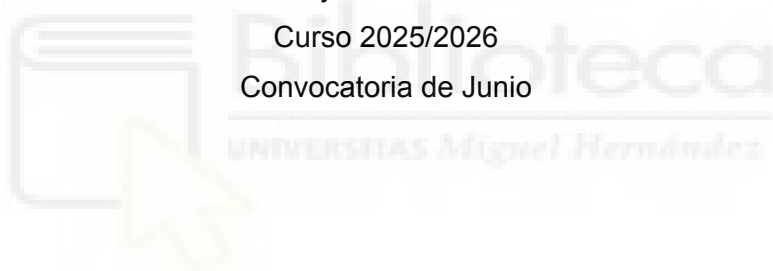




Grado en Psicología
Trabajo Fin de Grado
Curso 2025/2026
Convocatoria de Junio



Modalidad: Revisión bibliográfica

Título: Eficacia de las intervenciones para el Trastorno Negativista Desafiante en población infantojuvenil: una revisión de revisiones

Autora: Andrea Ramírez Pérez

Tutora: Mireia Orgilés Amorós

Cotutora: Marina Serrano Ortiz

COIR: TFG.GPS.MSO.ARP.260505

Elche, 5 de junio de 2026

Índice

Resumen	3
Introducción	4
Metodología	7
Procedimientos de búsqueda	7
Extracción de datos	8
Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA	9
Resultados	9
Características generales de los estudios	9
Tabla 1	11
Características de la población	23
Tabla 2	25
Características de las intervenciones	32
Tabla 3	33
Discusión	38
Limitaciones	39
Conclusión	40
Bibliografía	41



Resumen

El Trastorno Negativista Desafiante (TND) constituye uno de los problemas de salud mental más frecuentes en población infantil y adolescente y se asocia con un mayor riesgo de desarrollar dificultades conductuales y psicosociales a largo plazo. El objetivo de este trabajo fue analizar y sintetizar la evidencia científica disponible sobre la eficacia de las intervenciones dirigidas a niños y adolescentes con TND. Para ello, se realizó una revisión paraguas de 33 revisiones sistemáticas y metaanálisis publicados sobre esta temática. Los resultados muestran que las intervenciones psicosociales, especialmente los programas de entrenamiento parental como la Terapia de Interacción Padres-Hijos (PCIT) y The Incredible Years, constituyen las estrategias con mayor respaldo empírico para la reducción de los síntomas oposicionistas y de los problemas de conducta asociados. Asimismo, los enfoques multimodales que integran a los cuidadores y diferentes contextos de intervención, como la familia y la escuela, presentan resultados más estables y clínicamente significativos. Por el contrario, la farmacoterapia desempeña un papel complementario, principalmente en situaciones de mayor gravedad clínica o comorbilidad. No obstante, la evidencia disponible presenta limitaciones metodológicas, entre las que destacan la escasez de seguimientos longitudinales y la heterogeneidad de los estudios incluidos.

Palabras clave: *Trastorno Negativista Desafiante; entrenamiento parental; intervención psicosocial; eficacia terapéutica; infancia; adolescencia.*

Abstract

Oppositional Defiant Disorder (ODD) is one of the most common mental health problems among children and adolescents and is associated with an increased risk of developing long-term behavioral and psychosocial difficulties. The aim of this study was to analyze and synthesize the available scientific evidence on the effectiveness of interventions for children and adolescents with ODD. To this end, an umbrella review of 33 systematic reviews and meta-analyses published on this topic was conducted. The results show that psychosocial interventions, particularly parent training programs such as Parent–Child Interaction Therapy (PCIT) and The Incredible Years, constitute the strategies with the strongest empirical support for reducing oppositional symptoms and associated behavioral problems. Likewise, multimodal approaches that involve caregivers and different intervention settings, such as the family and school, produce more stable and clinically significant outcomes. In contrast, pharmacotherapy plays a complementary role, mainly in situations of greater clinical severity or comorbidity. However, the available evidence presents methodological limitations, most notably the scarcity of longitudinal follow-up studies and the heterogeneity of the included studies.

Keywords: Oppositional Defiant Disorder; parent training; psychosocial intervention; therapeutic effectiveness; childhood; adolescence.



Introducción

Los problemas de conducta externalizantes constituyen uno de los principales desafíos en salud mental infantojuvenil y una de las causas más frecuentes de derivación a servicios especializados (Boldrini et al., 2023; Riise et al., 2021; Selph et al., 2025). Estos problemas se incluyen dentro de los Trastornos de la Conducta Disruptiva, categoría que engloba el Trastorno de Conducta, el Trastorno Negativista Desafiante (TND) y el Trastorno Explosivo Intermitente (Rajkumar, 2022; Selph et al., 2025), y presentan una elevada comorbilidad con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (Biederman et al., 2007; Tsujii et al., 2021).

El TND ha recibido especial atención debido a su prevalencia en población infantojuvenil (Boldrini et al., 2023; Polanczyk et al., 2015). A nivel mundial, se estima que afecta aproximadamente al 3,3–3,6 % de niños y adolescentes (Boldrini et al., 2023; Polanczyk et al., 2015; Selph et al., 2025), aunque las tasas reportadas en la literatura oscilan entre el 2 % y el 16 % dependiendo de los criterios diagnósticos, la edad de la muestra y los procedimientos de evaluación utilizados (Boldrini et al., 2023; Selph et al., 2025). Además, la prevalencia a lo largo de la vida alcanza el 10,2 % (Baumel et al., 2021; Hambly et al., 2016), siendo más frecuente en varones (11,2 %) que en mujeres (9,2 %) (Dedousis-Wallace et al., 2021; Selph et al., 2025). Se caracteriza por un patrón persistente de comportamiento desafiante, negativista e irritable durante al menos seis meses (American Psychiatric Association, 2013; Barker & De Lugt, 2022), asociado a dificultades en la regulación emocional, baja tolerancia a la frustración y un estilo atribucional externo de la conducta (Boldrini et al., 2023; Selph et al., 2025). Estas manifestaciones afectan de forma significativa al funcionamiento familiar, escolar y social, generando conflictos interpersonales, dificultades de adaptación y mayor rechazo por parte de iguales y adultos (Boldrini et al., 2023; Sanfins et al., 2025), lo que incrementa el riesgo de problemas académicos, abandono escolar y relaciones sociales inestables (Boldrini et al., 2023; Selph et al., 2025).

La evidencia indica que el TND no solo impacta en el funcionamiento inmediato, sino que actúa como factor de riesgo para trayectorias evolutivas adversas. Se asocia con trastornos de conducta, consumo de sustancias, delincuencia juvenil y conductas antisociales (Bradley & Mandell, 2005; Rajkumar, 2022), lo que conlleva un deterioro progresivo del ajuste global y una elevada demanda sobre los sistemas sanitario, educativo y judicial (Hudziak et al., 2004; Sanfins et al., 2025). Este riesgo se ve incrementado cuando los síntomas aparecen de forma temprana, presentan elevada irritabilidad, se expresan en múltiples contextos o se asocian a estilos de crianza coercitivos (Aggarwal & Marwaha, 2024; Hambly et al., 2016). En ausencia de intervención, el trastorno puede evolucionar hacia cuadros de mayor gravedad, incluyendo trastornos de conducta o trastorno de

personalidad antisocial en la adultez (Loy et al., 2012; Selph et al., 2025). Por ello, la detección e intervención precoz resultan fundamentales, especialmente en etapas tempranas, donde se han observado mejoras en el clima familiar, la reducción de conductas oposicionistas y el desarrollo de habilidades socioemocionales (Ferro García et al., 2021; Selph et al., 2025). A ello se suma una importante carga económica y social, con costes significativamente superiores a los de la población general (Furlong et al., 2012; Waddell et al., 2018).

En el abordaje del TND, las intervenciones psicosociales constituyen el eje principal del tratamiento del TND, al basarse en principios del aprendizaje social, el condicionamiento operante y los modelos ecológicos del desarrollo, que entienden la conducta como resultado de la interacción entre el individuo y sus contextos (Dedousis-Wallace et al., 2021; Selph et al., 2025). Estas intervenciones incluyen programas de entrenamiento parental, intervenciones cognitivo-conductuales centradas en el menor y modelos sistémicos o multimodales, siendo los primeros los que cuentan con mayor respaldo empírico (Battagliese et al., 2015; Bradley & Mandell, 2005).

En menores de 12 años, el entrenamiento parental constituye la intervención de primera línea (Baumel et al., 2021; Boldrini et al., 2023), al centrarse en mejorar las estrategias educativas y reducir patrones coercitivos de interacción (Selph et al., 2025; Kazdin, 2005). Programas como *The Incredible Years* y la *Terapia de Interacción Padres-Hijos* han mostrado eficacia en la reducción de síntomas oposicionistas y en la mejora del funcionamiento familiar (Ferro García et al., 2021; Leijten et al., 2016), principalmente mediante el refuerzo positivo y la mejora de la relación entre progenitores e hijos (Kaehler et al., 2016; Selph et al., 2025). En adolescentes, la evidencia respalda intervenciones más intensivas y contextuales, como la *Terapia Multisistémica* y el *Treatment Foster Care Oregon*, especialmente en casos graves o judicializados (Boldrini et al., 2023; McCart et al., 2023). Estas intervenciones actúan sobre los sistemas familiar, escolar y social, mostrando eficacia en la reducción de conductas delictivas (Johnson & Waller, 2006; McCart et al., 2023), aunque su implementación puede verse limitada por su complejidad logística y económica (Boldrini et al., 2023; Selph et al., 2025).

Aunque las intervenciones psicosociales constituyen el eje central del tratamiento, la farmacoterapia puede considerarse un recurso complementario en casos específicos, especialmente cuando existe comorbilidad o elevada gravedad (Hambly et al., 2016; Sanfins et al., 2025). En presencia de TDAH, el tratamiento se dirige inicialmente a este trastorno, con efectos también positivos sobre la conducta oposicionista (Shafiq & Pringsheim, 2018; Tsujii et al., 2021). En este contexto, los psicoestimulantes han mostrado eficacia en la reducción de los síntomas nucleares y de la agresividad asociada (Loy et al., 2012; Shafiq & Pringsheim, 2018). Por otro lado, los antipsicóticos atípicos se reservan para situaciones de

mayor gravedad, aunque su uso se ve limitado por posibles efectos adversos metabólicos, hormonales y neurológicos (Selph et al., 2025; Shafiq & Pringsheim, 2018), manteniéndose su utilización en población infantil y adolescente bajo un debate clínico activo (Ghanizadeh, 2013; Sanfins et al., 2025).

Estas limitaciones refuerzan el papel de las intervenciones psicosociales, que permiten actuar de forma más directa sobre los factores contextuales implicados en el origen y mantenimiento del trastorno (Boldrini et al., 2023). En esta línea, el abordaje multimodal se ha propuesto como la estrategia más completa, al integrar intervención psicológica, psicoeducación y, en casos graves, tratamiento farmacológico (Battagliese et al., 2015; Sanfins et al., 2025). Su eficacia se explica por la naturaleza multidimensional del trastorno, resultado de la interacción entre factores individuales, familiares, escolares y sociales (Johnson & Waller, 2006; Selph et al., 2025). Este enfoque permite intervenir simultáneamente en distintos niveles del entorno, favoreciendo cambios más estables y generalizables (Boldrini et al., 2023; Selph et al., 2025). Asimismo, la coordinación entre familia y escuela contribuye al mantenimiento de los cambios y a la reducción del riesgo de recaídas (Sanfins et al., 2025; Selph et al., 2025).

No obstante, la propia complejidad del Trastorno Negativista Desafiante dificulta de manera significativa la evaluación de la eficacia de las intervenciones disponibles (Boldrini et al., 2023; Sanfins et al., 2025). Este trastorno engloba manifestaciones clínicas diversas, como irritabilidad, comportamiento desafiante y conductas vengativas, que presentan trayectorias evolutivas diferenciadas (American Psychiatric Association, 2013; Sanfins et al., 2025). En este sentido, la variabilidad clínica, junto con la influencia de factores contextuales, complica la aplicación de modelos terapéuticos homogéneos y refuerza la necesidad de abordajes adaptados a las características individuales de cada caso (Boldrini et al., 2023; Ferro García et al., 2021).

A esta complejidad se añaden importantes limitaciones metodológicas en la literatura, entre las que destacan la variabilidad en los resultados de eficacia, la escasa generalización a la práctica clínica, la ausencia de seguimiento a largo plazo y la heterogeneidad de los diseños de estudio (Boldrini et al., 2023; Dedousis-Wallace et al., 2021). Estas dificultades son especialmente relevantes en el ámbito farmacológico, donde la evidencia longitudinal sobre seguridad y eficacia sigue siendo limitada (Hambly et al., 2016; Sanfins et al., 2025).

Por ello, se justifica la realización de una revisión sistemática orientada a sintetizar la evidencia disponible. Aunque el TND se asocia a un elevado riesgo de psicopatología futura y una importante carga socioeconómica (Sanfins et al., 2025; Waddell et al., 2018), persisten inconsistencias en la eficacia de las intervenciones y falta de consenso terapéutico (Janiri et al., 2023; Riise et al., 2021; Selph et al., 2025). Asimismo, existe una brecha entre

la eficacia observada en contextos experimentales y su efectividad en la práctica clínica habitual (Baumel et al., 2021; Riise et al., 2021). En este contexto, el objetivo de este trabajo es analizar y sintetizar la evidencia actual sobre la eficacia de las intervenciones en población infantil y adolescente con TND (Chorpita et al., 2002; Selph et al., 2025).

Metodología

Procedimientos de búsqueda

En esta revisión paraguas se incluyeron revisiones sistemáticas y metaanálisis con una metodología rigurosa y que cumplieran con los criterios de calidad establecidos por la declaración PRISMA (Page et al., 2021). Antes de iniciar la búsqueda bibliográfica, se definieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión, siguiendo el modelo PICO (Población, Intervención, Comparador, Resultados):

- Población: niños y adolescentes menores de 18 años con diagnóstico de TND.
- Intervención: intervenciones psicológicas, farmacológicas, combinadas u otras estrategias terapéuticas dirigidas al tratamiento del TND en población pediátrica.
- Comparador: no se exigió un comparador específico, dado que el objetivo de esta revisión era identificar la eficacia general de los tratamientos disponibles.
- Resultados: se seleccionaron estudios que utilizaran tanto medidas diagnósticas estandarizadas y validadas para el TND, como entrevistas clínicas estructuradas o escalas específicas, tales como Child Behavior Checklist (CBCL) y Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI).

Se excluyeron los estudios que no estuvieran publicados en inglés o español, que no incluyeran información detallada sobre las características de los participantes o que no cumplieran con los criterios metodológicos exigidos para ser considerados revisiones sistemáticas o metaanálisis. Además, no se aplicaron restricciones en cuanto a la fecha de publicación.

La búsqueda bibliográfica fue realizada por la cotutora MSO el 15 de diciembre de 2025 en cinco bases de datos electrónicas: MEDLINE (vía PubMed), PsycINFO, Web of Science (Core Collection), The Cochrane Library y Scopus. Las búsquedas se realizaron utilizando operadores booleanos para combinar conceptos y frases clave, empleando los siguientes términos: ("Child"[Mesh] OR "Preschool Child"[Mesh] OR "Adolescent"[Mesh] OR child*[tiab] OR preschool*[tiab] OR adolescen*[tiab] OR teen*[tiab] OR youth*[tiab]) AND ("Oppositional Defiant Disorder"[Mesh] OR "oppositional defiant disorder"[tiab] OR "oppositional defiant"[tiab] OR ODD[tiab]) AND ("Cognitive Behavioral Therapy"[Mesh] OR "Behavior Therapy, Cognitive"[Mesh] OR "Cognitive Therapy"[Mesh] OR "Acceptance and Commitment Therapy"[Mesh] OR "Dialectical Behavior Therapy"[Mesh] OR "Family Therapy"[Mesh] OR mindfulness[Mesh] OR "Mindfulness-Based Stress Reduction"[tiab] OR

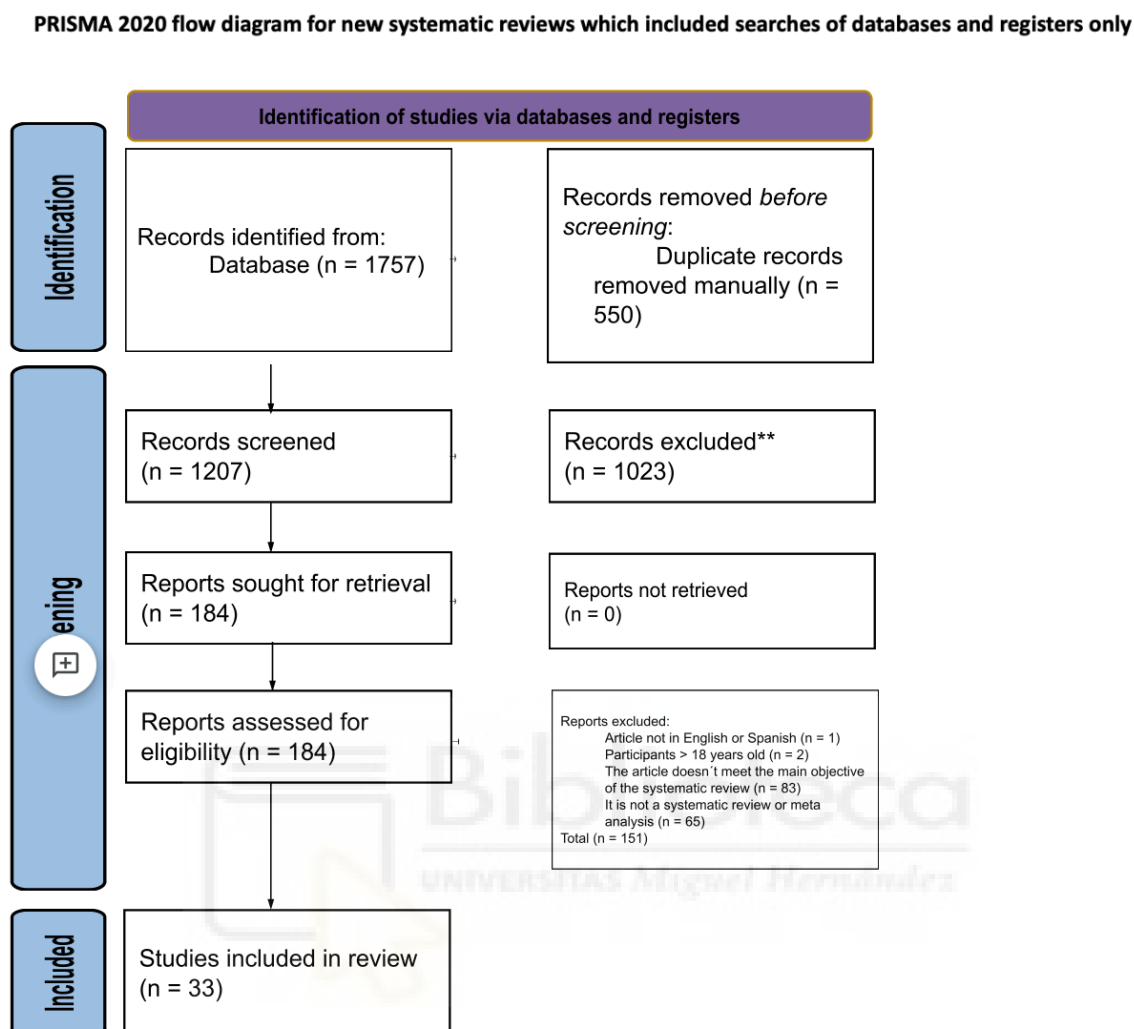
"Transcutaneous Electric Nerve Stimulation"[Mesh] OR "Percutaneous Neuromodulation Therapy"[tiab] OR "Methylphenidate"[Mesh] OR "Atomoxetine Hydrochloride"[Mesh] OR "Guanfacine"[Mesh]). Además, se contactó por correo electrónico con los autores de aquellos estudios cuyo texto completo no fue accesible.

Los resultados fueron exportados a la plataforma Rayyan®, donde se eliminaron los duplicados. Posteriormente, se generó una base de datos en Microsoft Excel® para organizar el proceso de selección. Dos autoras (ARP y LDM) revisaron de forma independiente los títulos y resúmenes de los artículos identificados, con el objetivo de verificar su adecuación a los criterios de inclusión establecidos. Las discrepancias se resolvieron mediante discusión y, de no lograrse consenso, se consultó a una tercera revisora (MSO). A continuación, una de las autoras (ARP) realizó la lectura a texto completo de los estudios preseleccionados, cribando aquellos que cumplieran con todos los requisitos metodológicos. Esta misma revisora fue responsable de la extracción de los datos relevantes, los cuales fueron organizados en una tabla resumen para su posterior análisis.

Extracción de datos

Se diseñó un formulario específico para la extracción estandarizada de datos. Se recopiló la siguiente información de cada estudio incluido: autores, año de publicación, objetivos del estudio, estrategia de búsqueda (bases de datos utilizadas y ecuaciones de búsqueda), estudios incluidos (tipo y número), características de los participantes (número total, rango de edad si se proporcionaba, proporción de sexo y país o nacionalidad), tratamientos (tipo y formato de implantación), medidas de resultado, fuentes de financiación, riesgo de sesgo, resultados, estimaciones del efecto (si se trataba de un metaanálisis) y conclusiones. La extracción de datos fue realizada por la autora ARP.

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

Resultados

Características generales de los estudios

En relación con las características generales de los estudios (Tabla 1), la evidencia incluida en esta revisión bibliográfica estuvo compuesta principalmente por revisiones sistemáticas, con un total de 23 estudios (Barker & De Lugt, 2022; Dedousis-Wallace et al., 2021; Ferro García et al., 2021), además de 6 metaanálisis (Baumel et al., 2021; Erford et al., 2014; Veenman et al., 2018) y 4 revisiones sistemáticas con metaanálisis (Boldrini et al., 2023; Riise et al., 2021; Selph et al., 2025). La mayoría de las revisiones incluyeron exclusivamente Ensayos Controlados Aleatorizados (RCT) (n = 26) (Baumel et al., 2017;

Dedousis-Wallace et al., 2021; Janiri et al., 2023), mientras que 6 combinaron RCT con otros diseños metodológicos (Ferro García et al., 2021; Riise et al., 2021; Sanfins et al., 2025) y solo una se basó exclusivamente en estudios cuasi-experimentales y de caso único (Barker & De Lugt, 2022). El número de estudios analizados por revisión osciló entre 3 y 168, con tamaños muestrales comprendidos entre 205 y 20.839 participantes (Biederman et al., 2007; McDonald & Drey, 2018; Selph et al., 2025). En conjunto, estos datos reflejan una base de evidencia amplia y metodológicamente sólida, sustentada principalmente en estudios experimentales de alta calidad.

Respecto a las características metodológicas de las revisiones incluidas, todos los estudios (n = 33) utilizaron criterios diagnósticos basados en el DSM en alguna de sus versiones (Barker & De Lugt, 2022; Battagliese et al., 2015; Veenman et al., 2018), mientras que 14 revisiones complementaron el diagnóstico mediante criterios CIE/ICD (Ferro García et al., 2021; Sanfins et al., 2025; Wadell et al., 2018). El empleo de estos sistemas diagnósticos contribuye a mantener una mayor uniformidad en los criterios utilizados por las distintas revisiones, favoreciendo una interpretación más consistente de los resultados reportados. Asimismo, 10 estudios informaron un protocolo previamente registrado, principalmente en plataformas como PROSPERO, Open Science Framework o Cochrane Library (Boldrini et al., 2023; Selph et al., 2025; Zwi et al., 2011), lo que aporta mayores niveles de transparencia y reduce el riesgo de sesgos asociados al proceso de revisión. En cuanto a la evaluación de la calidad metodológica, 27 revisiones aplicaron herramientas formales de valoración del riesgo de sesgo, siendo las más utilizadas las herramientas RoB/RoB 2.0 de la Colaboración Cochrane, junto con instrumentos como Jadad, GRADE, CASP o Downs y Black 8 (Dedousis-Wallace et al., 2021; Erford et al., 2014; Riise et al., 2021). Solo 6 estudios no informaron procedimientos formales de evaluación metodológica (Biederman et al., 2007; Ipser & Stein, 2007; Shafiq & Pringsheim, 2018). En conjunto, los estudios incluidos presentan una metodología predominantemente rigurosa y alineada con estándares de calidad, transparencia y validez científica.

Tabla 1*Características generales de los estudios*

Autor y año	Tipo de estudio	Objetivo principal	N estudios incluidos	Tipo de estudios incluidos	N de participantes	Criterios diagnósticos	Herramienta de riesgo de sesgo	Registro del protocolo
Barker & De Lugt, 2022	Rev sistemática	Investigar estrategias eficaces para alumnos con TND en aulas.	26	De caso único, cuasi-experimentales	664	DSM	Cochrane	—
Battagliese et al., 2015	Rev sistemática y metaanálisis	Evaluar la efectividad de la TCC en síntomas externalizantes de TDAH y TND.	21	RCT	1960	DSM	CASP (Critical Appraisal Skills Programme)	—
Baumel et al., 2017	Rev sistemática	Revisar programas digitales para padres sobre conductas disruptivas en jóvenes.	14	RCT	2427	DSM-IV-TR, DSM-5, ICD-10	Colaboración Cochrane	—

Baumel et al., 2021	Metaanálisis	Evaluar la eficacia de intervenciones psicosociales para conductas externalizadas .	111	RCT	11623	DSM-IV-TR y DSM-5, ICD-10	Riesgo de Sesgo de Cochrane y procedimiento trim and fill	—
Biederman et al., 2007	Metaanálisis	Analizar el impacto del TND comórbido en el tratamiento del TDAH infantil y adolescente	3	RCT	512	DSM-IV	—	—
Bradley & Mandell, 2005	Rev sistemática	Sintetizar la efectividad de tratamientos para niños con TND.	7	RCT	1106	DSM o CIE	Risk of Bias 2 (RoB 2.0) de Cochrane	Registrado en Open Science Framework
Brestan & Eyberg, 1998	Rev sistemática	Identificar tratamientos eficaces para niños con TND y TC.	82	RCT, cuasi-experimentales, experimentales y longitudinales Investigaciones de intervención con grupos	5272	DSM	—	—

					control/comparación					
Boldrini et al., 2023	Rev sistemática y metaanálisis	Estimar la eficacia de intervenciones psicosociales en adolescentes con trastornos disruptivos.	17		RCT	1954	DSM-IV	Criterios de Chambless (División 12 de la APA)	de	ZY3VG (OSF Registry)
Cheng et al., 2007	Metaanálisis	Evaluar la eficacia y seguridad de la atomoxetina en jóvenes con TDAH y comorbilidades.	9		RCT	1828	DSM	Escala Jadad	de	—
Dedousis-Walace et al., 2021	Rev sistemática	Analizar factores familiares en la eficacia del entrenamiento parental para problemas de conducta.	21		RCT	—	DSM-IV/DSM-5	RoB 2.0 Cochrane	de	CRD42017058996 (PROSPERO)

Dretzke et al., 2005	Rev sistemática	Evaluar la eficacia y coste del entrenamiento parental en trastornos de conducta.	37	RCT	2581	DSM-IV	—	—
Erford et al., 2014	Metaanálisis	Explorar tratamientos eficaces para la conducta oposicionista.	31	Ensayos clínicos y estudios experimentales, cuasi-experimentales Investigaciones con grupo control o comparación	2386	DSM	Funnel plot, trim-and-fill, Rosenthal's N	—
Ferro García et al., 2021	Rev sistemática	Revisar la evidencia de la terapia PCIT en problemas infantiles.	129	RCT, cuasi-experimentales	—	DSM-IV-TR, DSM-5, ICD-10	SCCAP	—
Furlong et al., 2012	Rev sistemática	Evaluar el entrenamiento grupal para padres en problemas de conducta infantil.	13	RCT	1078	DSM IV 2000	Cochrane Risk of Bias	CD008225 (Cochrane Reviews)

Ghanizadeh, 2013	Rev sistemática	Evaluar risperidona y paliperidona en trastornos de conducta juveniles.	6	RCT	767	DSM-IV	Evaluación calidad y riesgo de sesgo	—
Hambly et al., 2016	Rev sistemática	Analizar farmacoterapia para trastornos de conducta en niños y adolescentes.	12	RCT	—	DSM-5 ICD-10	e RevMan Risk of Bias, SORT y GRADE	—
Ipser & Stein, 2007	Rev sistemática	Evaluar medicamentos para trastornos disruptivos y control de impulsos infantil.	14	RCT	823	DSM-IV-TR, ICD-10	—	—
Janiri et al., 2023	Rev sistemática	Investigar el uso del litio en trastornos externalizantes pediátricos.	12	RCT	857	DSM-III, III-R o IV	Cochrane Risk of Bias Tool 2 (RoB2)	—

Johnson & Waller, 2006	Rev sistemática	Revisar tratamientos conductuales para reducir conductas disruptivas y agresivas.	—	RCT	—	DSM	—	—
Leijten et al., 2016	Rev sistemática	Comparar intervenciones parentales importadas y locales para conducta disruptiva.	129	RCT	—	DSM-IV-TR, DSM-5, ICD-10	Cochrane Collaboration	—
Loy et al., 2012	Rev sistemática	Evaluar antipsicóticos atípicos en trastornos disruptivos infantiles.	10	RCT	896	DSM	Cochrane Risk of Bias	CD008559 (Cochrane Review)
McDonald & Drey, 2018	Rev sistemática	Analizar la efectividad de la arteterapia escolar en salud emocional infantil.	4	RCT	205	DSM-IV-TR y CSI-4	Downs y Black	—

Pringsheim & Gorman, 2012	Rev sistemática	Revisar antipsicóticos de segunda generación en jóvenes con trastornos disruptivos.	8	RCT	678	DSM-IV	US Preventive Services Task Force	—
Pringsheim et al., 2015	Rev sistemática	Evaluar medicamentos para TDAH en oposición, conducta y agresividad.	22	RCT	—	DSM o CIE	GRADE y R-AMSTAR	—
Riise et al., 2021	Rev sistemática y metaanálisis	Investigar la TCC para TDAH, TC y TND en contextos comunitarios.	51	RCT, cuasi-experimentales, clínicos en atención rutinaria	5295	DSM O ICD	Cochrane Risk of Bias tool (RoB), POMRS	CRD42020147524 (PROSPERO)
Sanfins et al., 2025	Rev sistemática	Evaluar antipsicóticos en niños y adolescentes con TND y TC.	13	RCT, longitudinales, open-label, retrospectivos, observacionales	—	DSM-IV-TR y DSM-5, ICD-10/11	Cochrane Risk of Bias	CRD420251009839 (PROSPERO)
Selph et al., 2025	Rev sistemática y metaanálisis	Analizar intervenciones psicosociales y farmacológicas en trastornos	168	RCT	20839	DSM-IV-TR y DSM-5, ICD-10/11	Cochrane Risk of Bias Tool	CRD42023412751 (PROSPERO)

		disruptivos.							
Shafiq & Pringsheim, 2018	Rev sistemática	Evaluar antipsicóticos modernos para irritabilidad y agresividad infantil.	14	RCT	—	DSM-IV o DSM-V	—	—	—
Tsujii et al., 2021	Rev sistemática	Resumir tratamientos farmacológicos para TDAH con TND y otras comorbilidades.	69	RCT	—	DSM e ICD	Cochrane Risk of Bias tool	—	—
Van der Oord et al., 2008	Metaanálisis	Evaluar metilfenidato y tratamientos psicosociales en TDAH y síntomas asociados.	26	RCT	—	DSM	Fail-safe N	—	—
Veenman et al., 2018	Metaanálisis	Analizar programas conductuales escolares para TDAH, TND y TC en primaria.	19	RCT	18094	DSM-III	Escala Jadad	de	—

Waddell et al., 2018	Rev sistemática	Identificar evidencia sobre prevención y tratamiento de TND y TC	37	RCT	—	DSM y CIE	Cochrane risk-of-bias tool	CRD42016052643 (PROSPERO)
Zwi et al., 2011	Rev sistemática	Evaluar entrenamiento parental para TDAH y problemas asociados.	5	RCT y cuasi-aleatorios	284	DSM-III/IV o CIE-10	Riesgo de Sesgo de Cochrane	Issue 2, 2001 (Cochrane Library)

Nota: RCT = Ensayos Controlados Aleatorizados



Características de la población

La población incluida en las revisiones analizadas (Tabla 2) estuvo compuesta por niños y adolescentes con trastornos de la conducta disruptiva, principalmente Trastorno Negativista Desafiante (TND) y otras manifestaciones externalizantes clínicamente significativas. La mayoría de las revisiones incluyeron muestras amplias que abarcan desde la infancia a la adolescencia (Baumel et al., 2021; Dretzke et al., 2005; Selph et al., 2025). No obstante, varios estudios se centraron exclusivamente en población infantil ($n = 9$), en niños de entre 2 y 12 años (Barker & De Lugt, 2022; Ferro García et al., 2021; Furlong et al., 2012). En contraste, únicamente el estudio de Baumel et al. (2017) enfocó la intervención específicamente hacia los padres de niños y adolescentes, constituyendo la única revisión con una población predominantemente parental.

Respecto al rango de edad, las investigaciones incluidas cubrieron un amplio espectro del desarrollo infantojuvenil, desde intervenciones tempranas en menores de 1 año (Leijten et al., 2016; Selph et al., 2025), hasta estudios centrados en adolescentes de hasta 18 años (Boldrini et al., 2023; Janiri et al., 2023; Shafiq & Pringsheim, 2018). Sin embargo, a pesar de esta amplitud, la mayor concentración de participante se situó en la etapa escolar, con edades medias comprendidas generalmente entre los 6 y 9 años, lo que refleja una mayor focalización de la evidencia en la infancia media (Bradley & Mandell, 2005; Leijten et al., 2016; Veenman et al., 2018).

En relación a la distribución por sexo, se observó un claro predominio masculino en las muestras analizadas. En la mayoría de las revisiones, los varones representan la mayor parte de los participantes, mientras que la proporción de mujeres osciló entre el 16,7 % y el 40 % (Baumel et al., 2017; Brestan & Eyberg, 1998; Riise et al., 2021). Solo la revisión de Veenman et al. (2018), reportó una representación equitativa entre ambos sexos.

Por otra parte, la evaluación de los resultados se realizó habitualmente mediante múltiples informantes, integrando información proporcionada por padres, profesores y, en menor medida, por los propios menores o por investigadores (Barker & De Lugt, 2022; Johnson & Waller, 2006; Leijten et al., 2016). Entre los instrumentos más empleados destacaron el Child Behavior Checklist (CBCL) y el Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI), considerados herramientas de referencia para la evaluación de problemas externalizantes y conductas disruptivas (Baumel et al., 2021; Dedousis-Wallace et al., 2021; Waddell et al., 2018). Asimismo, otras medidas frecuentemente utilizadas fueron el Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), el Teacher Report Form (TRF) y el Behavior Assessment System for Children (BASC) (Ferro García et al., 2021; McDonald & Drey, 2018; Selph et al., 2025). Finalmente, para la confirmación diagnóstica según criterios DSM o CIE, numerosos estudios recurrieron, además, a entrevistas estructuradas o semiestructuradas, como la Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (Kiddie-SADS) y la Anxiety

Disorders Interview Schedule for Children and Parents (ADIS-C/P) (Boldrini et al., 2023; Loy et al., 2012; Riise et al., 2021).



Tabla 2*Características de la población*

Autor y año	Tipo de población	Rango de edad	% mujeres	Instrumentos de evaluación
Barker & De Lugt, 2022	Niños	5 a 17	20%	Autoevaluaciones, evaluación de los profesores, PND
Battagliese et al., 2015	Niños y adolescentes	—	22,8%	CBCL, TRF, ECBI, BASC, SDQ, SSRS, BDI, DBRS, FEI, CCTRS
Baumel et al., 2017	Padres de niños y adolescentes	9 a 11	42%	ECBI, CBCL
Baumel et al., 2021	Niños y adolescentes	3 a 18	32,7%	ECBI, CBCL
Biederman et al., 2007	Niños y adolescentes	6 a 17	25,3%	ADHDRS-IV, CPRS-R:S, CHQ
Boldrini et al., 2023	Adolescentes	11 a 18	39%	CBCL, YSR, CGAS, CGI-S/CGI-I, SNAP-IV, CSI-4, BASC-2, SSRS, SCL-90-R, STAXI, KINDL-R, ADIS-C/P, Kiddie-SADS,

				PSOC, ADDES-Home, ASEBA (CBCL/YSR/TRF)
Bradley & Mandell, 2005	Niños	4 a 7	—	ECBI, CBCL, RBPC-CD, BASC-PRS/TRS, PBQ, SPST-R, PSI y BDI
Brestan & Eyberg, 1998	Niños y adolescentes	—	16,7%	CBCL, ECBI, BASC, PDR, SESBI-R, observación directa, informes padres/profesores
Cheng et al., 2007	Niños y adolescentes	—	—	ADHD-RS-IV, CPRS-R:S, CTRS-R:S, CGI-S, CHQ
Dedousis-Wallace et al., 2021	Niños y adolescentes	3 a 16	—	ECBI, CBCL, ADIS-C/P, Kiddie-SADS, BASC-2, SNAP-IV, observación directa
Dretzke et al., 2005	Niños y adolescentes	2 a 18	32%	ECBI, CBCL, DPICS, PDR
Erford et al., 2014	Niños y adolescentes	6 a 17	—	CBCL/TRF (58%), ECBI (35%)
Ferro García et al., 2021	Niños	2 a 7	—	ECBI, CBCL, DPICS, CGI-S/CGI-I, PSOC, ADIS-C/P, SNAP-IV, BASC, SSRS, SCL-90-R, observaciones directas

Furlong et al., 2012	Niños	3 a 12	—	ECBI, CBCL, SDQ, PDR, medidas observacionales
Ghanizadeh, 2013	Niños y adolescentes	5 a 12 (algunos casos fuera rango)	—	NCBRF
Hambly et al., 2016	Niños y adolescentes	5 a 18	—	NCBRF, ADHD-RS-IV, SNAP-IV, KINDL-R
Ipser & Stein, 2007	Niños y adolescentes	4 a 18	—	CGI-I, CGI-S, MOAS
Janiri et al., 2023	Niños y adolescentes	3 a 18	TB: 49%, TC: 18%	YMRS, CGAS, CGI-BP, OAS, CPRS
Johnson & Waller, 2006	Niños	3 a 17	—	CBCL, ECBI, entrevistas DSM, informes padres/profesores
Leijten et al., 2016	Niños	2 a 9	—	Autoinforme parental
Loy et al., 2012	Niños y adolescentes	5 a 18	—	ABC, CBCL, NCBRF, entrevistas DSM, informes padres/clínicos

McDonald & Drey, 2018	Niños	7 a 13	—	Conners TRS, CNS-IE, IARQ, CSI-4, Piers-Harris, ECBI
Pringsheim & Gorman, 2012	Niños y adolescentes	5 a 18	—	NCBRF, ABC, CGI-S/I, CAS-P/T, CBCL
Pringsheim et al., 2015	Niños y adolescentes	4 a 18	—	ADHD-RS, CGI-S/CGI-I, CPRS/CTRS/Conners Global Index, CBCL, SNAP-IV, TRF
Riise et al., 2021	Niños y adolescentes	≤18	22,3%	ABC, CBCL, ECBI, SDQ, escalas externalizantes, entrevistas DSM
Sanfins et al., 2025	Niños y adolescentes	5 a 18	—	—
Selph et al., 2025	Niños y adolescentes	0 a 18	34,2%	ECBI, CBCL, SDQ, BASC-2, Revised Behavior Problem Checklist
Shafiq & Pringsheim, 2018	Niños y adolescentes	5 a 18	—	ABC, N-CBRF, OAS, CGI, CPRS
Tsujii et al., 2021	Niños y adolescentes	7,3 a 14,6	—	ADHD-RS-IV, CGI-I, CGI-S

Van der Oord et al., 2008	Niños	6 a 12	—	Conners, CBCL, DISC-P, ADHD-RS
Veenman et al., 2018	Niños	6 a 12	50%	TRF, CRS, SNAP, SDQ, observación en aula
Waddell et al., 2018	Niños y adolescentes	≤18	—	CBCL, TRF, ECBI, SDQ, Conners, ADHD-RS, entrevistas DSM
Zwi et al., 2011	Niños y adolescentes	5 a 18	26,6%	CPRS, ADDES-Home, BASC, CBCL, ECBI, SSRS, PSOC, PSI, SCL-90-R

Nota: ABC = Aberrant Behavior Checklist; ADDES-Home = Attention Deficit Disorders Evaluation Scale – Home Version; ADHDRS-IV = ADHD Rating Scale–IV; ADHD-RS = ADHD Rating Scale; ADIS-C/P = Anxiety Disorders Interview Schedule for Children/Parents; BASC = Behavior Assessment System for Children; BASC-PRS = Behavior Assessment System for Children Parent Rating Scale; BASC-TRS = Behavior Assessment System for Children Teacher Rating Scale; BDI = Beck Depression Inventory; CAS-P/T = Childhood Anxiety Scale Parent/Teacher; CBCL = Child Behavior Checklist; CCTRS = Conners' Comprehensive Behavior Rating Scales; CHQ = Child Health Questionnaire; CGAS = Children's Global Assessment Scale; CGI-BP = Clinical Global Impression – Bipolar Version; CGI-I = Clinical Global Impression – Improvement; CGI-S = Clinical Global Impression - Severity; CNS-IE = Child Neurology Survey – Initial Evaluation; CPRS = Conners' Parent Rating Scale; CPRS-R:S = Conners' Parent Rating Scale–Revised: Short Form; CRS = Conners' Rating Scales; CSI-4 = Child Symptom Inventory-4; CTRS-R:S = Conners' Teacher Rating Scale–Revised: Short Form; DBRS = Disruptive Behavior Rating Scale for Children; DISC-P = Diagnostic Interview Schedule for Children – Parent Version; DPICS = Dyadic Parent–Child Interaction Coding System; ECBI = Eyberg Child Behavior Inventory; FEI = Family Experience Index; IARQ = Interpersonal Acceptance-Rejection Questionnaire; Kiddie-SADS = Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia; KINDL-R = Revised KINDer Lebensqualitätsfragebogen; MOAS = Overt Aggression Scale; NCBRF = Nisonger Child Behavior Rating Form; OAS = Overt Aggression Scale; PBQ = Parenting Behavior Questionnaire; PDR = Parent Daily report; PND = Percentage of Non-Overlapping Data; PSI = Parenting Stress Index; PSOC = Parenting Sense of Competence scale; RBPC-CD = Revised Behavior Problem Checklist – Conduct Disorder subscale; SCL-90-R = Symptom Checklist-90-Revised; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire; SESBI-R = Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory; SNAP = Swanson, Nolan and Pelham Rating Scale; SPST-R = Social Problem-Solving Test – Revised; SSRS = Social Skills Rating System; TRF = Teacher Report Form; YMRS = Young Mania Rating Scale

Características de las intervenciones

En relación con las características de las intervenciones (Tabla 3), predominó el uso de tratamientos psicosociales ($n = 18$), principalmente entrenamiento parental, terapia cognitivo-conductual (TCC), arteterapia e intervenciones escolares (Boldrini et al., 2023; Riise et al., 2021; Zwi et al., 2011). Las intervenciones farmacológicas estuvieron presentes en 12 estudios e incluyeron antipsicóticos, estimulantes, fármacos no estimulantes y litio (Hambly et al., 2016; Janiri et al., 2023; Pringsheim & Gorman, 2012), mientras que 3 revisiones evaluaron abordajes multimodales que combinaban estrategias psicológicas y farmacológicas (Selph et al., 2025; Van der Oord et al., 2008; Waddell et al., 2018).

Respecto al formato de aplicación, la mayoría de las intervenciones combinaron modalidades individuales y grupales ($n = 17$) (Dedousis-Wallace et al., 2021; Leijten et al., 2016; Waddell et al., 2018), seguidas de intervenciones exclusivamente individuales ($n = 14$) (Baumel et al., 2017; Loy et al., 2012; Tsujii et al., 2021). La modalidad presencial fue claramente predominante ($n = 30$) (Hambly et al., 2016; Leijten et al., 2016; Sanfins et al., 2025), con escasa representación de formatos online o híbridos (Baumel et al., 2017; Baumel et al., 2021; Selph et al., 2025). La duración de los tratamientos mostró una elevada heterogeneidad, oscilando entre 7 días y 10 años, desde ensayos farmacológicos agudos hasta programas preventivos con seguimiento longitudinal prolongado (Johnson & Waller, 2006; Tsujii et al., 2021; Veenman et al., 2018).

Los comparadores más utilizados fueron la ausencia de tratamiento o grupos control ($n = 17$) (Dedousis-Wallace et al., 2021; Erford et al., 2014; Furlong et al., 2012), el tratamiento habitual (TAU) (Riise et al., 2021; Selph et al., 2025; Van der Oord et al., 2008) y las listas de espera ($n = 15$ en ambos casos) (Battagliese et al., 2015; Bradley & Mandell, 2005; Zwi et al., 2011). El uso de placebo se observó principalmente en estudios farmacológicos ($n = 14$) (Ghanizadeh, 2013; Loy et al., 2012; Pringsheim et al., 2015), mientras que 8 revisiones incluyeron comparadores activos mediante otras terapias o tratamientos farmacológicos (Boldrini et al., 2023; Hambly et al., 2016; Janiri et al., 2023).

En conjunto, los resultados reflejan una amplia diversidad de enfoques terapéuticos y metodológicos, aunque con un claro predominio de las intervenciones psicosociales y de la atención presencial en el abordaje de los trastornos externalizantes en población infantojuvenil.

Tabla 3*Características de las intervenciones*

Autor y año	Tratamiento evaluado	Formato intervención	Modalidad	Duración tratamiento	Comparador
Barker & De Lugt, 2022	Análisis funcional, autocontrol	Indiv. / Grupal	Presencial	—	Conducta basal / manejo habitual del aula / control
Battagliese et al., 2015	Terapia cognitivo-conductual (TCC)	Indiv. / Grupal	Presencial	—	TAUI / lista de espera / control
Baumel et al., 2017	Entrenamiento Parental Digital (DPT)	Individual	Presencial/Online	8,7 semanas	Control / TAU
Baumel et al., 2021	PMT	Indiv. / Grupal	Online	11,2 semanas	TAU
Biederman et al., 2007	Atomoxetina	Individual	Presencial	6 a 8 semanas	Placebo
Boldrini et al., 2023	Psicoterapia, entrenamiento	Indiv. / Grupal	Presencial	12 semanas	Control activo/inactivo
Bradley & Mandell, 2005	PMT, PSST, PCIT, Dinosaur School	Indiv. / Grupal	Presencial	—	Sin tto / Lista espera

Brestan & Eyberg, 1998	PMT, PCIT, MST, TCC	Indiv. / Grupal	Presencial	—	Sin tto / Lista espera
Cheng et al., 2007	Atomoxetina	Individual	Presencial	—	Placebo
Dedousis-Wallace et al., 2021	PMT: Incredible Years, PCIT, Triple P	Indiv. / Grupal	Presencial	Hasta 5-6 años	Control / Lista espera
Dretzke et al., 2005	Entrenamiento/educación padres	Indiv. / Grupal	Presencial	10 a 12 semanas	TAU / Lista espera
Erford et al., 2014	Programa entrenamiento parental	Indiv. / Grupal	Presencial	2 a 36 meses	TAU / lista de espera / control
Ferro García et al., 2021	PCIT	Individual	Presencial	—	TCC / Sin tto
Furlong et al., 2012	Entrenamiento padres (conductual)	Grupal	Presencial	10-12 semanas	Lista de espera / sin tto / TAU
Ghanizadeh, 2013	Risperidona	Individual	Presencial	6 a 48 semanas	Placebo

Hambly et al., 2016	Antipsicóticos, atomoxetina, litio	Individual	Presencial	4 a 19 semanas	Placebo / Otra dosis
Ipser & Stein, 2007	Estimulantes, antipsicóticos, litio	Individual	Presencial	2 a 12 semanas	Placebo
Janiri et al., 2023	Litio	Individual	Presencial	2 a 76 semanas	Placebo / Otros fármacos
Johnson & Waller, 2006	PT, IPST, Multimodal, Familia	Indiv. / Grupal	Presencial	Hasta 2 años seg.	Grupos control / TAU / intervenciones conductuales
Leijten et al., 2016	Entrenamiento Parental (IY, Triple P)	Indiv. / Grupal	Presencial	—	Sin tto / TAU
Loy et al., 2012	Antipsicóticos (risperidona)	Individual	Presencial	4-10 semanas	Placebo
McDonald & Drey, 2018	Arteterapia	Grupal	Presencial	10 a 25 semanas	No intervención
Pringsheim & Gorman, 2012	Risperidona y Quetiapina	Individual	Presencial	4-10 semanas	Placebo

Pringsheim et al., 2015	Psicoestimulantes, alfa-2	Individual	Presencial	2 a 18 semanas	Placebo
Riise et al., 2021	TCC	Indiv. / Grupal	Presencial	—	TAU / lista de espera / control
Sanfins et al., 2025	Antipsicóticos (risperidona)	Individual	Presencial	—	Placebo / TAU / No intervención
Selph et al., 2025	PMT, PCIT, Triple P, SNAP	Indiv. / Grupal	Presencial/Online	6 a >48 semanas	TAU / Lista espera
Shafiq & Pringsheim, 2018	Antipsicóticos (2ª y 3ª gen)	Individual	Presencial	6-10 semanas	Placebo
Tsujii et al., 2021	Estimulantes y no estimulantes	Individual	Presencial	Mínimo 7 días	Placebo
Van der Oord et al., 2008	Metilfenidato, conductual, combinado	Indiv. / Grupal	Presencial	—	Placebo / TAU
Veenman et al., 2018	Programas aula (economía fichas)	Indiv. / Grupal	Presencial	0,8 a 48 meses	TAU / Sin tto

Waddell et al., 2018	Aula, Psicosocial, Farmacológico	Indiv. / Grupal	Presencial	Meses a años	Control / TAU / Placebo
Zwi et al., 2011	Entrenamiento parental	Indiv. / Grupal	Presencial	8 a 12 sesiones	TAU / Lista espera

Nota: DPT = Digital Parent Training (Entrenamiento parental digital); IPST = Individual Problem-Solving Training (Entrenamiento individual en resolución de problemas); IY = Incredible Years (Los años increíbles); MST = Multisystemic Therapy (Terapia multisistémica); PCIT = Parent-Child Interaction Therapy (Terapia de interacción padres-hijos); PMT = Parent Management Training (Entrenamiento en manejo parental); Triple P = Positive Parenting Program (Programa de parentalidad positiva); PSST = Problem-Solving Skills Training (Entrenamiento en habilidades de resolución de problemas); PT = Parent Training (Entrenamiento para padres); SNAP = Stop Now And Plan (Detente ahora y planifica); TAU = tratamiento habitual; TCC = Terapia cognitivo-conductual



Discusión

El objetivo de esta revisión fue analizar y sintetizar la evidencia actual sobre la eficacia y seguridad de las intervenciones dirigidas a población infantil y adolescente con Trastorno Negativista Desafiante (TND) (Chorpita et al., 2002; Selph et al., 2025). Los resultados analizados refuerzan la relevancia del entrenamiento parental como componente central en el abordaje del Trastorno Negativista Desafiante, en línea con los modelos de aprendizaje social descritos en la literatura. En concreto, programas como la Terapia de Interacción Padres-Hijos (PCIT) y The Incredible Years emergen como algunas de las intervenciones con mayor respaldo empírico para el tratamiento del TND (Dedousis-Wallace et al., 2021; Ferro García et al., 2020). Ambos programas mostraron resultados consistentemente superiores a los grupos control en la reducción de síntomas externalizantes, lo que refuerza la importancia de la detección e intervención temprana (Leijten et al., 2016; Waddell et al., 2018). Este hallazgo resulta relevante si se considera que la persistencia de las conductas oposicionistas durante la infancia se ha asociado con una mayor probabilidad de desarrollar problemas de conducta más graves y trayectorias evolutivas desfavorables en etapas posteriores del desarrollo (Ferro García et al., 2020; Selph et al., 2025).

Asimismo, los resultados obtenidos ponen de manifiesto la relevancia de los modelos ecológicos y multimodales previamente descritos en la fundamentación teórica (Boldrini et al., 2023; Johnson & Waller, 2006; Selph et al., 2025). La evidencia analizada indica que las intervenciones que incorporan activamente a los cuidadores o integran diferentes contextos de actuación, como el ámbito familiar y escolar, presentan efectos más estables y clínicamente significativos que aquellas centradas exclusivamente en el niño o adolescente (Baumel et al., 2021; Boldrini et al., 2023). Estos hallazgos son coherentes con la conceptualización multidimensional del TND desarrollada en la introducción, según la cual las conductas desafiantes no pueden entenderse de forma aislada, sino como el resultado de la interacción entre factores individuales, familiares y contextuales (Boldrini et al., 2022; Selph et al., 2025). En este sentido, la participación activa de los cuidadores parece desempeñar un papel fundamental en la consolidación y generalización de los cambios conductuales, favoreciendo la aplicación de estrategias educativas consistentes en los entornos cotidianos del menor. De manera complementaria, para los adolescentes que presentan problemas de conducta de mayor gravedad, la Terapia Multisistémica (MST) destaca como uno de los abordajes con mayor respaldo empírico debido a su capacidad para intervenir simultáneamente en diferentes sistemas que influyen en el comportamiento del joven, incluyendo la familia, la escuela y el entorno comunitario (Boldrini et al., 2023; Selph et al., 2025).

Por otro lado, en relación con la farmacoterapia, los hallazgos sugieren que su utilidad en el tratamiento del TND es limitada y complementaria. Los estudios incluidos coinciden en señalar que no existe actualmente una medicación específica para este trastorno, por lo que el uso de fármacos se orienta principalmente al manejo de conductas agresivas severas o de trastornos comórbidos, especialmente el TDAH (Hambly et al., 2016; Pringsheim et al., 2015). Este hallazgo coincide con las recomendaciones clínicas actuales, que sitúan las intervenciones psicosociales como primera línea de tratamiento y reservan el uso de psicofármacos para situaciones concretas en las que la gravedad de los síntomas o la presencia de comorbilidades justifique su utilización (Hambly et al., 2016; Sanfins et al., 2025). No obstante, la evidencia recopilada también enfatiza la necesidad de interpretar estos resultados con cautela. Algunos metaanálisis recientes advierten que la eficacia atribuida a determinadas psicoterapias podría haber sido sobreestimada en investigaciones previas debido a la influencia de sesgos metodológicos y de publicación (Baumel et al., 2021; Zwi et al., 2011). En consecuencia, aunque los resultados generales apoyan la efectividad de las intervenciones psicosociales, resulta necesario continuar desarrollando investigaciones con diseños metodológicos rigurosos que permitan obtener estimaciones más precisas de su impacto clínico.

A pesar de los resultados favorables observados, la evidencia disponible presenta algunas limitaciones que conviene considerar. En primer lugar, varios de los estudios incluidos en las revisiones analizadas contaban con tamaños muestrales reducidos, lo que puede limitar la capacidad para detectar diferencias entre intervenciones y afectar la precisión de las estimaciones de eficacia (Baumel et al., 2021; Ipser & Stein, 2007). Asimismo, se observó una considerable heterogeneidad en los instrumentos de evaluación utilizados para medir los síntomas oposicionistas y los problemas de conducta, dificultando la comparación directa de los resultados entre estudios (Dedousis-Wallace et al., 2021; Van der Oord et al., 2008). Del mismo modo, la escasez de seguimientos longitudinales impide determinar con claridad si los beneficios observados se mantienen a largo plazo (Erford et al., 2014; Sanfins et al., 2025). Estas limitaciones no invalidan los hallazgos obtenidos, pero sí aconsejan interpretarlos con prudencia y subrayan la necesidad de seguir fortaleciendo la base empírica disponible.

Limitaciones

Esta revisión presenta algunas limitaciones que deben considerar al interpretar los resultados. En primer lugar, la estrategia de búsqueda se restringió a estudios publicados en inglés y español, así como a cinco bases de datos específicas, excluyéndose además la literatura gris y aquellos trabajos que no correspondieran a revisiones sistemáticas o metaanálisis. Aunque estas decisiones permitieron priorizar evidencia de mayor calidad metodológica, también pudieron reducir la amplitud de la información disponible (Dretzke et

al., 2005; Riise et al., 2021). Asimismo, la imposibilidad de acceder a determinados estudios completos y la falta de respuesta de algunos autores limitaron la obtención de información adicional, lo que limita la posibilidad de realizar una síntesis más detallada de los datos (Dretzke et al., 2005; McDonald & Drey, 2018). Por último, la elevada comorbilidad del Trastorno Negativista Desafiante (TND) con otros trastornos externalizantes, especialmente el TDAH y el Trastorno de Conducta (TC), dificulta la interpretación de resultados específicos para el TND (Ferro García et al., 2021; Hambly et al., 2016). A ello se suma que parte de la evidencia incluida presenta limitaciones metodológicas, como muestras reducidas y escasez de seguimientos longitudinales, lo que puede afectar la generalización de algunos hallazgos (Baumel et al., 2021; Dedousis-Wallace et al., 2021; Sanfins et al., 2025).

Conclusión

En conclusión, la evidencia analizada indica que las intervenciones psicosociales constituyen actualmente el abordaje de referencia para el tratamiento del Trastorno Negativista Desafiante en población infantil y adolescente, especialmente aquellas que incorporan la participación activa de los cuidadores y actúan sobre los diferentes contextos en los que se desarrolla el menor (Baumel et al., 2021; Ferro García et al., 2021; Selph et al., 2025). En contraste, el tratamiento farmacológico presenta una utilidad más limitada y complementaria, principalmente en situaciones de elevada gravedad clínica o comorbilidad (Hambly et al., 2016; Pringsheim et al., 2015). En conjunto, los resultados obtenidos refuerzan la importancia de una intervención temprana y multidimensional, al tiempo que refuerzan la necesidad de seguir fortaleciendo la evidencia disponible mediante investigaciones metodológicamente rigurosas que contribuyan a perfeccionar los abordajes terapéuticos disponibles y mejorar la atención de esta población (Baumel et al., 2021; Selph et al., 2025).

Bibliografia

- American Psychiatric Association, D. S. M. T. F., & American Psychiatric Association, D. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5, No. 5). Washington, DC: American psychiatric association.
- Barker, C., & de Lugt, J. (2022). A review of evidence based practices to support students with oppositional defiant disorder in classroom settings. *International Journal of Special Education*, 37(1), 85-98.
- Battagliese, G., Caccetta, M., Luppino, O. I., Baglioni, C., Cardi, V., Mancini, F., & Buonanno, C. (2015). Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders: A meta-analysis of treatment effectiveness. *Behaviour research and therapy*, 75, 60-71.
- Baumel, A., Pawar, A., Mathur, N., Kane, J. M., & Correll, C. U. (2017). Technology-assisted parent training programs for children and adolescents with disruptive behaviors: a systematic review. *The Journal of clinical psychiatry*, 78(8), e957-e969.
- Baumel, A., Mathur, N., Pawar, A., & Muench, F. (2021). Psychosocial interventions for children with externalized behavior problems: an updated meta-analysis of moderator effects. *Journal of Child and Family Studies*, 30(1), 65-86.
- Biederman, J., Spencer, T. J., Newcorn, J. H., Gao, H., Milton, D. R., Feldman, P. D., & Witte, M. M. (2007). Effect of comorbid symptoms of oppositional defiant disorder on responses to atomoxetine in children with ADHD: a meta-analysis of controlled clinical trial data. *Psychopharmacology*, 190(1), 31-41.
- Boldrini, T., Ghiandoni, V., Mancinelli, E., Salcuni, S., & Solmi, M. (2023). Systematic review and meta-analysis: Psychosocial treatments for disruptive behavior symptoms and disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 62(2), 169-189.
- Bradley, M. C., & Mandell, D. (2005). Oppositional defiant disorder: A systematic review of evidence of intervention effectiveness. *Journal of Experimental Criminology*, 1(3), 343-365.
- Brestan, E. V., & Eyberg, S. M. (1998). Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *Journal of clinical child psychology*, 27(2), 180-189.
- Cheng, J. Y., Chen, R. Y., Ko, J. S., & Ng, E. M. (2007). Efficacy and safety of atomoxetine for attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents—meta-analysis and meta-regression analysis. *Psychopharmacology*, 194(2), 197-209.
- Chorpita, B. F., Yim, L. M., Donkervoet, J. C., Arensdorf, A., Amundsen, M. J., McGee, C., ... & Morelli, P. (2002). Toward large-scale implementation of empirically supported

- treatments for children: A review and observations by the Hawaii Empirical Basis to Services Task Force. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(2), 165.
- Dedousis-Wallace, A., Drysdale, S. A., McAloon, J., & Ollendick, T. H. (2021). Parental and familial predictors and moderators of parent management treatment programs for conduct problems in youth. *Clinical child and family psychology review*, 24(1), 92-119.
- Dretzke, J., Frew, E., Davenport, C., Barlow, J., Stewart-Brown, S. L., Sandercock, J., ... & Taylor, R. (2005). The effectiveness and cost-effectiveness of parent training/education programmes for the treatment of conduct disorder, including oppositional defiant disorder, in children. *Health Technology Assessment*, 9(50), 1-250.
- Erford, B. T., Paul, L. E., Oncken, C., Kress, V. E., & Erford, M. R. (2014). Counseling outcomes for youth with oppositional behavior: A meta-analysis. *Journal of Counseling & Development*, 92(1), 13-24.
- Ferro García, R., Rodríguez Bocanegra, M., & Ascanio Velasco, L. (2021). Una revisión sistemática de la efectividad y eficacia de la terapia de interacción padres-hijos. *Papeles del Psicólogo*, 42(2), 119-134.
- Furlong, M., McGilloway, S., Bywater, T., Hutchings, J., Smith, S. M., & Donnelly, M. (2012). Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *Cochrane database of systematic reviews*, (2).
- Ghanizadeh, A. (2013). Evidence based administration of risperidone and paliperidone for the treating conduct disorder. *Journal of Research in Medical Sciences: The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 18(11), 998.
- Hambly, J. L., Khan, S., McDermott, B., Bor, W., & Haywood, A. (2016). Pharmacotherapy of conduct disorder: Challenges, options and future directions. *Journal of psychopharmacology*, 30(10), 967-975.
- Hudziak, J. J., Copeland, W., Stanger, C., & Wadsworth, M. (2004). Screening for DSM-IV externalizing disorders with the Child Behavior Checklist: A receiver-operating characteristic analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45(7), 1299Y1307
- Ipser, J., & Stein, D. J. (2007). Systematic review of pharmacotherapy of disruptive behavior disorders in children and adolescents. *Psychopharmacology*, 191(1), 127-140.
- Janiri, D., Moccia, L., Montanari, S., Zani, V., Prinari, C., Monti, L., ... & Janiri, L. (2023). Use of lithium in pediatric bipolar disorders and externalizing childhood-related disorders: a systematic review of randomized controlled trials. *Current Neuropharmacology*, 21(6), 1329-1342.

- Johnson, M. E., & Waller, R. J. (2006). A review of effective interventions for youth with aggressive behaviors who meet diagnostic criteria for conduct disorder or oppositional defiant disorder. *Journal of Family Psychotherapy*, 17(2), 67-80.
- Kaehler, L. A., Jacobs, M., & Jones, D. J. (2016). Distilling common history and practice elements to inform dissemination: Hanf-model BPT programs as an example. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 19(3), 236-258.
- Kazdin, A. E., Marciano, P. L., & Whitley, M. K. (2005). The therapeutic alliance in cognitive-behavioral treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(4), 726.
- Leijten, P., Melendez-Torres, G. J., Knerr, W., & Gardner, F. (2016). Transported versus homegrown parenting interventions for reducing disruptive child behavior: A multilevel meta-regression study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(7), 610-617.
- Loy, J. H., Merry, S. N., Hetrick, S. E., & Stasiak, K. (2017). Atypical antipsychotics for disruptive behaviour disorders in children and youths. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8).
- Mars, J. A., Aggarwal, A., & Marwaha, R. (2024). Oppositional defiant disorder.
- McCart, M. R., Sheidow, A. J., & Jaramillo, J. (2023). Evidence base update of psychosocial treatments for adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 52(4), 447-474.
- McDonald, A., & Drey, N. S. (2018). Primary-school-based art therapy: A review of controlled studies. *International Journal of Art Therapy*, 23(1), 33-44.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & Alonso-Fernández, S. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista española de cardiología*, 74(9), 790-799.
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry*, 56(3), 345-365.
- Pringsheim, T., & Gorman, D. (2012). Second-generation antipsychotics for the treatment of disruptive behaviour disorders in children: a systematic review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(12), 722-727.
- Pringsheim, T., Hirsch, L., Gardner, D., & Gorman, D. A. (2015). The pharmacological management of oppositional behaviour, conduct problems, and aggression in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: a systematic review and meta-analysis. Part

- 1: psychostimulants, alpha-2 agonists, and atomoxetine. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(2), 42-51.
- Rajkumar, R. P. (2022). Antipsychotics in the management of disruptive behavior disorders in children and adolescents: An update and critical review. *Biomedicines*, 10(11), 2818.
- Riise, E. N., Wergeland, G. J. H., Njardvik, U., & Öst, L. G. (2021). Cognitive behavior therapy for externalizing disorders in children and adolescents in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 83, 101954.
- Sanfins, N., Andrade, P., & Azevedo, J. (2025). Breaking the Stigma: A Systematic Review of Antipsychotic Efficacy in Children and Adolescents with Behavioral Disorders. *Medicines*, 12(3), 15.
- Selph, S. S., Skelly, A. C., Dana, T., Brodt, E., Atchison, C., Riopelle, D., ... & Freeman, K. (2025). Psychosocial and Pharmacologic Interventions for Disruptive Behavior in Children and Adolescents: A Systematic Review.
- Shafiq, S., & Pringsheim, T. (2018). Using antipsychotics for behavioral problems in children. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 19(13), 1475-1488.
- Tsuji, N., Usami, M., Naya, N., Tsuji, T., Mishima, H., Horie, J., ... & Iida, J. (2021). Efficacy and safety of medication for attention-deficit hyperactivity disorder in children and adolescents with common comorbidities: A systematic review. *Neurology and therapy*, 10(2), 499-522.
- Van der Oord, S., Prins, P. J., Oosterlaan, J., & Emmelkamp, P. M. (2008). Efficacy of methylphenidate, psychosocial treatments and their combination in school-aged children with ADHD: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 28(5), 783-800.
- Veenman, B., Luman, M., & Oosterlaan, J. (2018). Efficacy of behavioral classroom programs in primary school. A meta-analysis focusing on randomized controlled trials. *PLoS One*, 13(10), e0201779.
- Waddell, C., Schwartz, C., Andres, C., Barican, J. L., & Yung, D. (2018). Fifty years of preventing and treating childhood behaviour disorders: a systematic review to inform policy and practice. *Evidence Based Mental Health*, 21(2).
- Zwi, M., Jones, H., Thorgaard, C., York, A., & Dennis, J. A. (2011). Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12).