



Mylena Karina Sánchez-Suquillo

E-mail: msanchez62@utmachala.edu.ec

Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-2550-5513>

Carmita Esperanza Villavicencio-Aguilar

E-mail: cvillavicencio@utmachala.edu.ec

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2614-7062>

Universidad Técnica de Machala, Machala, El Oro, Ecuador

Cita sugerida (APA, séptima edición)

Sánchez-Suquillo, M. K., & Villavicencio-Aguilar, C. E. (2026). Factores asociados a la efectividad de la terapia cognitivo-conductual en niños y adolescentes con trastorno oposicionista desafiante: una revisión sistemática. *Portal de la Ciencia*, 7(S1), 473-491, DOI: <https://doi.org/10.51247/10.51247/pdlc.v7i1.543>

==== o ====

Factores asociados a la efectividad de la terapia cognitivo-conductual en niños y adolescentes con trastorno oposicionista desafiante: una revisión sistemática.

RESUMEN

La terapia cognitivo-conductual (TCC) constituye un tratamiento de primera línea para el trastorno oposicionista desafiante (TOD); sin embargo, la variabilidad de la respuesta dificulta identificar los perfiles que pueden beneficiarse de cada intervención. Este estudio tuvo como objetivo sintetizar la evidencia científica sobre los factores clínicos, demográficos, familiares, terapéuticos y contextuales asociados con la efectividad de intervenciones basadas en TCC en niños y adolescentes con TOD, considerando su función predictora, moderadora o mediadora. Se realizó una revisión sistemática conforme a las directrices PRISMA y se registró en PROSPERO. Las búsquedas se efectuaron en Scopus, Web of Science, PubMed, EBSCO, PsycINFO y Redalyc, empleando herramientas JBI para evaluar el riesgo de sesgo. Se incluyeron 12 estudios con aproximadamente 2026 participantes. La gravedad sintomática basal, la comorbilidad con TDAH, los déficits de regulación emocional y la actividad neural prefrontal dorsolateral se asociaron con diferencias en los resultados terapéuticos. Las prácticas parentales, como supervisión, calidez, hostilidad y disciplina inconsistente, moderaron la adquisición de habilidades adaptativas. La adherencia y determinadas conductas terapéuticas se asociaron con desenlaces específicos, aunque algunos análisis fueron nulos. Los programas centrados en la relación y las emociones potenciaron los resultados. La edad y el sexo no mostraron evidencia consistente de moderación. Se concluye que la respuesta terapéutica se relaciona con factores clínicos, familiares y de implementación, respaldando modelos personalizados que integren la regulación emocional y las prácticas de crianza en el diseño terapéutico.

Palabras clave: Trastorno oposicionista desafiante; terapia cognitivo-conductual; niños; adolescentes; factores asociados.

Factors associated with the effectiveness of cognitive behavioral therapy in children and adolescents with oppositional defiant disorder: a systematic review

ABSTRACT

Cognitive-behavioral therapy (CBT) is a first-line treatment for oppositional defiant disorder (ODD); however, the variability in response makes it difficult to identify the profiles that may benefit from each intervention. This study aimed to synthesize the scientific evidence on the clinical, demographic, familial, therapeutic, and contextual factors associated with the effectiveness of CBT-based interventions in children and adolescents with ODD, considering their predictive, moderating, or mediating role. A systematic review was conducted according to the PRISMA guidelines and registered in PROSPERO. Searches were performed in Scopus, Web of Science, PubMed, EBSCO, PsycINFO, and Redalyc, using JBI tools to assess the risk of bias. Twelve studies with approximately 2026 participants were included. Baseline symptom severity, comorbidity with ADHD, emotional regulation deficits, and dorsolateral prefrontal neural activity were associated with differences in therapeutic outcomes. Parenting practices, such as supervision, warmth, hostility, and inconsistent discipline, moderated the acquisition of adaptive skills. Adherence and certain therapeutic behaviors were associated with specific outcomes, although some analyses yielded null results. Relationship- and emotion-focused programs enhanced outcomes. Age and sex showed no consistent evidence of moderation. The study concludes that therapeutic response is related to clinical, familial, and implementation factors, supporting personalized models that integrate emotional regulation and parenting practices into the therapeutic design.

Keywords: Oppositional Defiant Disorder; Cognitive Behavioral Therapy; children; adolescents; associated factors.

==== o ====

Factores asociados à eficácia da terapia cognitivo-comportamental em crianças e adolescentes com perturbação de oposição-desafiante: uma revisão sistemática

RESUMO

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é um tratamento de primeira linha para a perturbação opositivo-desafiante (TOD); no entanto, a variabilidade na resposta dificulta a identificação dos perfis que podem beneficiar de cada intervenção. Este estudo teve como objetivo sintetizar a evidência científica sobre os fatores clínicos, demográficos, familiares, terapêuticos e contextuais associados à eficácia das intervenções baseadas na TCC em crianças e adolescentes com TOD, considerando o seu papel preditivo, moderador ou mediador. Uma revisão sistemática foi conduzida de acordo com as diretrizes PRISMA e registada no PROSPERO. As pesquisas foram realizadas no Scopus, Web of Science, PubMed, EBSCO, PsycINFO e Redalyc, utilizando as ferramentas JBI para avaliar o risco de viés. Foram incluídos 12 estudos com aproximadamente 2026 participantes. A gravidade dos sintomas basais, a comorbilidade com PHDA, os défices de regulação emocional e a atividade neural pré-frontal dorsolateral foram associados a diferenças nos resultados terapêuticos. As práticas parentais, como a supervisão, o afeto, a hostilidade e a disciplina inconsistente, moderaram a aquisição de competências adaptativas. A adesão e determinados comportamentos terapêuticos estiveram associados a resultados específicos, embora algumas análises não tenham apresentado significância estatística. Os programas focados no relacionamento e nas emoções melhoraram os resultados. A idade e o sexo não apresentaram evidências consistentes de moderação. O estudo conclui que a resposta terapêutica está relacionada com

fatores clínicos, familiares e de implementação, apoiando modelos personalizados que integram a regulação emocional e as práticas parentais no planeamento terapêutico.

Palavras-chave: Perturbação desafiante opositiva; terapia cognitivo-comportamental; crianças; adolescentes; fatores associados.

==== o ====

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD), o Trastorno Negativista Desafiante (TND) según la Asociación Americana de Psicología y Psiquiatría, en el DSM-5, edición española, en la clasificación de Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta, se caracteriza por un patrón persistente y recurrente del estado de ánimo irritable y conductas desafiantes o vengativas (American Psychiatric Association [APA], 2013). Por su parte, la Organización Mundial de la Salud, dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), lo denomina "Trastorno Disocial Desafiante y Oposicionista" (código F91.3), y lo conceptualiza como un tipo de trastorno disocial que suele manifestarse en la primera infancia, diferenciándose de trastornos más graves por la ausencia de actos delictivos (OMS, 1992).

Clínicamente, se manifiesta a través de tres grupos actitud: estado de ánimo irritable, conducta discutidora/desafiante y actitud vengativa ante figuras de autoridad (Mars et al., 2024). Para que estas conductas sean consideradas patológicas, López-Villalobos et al. (2014) plantean que las actitudes deben exceder la frecuencia y severidad esperadas dentro del nivel de desarrollo esperado para la edad, comprometiendo de manera significativa el funcionamiento escolar, familiar y social.

El trastorno suele tener un inicio gradual antes de los ocho años, evidenciándose inicialmente en el entorno familiar y generalizándose progresivamente a otros contextos al prolongarse durante meses o años, pese a ello, el diagnóstico no debe extenderse más allá de la adolescencia, debido al riesgo de evolución hacia problemas de conducta antisocial en la adultez (Pedreira-Massa, 2011).

En cuanto a la prevalencia, Gatti et al. (2018) exhiben que este trastorno se registra con mayor frecuencia en los varones durante la infancia, no obstante, las tasas se equiparan entre ambos sexos al llegar la adolescencia. La carga epidemiológica del TOD en la población infanto-juvenil es sustancial, estimándose una prevalencia que oscila entre el 2% y el 16% a nivel global (Torales et al., 2018). El impacto de esta condición es multidimensional y sistémico, principalmente en el núcleo familiar, generando altos niveles de estrés parental y dinámicas de coerción; en el ámbito escolar, fracaso académico y conflictos con la autoridad; y en el plano social, rechazo por parte de los pares. A pesar de esta severidad, los niños y sus familias se enfrentan a barreras significativas para acceder a intervenciones oportunas y adecuadas (Robayo et al., 2017).

En la actualidad, la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) se orienta a enseñar al niño o adolescente a monitorear sus niveles de activación, emplear afirmaciones de afrontamiento, técnicas de distracción y de relajación, a la vez que mejora la resolución de problemas sociales fomentando la interpretación de situaciones y la elección de soluciones adecuadas (Matthys & Schutter, 2021). El abordaje integral mediante TCC incluye un amplio repertorio de estrategias: reestructuración cognitiva, entrenamiento en autocontrol, relajación, habilidades sociales, valores prosociales, e inclusión de componentes sistémicos como la participación de cuidadores y docentes, y mediación familiar (Rizo, 2014).

A pesar de que la TCC es el tratamiento de referencia, la respuesta a la intervención no es universal ni homogénea. Al analizar el panorama actual de la literatura científica mediante revisiones sistemáticas previas, se evidencia que los esfuerzos de síntesis se han fragmentado en áreas específicas y poblaciones mixtas. En el metaanálisis realizado por Daş et al. (2024)

evaluaron la efectividad de la TCC en poblaciones vulnerables bajo el sistema de protección infantil, mientras que, Riise et al. (2021) reportaron efectividad general de la TCC para trastornos externalizante integrando al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), Trastorno de Conducta (TC) y TOD.

Otras revisiones se han centrado en la etiología, resumiendo los factores de riesgo familiares asociados al desarrollo del TOD (Lin et al., 2022), o en la psicopatología coexistente, destacando su alta comorbilidad con el TDAH y el TC (Sánchez et al., 2025). Asimismo, se ha profundizado en los déficits neurocognitivos, como el control inhibitorio, comparando el TOD con el TDAH (Bonham et al., 2021).

No obstante, no se identificaron revisiones sistemáticas que sintetizen integralmente los factores que actúan como predictores, moderadores o mediadores de la efectividad de la TCC en los niños y adolescentes con TOD, limitando la capacidad de los profesionales de la salud mental para personalizar los tratamientos, identificar qué pacientes tienen mayor riesgo de no responder a la TCC y adaptar las intervenciones a las variables que potencian su éxito. Considerando la necesidad de traducir la evidencia científica a la práctica clínica diaria, y con el fin de proporcionar hallazgos de utilidad, esta revisión tiene como objetivo sintetizar la evidencia científica disponible sobre los factores clínicos, demográficos, familiares, terapéuticos y contextuales asociados con la efectividad de las intervenciones basadas en TCC en niños y adolescentes con TOD, considerando su posible función como predictores, moderadores o mediadores de la respuesta al tratamiento.

Metodología

La revisión se reportó de acuerdo a las directrices PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (Page et al., 2021), seleccionada por el rigor al documentar todo el proceso metodológico de forma transparente, el cual abarca la recopilación, filtrado, análisis y síntesis de la evidencia (Moreno et al., 2018), además, la revisión fue registrada en PROSPERO [CRD420261460515]. La pregunta de investigación estructurada a responder es: En niños y adolescentes con TOD, ¿qué factores clínicos, demográficos, familiares, terapéuticos y contextuales se asocian con la efectividad de las intervenciones basadas en TCC?

Criterios de selección de los estudios

Se incluyeron estudios que cumplieron los siguientes criterios: a) artículos originales; b) centrados en niños y adolescentes con diagnóstico primario o comórbido de TOD, siempre que los resultados puedan identificarse o analizarse de forma independiente; c) intervenciones basadas en TCC o programas conductuales integrados en dicho enfoque, incluidas modalidades individuales, grupales, familiares y de entrenamiento parental, cuando las técnicas cognitivo-conductuales constituyeran el componente terapéutico principal; d) ensayos controlados aleatorizados (ECAs), cuasiexperimentales, longitudinales prospectivos y pre-posttest con o sin grupo control; e) estudios que reporten medidas de efectividad de la TCC y proporcionen información cuantitativa sobre variables clínicas, demográficas, familiares, terapéuticas o contextuales asociadas con las diferencias en la respuesta al tratamiento, mediante análisis de asociación, predicción, interacción, comparación entre subgrupos u otros análisis inferenciales; f) publicaciones entre 2017-2026; g) artículos en español, portugués y/o inglés.

Se excluyen estudios como: a) revisiones narrativas, revisiones sistemáticas, metaanálisis, estudios de caso, series de casos, editoriales, cartas al editor, literatura gris y opiniones de expertos; b) investigaciones con muestras mixtas cuyos resultados no puedan extraerse de forma independiente para participantes con TOD; d) tratamientos farmacológicos, psicoterapias no basadas en el enfoque cognitivo-conductual o intervenciones multimodales en las que la TCC no constituya el componente terapéutico principal.

Estrategias de búsqueda

La búsqueda se realizó en seis bases de datos bibliográficas: Scopus, Web of Science, PubMed, EBSCO, PsycINFO y Redalyc, seleccionadas para cubrir de manera integral la literatura científica en ciencias de la salud, psicología y comportamiento. La última fecha de consulta y actualización de la búsqueda fue el 26 de junio de 2026.

En la estrategia de búsqueda se combinó términos libres y descriptores controlados, utilizando operadores booleanos (AND y OR), truncamientos para capturar variantes morfológicas, y comillas en los términos exactos: ((child* OR children OR childhood OR pediatric* OR paediatric* OR adolescent* OR adolescen* OR teen* OR teenager* OR youth OR "young person*" OR minor*) AND ("oppositional defiant disorder" OR ODD OR "oppositional defiant") AND ("cognitive behavioral therapy" OR "cognitive behavioural therapy" OR CBT OR "cognitive therapy" OR "behavior therapy" OR "behaviour therapy") AND (predictor* OR moderator* OR mediator* OR moderation OR mediation OR effectiveness OR efficac* OR "treatment outcome*" OR "clinical outcome*" OR "clinical factor*" OR "demographic factor*" OR "family factor*" OR "contextual factor*" OR "familial factor*" OR parent* OR socioeconomic* OR comorbidit*)). En el Anexo A se describe cada sintaxis de acuerdo a las bases de datos seleccionadas.

Análisis de datos

Todos los registros obtenidos fueron importados al gestor bibliográfico Zotero (Corporation for Digital Scholarship, 2026), donde se identificaron y eliminaron los registros duplicados y registros con información bibliográfica insuficiente, si corresponde. Posteriormente, los registros únicos se exportaron a la plataforma Rayyan (Ouzzani et al., 2016), herramienta que facilitó todo el proceso de cribado dos revisores cribaron de forma independiente y permanecieron cegados a las decisiones del otro hasta el consenso. El proceso de selección se efectuó en tres fases: 1) tamizaje por título y resumen, 2) evaluación de accesibilidad al texto completo, y 3) lectura del texto completo con verificación del cumplimiento de los criterios de elegibilidad.

Paralelamente, la evaluación del riesgo de sesgo se evaluó mediante las herramientas del Instituto Joanna Briggs: la JBI Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials (Barker et al., 2023) para los ECAS y JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies (Barker et al., 2024) en estudios con diseño cuasiexperimental.

Extracción de datos

La información extraída se organizó en una hoja de cálculo de Excel, dos revisores extrajeron los datos de forma independiente y resolvieron discrepancias por consenso. La presentación final se estructuró en seis columnas: 1) Autor, año de publicación y país de procedencia; 2) Participantes, tamaño total de la muestra, la distribución por grupos de intervención y las características demográficas de los participantes; 3) nombre de la intervención y grupo de control; (4) duración, frecuencia y modalidad; 5) Factores evaluados; y 6) Resultados principales, que resume las estimaciones significativas y no significativas, con dirección, magnitud e incertidumbre.

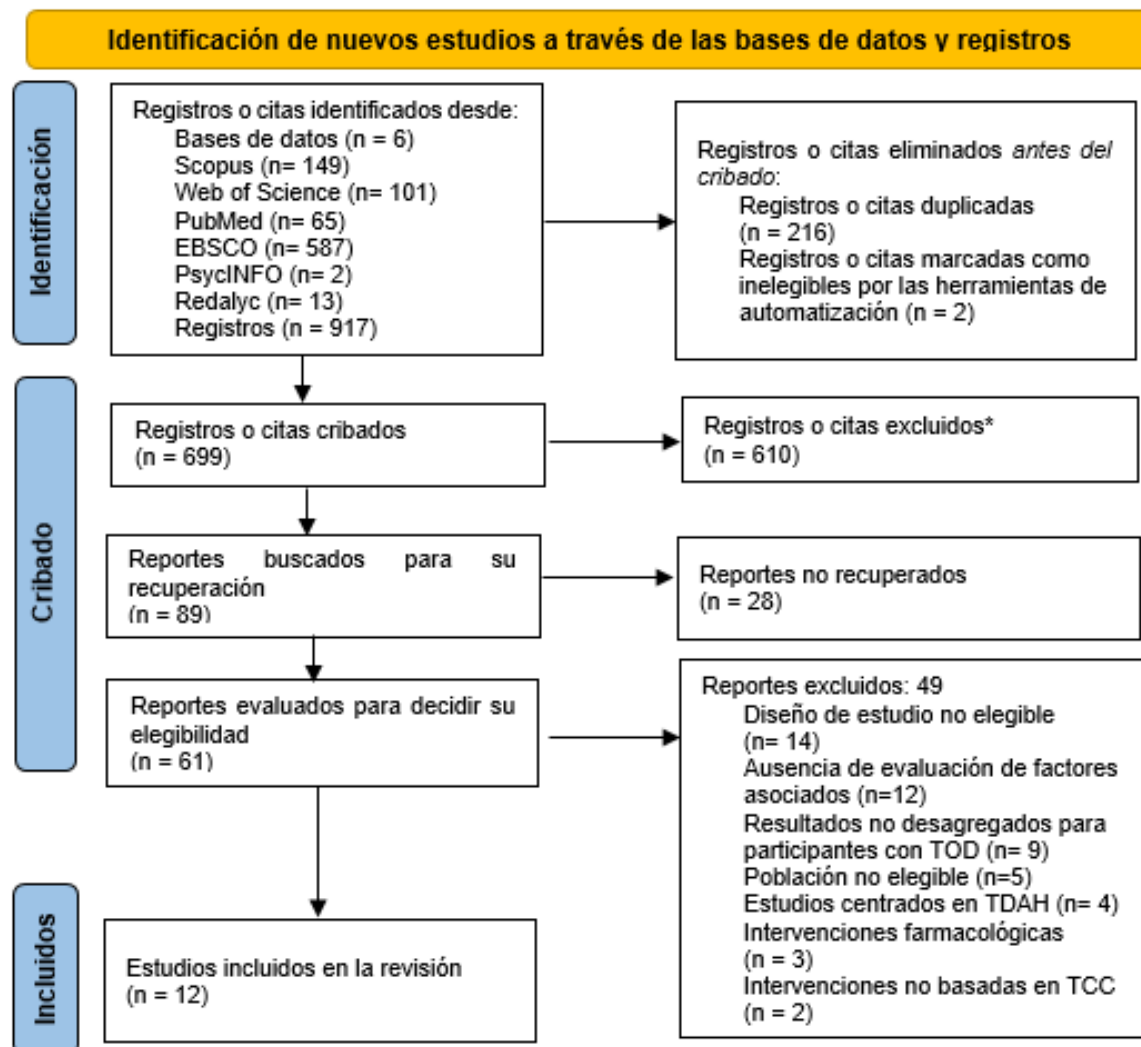
RESULTADOS

El proceso de identificación, selección e inclusión de los estudios se presenta en la Figura 1. Tras la búsqueda en las bases de datos se identificó un total de 917 registros, de estos, se eliminaron 216 registros duplicados y dos descartados automáticamente por las herramientas de automatización. El cribado se inició el 17 de julio del 2026 con 699 registros, de los cuales 610 se eliminaron por título y resumen, quedando 89 informes para su recuperación; sin embargo, No se recuperaron 28 textos completos después de comprobar su no disponibilidad en acceso abierto, resultando en 61 estudios para la evaluación a texto completo. En esta

tercera y última fase, 49 estudios no cumplieron los criterios de elegibilidad, como resultado de este proceso 12 estudios fueron incluidos e incorporados en los siguientes análisis de la revisión.

Figura 1

Diagrama de Flujo PRISMA



Nota. Adaptado de The PRISMA 2020 statement: *An updated guideline for reporting systematic reviews*, por M. J. Page, J. E. McKenzie, P. M. Bossuyt, I. Boutron, T. C. Hoffmann, C. D. Mulrow, et al., 2021, BMJ, 372, n71 (<https://doi.org/10.1136/bmj.n71>).

Riesgo de sesgo

En general, la evidencia sintetizada presenta un perfil metodológico global favorable, con un riesgo de sesgo aceptable, aunque la interpretación de los resultados debe considerar las limitaciones derivadas del escaso cegamiento, la falta de información sobre algunos procedimientos metodológicos y la heterogeneidad de los diseños incluidos. Dado que las herramientas JBI no establecen un sistema de puntuación global, el riesgo de sesgo se presenta mediante la distribución de las respuestas por criterio.

En los nueve ECAS, se obtuvieron 117 valoraciones (9 estudios × 13 criterios), de las cuales 80 (68.4%) fueron clasificadas como "Sí", 20 (17.1%) como "No" y 17 (14.5%) como "No

claro" (Ver Tabla 1). En conjunto, los ECAS mostraron un adecuado control del riesgo de sesgo en aspectos como la aleatorización, la comparabilidad basal entre grupos, la aplicación uniforme de las intervenciones, la medición de los desenlaces, el uso de análisis estadísticos apropiados y la adecuación general del diseño experimental. Por el contrario, las principales debilidades metodológicas correspondieron a la ausencia de cegamiento de los participantes y del personal encargado de administrar la intervención, así como a la información insuficiente sobre el ocultamiento de la asignación y, el cegamiento de los evaluadores de resultados.

Tabla 1

Evaluación crítica con JBI para ECAS

Autores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Booker et al. (2020)	✓	?	✓	X	X	✓	?	✓	✓	✓	?	✓	✓
Dedousis-Wallace et al. (2022)	✓	?	✓	X	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Derella et al. (2019)	✓	?	✓	X	X	✓	?	✓	✓	?	✓	✓	✓
Döpfner et al. (2025)	✓	?	✓	X	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Helander et al. (2022)	✓	?	✓	X	X	✓	?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Murrihy et al. (2023)	✓	?	✓	X	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Raschle et al. (2025)	✓	?	✓	X	X	✓	?	✓	✓	✓	?	✓	✓
Sibley et al. (2023)	✓	?	✓	X	X	✓	?	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Treier et al. (2022)	✓	?	✓	X	X	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	✓

Nota. Respuestas: ✓= Sí, X= No, ?= No claro, N/A= No Aplica; Ítems JBI: (1) Aleatorización, (2) ocultamiento de la asignación, (3) similitud basal de los grupos al inicio del estudio, (4) cegamiento de participantes, (5) cegamiento de quienes administraron la intervención, (6) tratamiento idéntico entre grupos, (7) cegamiento de evaluadores, (8) resultados medidos de la misma manera, (9) resultados medidos de forma confiable, (10) seguimiento completo, (11) análisis por asignación aleatoria, (12) análisis estadístico apropiado, (13) diseño del ensayo apropiado y desviaciones consideradas.

En los tres estudios cuasiexperimentales (Tabla 2) se registraron 27 valoraciones (3 estudios × 9 criterios), con 24 (88.9%) respuestas "Sí" y 3 (11.1%) clasificadas como "No claro". Estos estudios presentaron un perfil metodológico favorable, cumpliendo la mayoría de los criterios relacionados con la secuencia temporal entre intervención y desenlace, la utilización de grupos de comparación, las mediciones pre y postintervención, la uniformidad en la evaluación de los resultados, la fiabilidad de los instrumentos y análisis estadístico. Las únicas incertidumbres se concentraron en la información sobre el seguimiento de los participantes y las pérdidas durante el estudio, así como en la comparabilidad basal en uno de los estudios.

Tabla 2

Evaluación crítica con JBI para diseños cuasi-experimentales

Autores	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pisula et al. (2020)	✓	✓	?	✓	✓	✓	✓	?	✓
Seleem et al. (2026)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	?	✓
Waschbusch et al. (2020)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Nota. Ítems JBI: (1) Claridad temporal, (2) grupo control, (3) similitud basal, (4) equidad en cuidados/tratamiento similar, (5) mediciones repetidas (pre y post), (6) uniformidad de medición, (7) fiabilidad de instrumentos, (8) seguimiento y atrición, (9) adecuación estadística.

A continuación, se observa en la Tabla 3 las principales características de los doce estudios incluidos en la revisión sistemática:

Tabla 3

Características de los estudios incluidos sobre factores asociados a la efectividad de la TCC

Autor	Participantes	Intervención vs. control	Duración/ modalidad	Factor/es asociado	Resultados principales
Booker et al. (2020) EE. UU	N=134; Edad: 9.52 (7-14), 38%♀ ; Dx: TOD, comorbilidad TDAH	PMT vs CPS	14 ses, 75 min. Familiar / Presencial.	Familiar: Calidez, supervisión, hostilidad, permisividad. Clínicos: TDAH comórbido.	Supervisión predijo menos externalización, por el contrario, permisividad y hostilidad. TDAH predijo peores desenlaces. Hostilidad y calidez moderaron el efecto del tratamiento sobre habilidades adaptativas
Dedousis -Wallace et al. (2022) Australia	N=145 (GE: 72, GC= 73). Edad: 8.9 (7-14), 71%♂; Dx: TOD, TDAH comórbido	PMT vs CPS	16 ses, 60 min. Familiar / Presencial.	Clínicos: Gravedad inicial, habilidades rezagadas. Familiar: Disciplina inconsistente, atribuciones de responsabilidad	Mayor gravedad inicial habilidades rezagadas, disciplina inconsistente predijeron mayor sintomatología externalizante post tratamiento y seg atribuciones parentales de responsabilidad del niño moderó el efecto (a los 6 meses)
Derella et al. (2019) EE. UU.	N=252 (GE: 130, GC: 122) Edad: 8.5, 100%♂; Dx: problemas de conducta(CBCL T>70),TDAH/TOD	SNAP vs STND	12 sem grupales + módulos. Grupal+Individual / Presencial	Clínico: Habilidades de RE	Las habilidades de RE mediaron sig. el efecto indirecto del programa SNAP sobre la reducción de irritabilidad, controlando niveles previos y comportamiento desafiante/prosocial.
Döpfner et al. (2025) Alemania	N=431 (GE1: 141, GE2: 143, GC: 147); Edad: 9.4 (6-12), 81.4%♂; Dx: TDAH, TOD, TDAH+TOD	WASH+S+ TAU vs WASH+TAU vs TAU	6 meses. WASH+S: 6 llamadas (20 min). Padres / Online/ Telefónico	Demográficos: edad del niño. Terapéuticos: % contenido del programa WASH completado (adherencia). Clínicos: diagnóstico formal.	Menor edad y mayor adherencia al programa predijeron menor externalización en GE1. El estado diagnóstico formal no ejerció efecto moderador sig. sobre la efectividad del tratamiento.
Helander et al. (2022) Suecia	N=118 (GE: 63, GC: 55); Edad: 9.3 (8-12), 75%♂ Dx: TOD, TOD+TC y TOD-NE/DBD-NOS, TDAH	KOMET vs KOMET+CPP	KOMET: 11 ses (2.5h). CPP: 15 ses (2.5h). Grupal / Presencial.	Clínicos: Gravedad basal de TOD, TDAH comórbido, medicación. Demográficos: Género.	Mayor gravedad basal de TOD moderó la respuesta tratamiento combinado a largo plazo. Género femenino moderó la mejora en habilidades sociales. TDAH comórbido y medicación no mostraron efectos moderadores.
Murrihy et al. (2023) / Australia	N=160 (GE: 81, GC: 79) Edad: 7-14, 72%♂ Dx: TOD, TDAH	CPS vs PMT	15 ses (1h). Familiar / Presencial / Comunitario	Terapéuticos: Experiencia del clínico. Contextuales: Fuente de derivación.	Ninguno de los factores evaluados mostró efectos principales ni interacciones sig. sobre los resultados del tratamiento en el entorno comunitario.

Demográficos: Edad, sexo.					
Pisula et al. (2020) Polonia	N=223 (GE: 199, GC:24) Edad: 10.1/10.0; 177/19 σ; Dx: TDAH, TDAH+TOD	Talleres para padres vs TAU	12 ses (2h). Grupal (padres) / Presencial	Clínicos: Subtipo de diagnóstico, farmacoterapia. Demográficos: Edad.	Los análisis por subgrupos mostraron una asociación con menor mejoría en TDAH+TOD y TDAH mixto. Farmacoterapia asociada a mejoría clínica (efecto aditivo a la intervención)
Raschle et al. (2025) Suiza, Alemania, Reino Unido	N=44 (GE: 28, GC: 16) Edad: 15.46/14.25, 100%♀; Dx: TC, TOD, TDAH, Depresión	START NOW vs TAU	12 ses grupales (90 min) + 12 ses indiv. (45 min). Grupal+Individual / Presencial	Clínicos: Gravedad basal de TOD, actividad regulatoria basal (dlPFC / precentral).	La gravedad basal de TOD y la actividad basal del dlPFC/precentral predijeron sig. la reducción de síntomas post tratamiento y seg. en GE explicaron hasta el 57.4% de la varianza.
Seleem et al. (2026) Egipto	N=87 (GE: 52, GC: 35) Edad: 10.8/10.9, 69.2/57.1%σ Dx: TOD/TC	PMT vs TAU	8 ses (1h). Individual / Presencial	Demográficos: Edad (<12 vs ≥12). Clínicos: Uso de medicación psicotrópica. Terapéuticos: Terapeuta.	La eficacia de la PMT fue consistente y no hubo interacción sig. según los subgrupos de edad, uso de medicación o el terapeuta asignado.
Sibley et al. (2023) EE. UU.	N=278 (GE: 138, GC: 140) Edad: 13.97/14.08, 70%σ; Dx: TDAH, comorbilidad TOD, TC	STAND vs UC	10 ses (60 min). Familiar / Presencial / Comunitario	Terapéutico: Licencia profesional del terapeuta	Interacción sig. grupo × tiempo × licencia para problemas de conducta (STAND administrado por terapeutas licenciados produjo mayor reducción que UC y STAND por no licenciados). No hubo efectos moderadores sig para TOD.
Treier et al. (2022) Alemania	N=108 (GE: 51, GC: 57) Edad: 7.06/7.32; 82.4/77.2%σ Dx: TDAH, TOD (79%) y TDAH+TOD	Autoayuda guiada conductual vs Autoayuda guiada no directiva	8 folletos de autoayuda + 10 llamadas (20-30 min). Padres / Telefónica / Autoayuda guiada.	Terapéutico: conducta del terapeuta (guía/ estructuración; relación/ emociones); Familiar: Adherencia parental	Mediación secuencial sig: conducta del terapeuta (centrada en emociones/ relación) → adherencia parental → reducción de los síntomas de TDAH y del deterioro funcional (efecto indirecto). No se identificaron efectos de mediación sig. para TOD.

Waschbu sch et al. (2020) EE. UU.	N=46. Edad: 9.3 (7-12), 36♂; Dx: TOD, TDAH, TC	MBT vs SBT	8 sem (Programa Verano). Grupal + Familiar / Presencial / Intensiva.	Clínico: Rasgos de insensibilidad- falta de empatía (CU)	Interacción CU sig para incumplimiento, violación de reglas y verbalizaciones negativas. En niños con niveles altos de CU, MBT (enfocada en recompensas) produjo peores resultados conductuales que SBT (estándar).
--	---	---------------	---	--	--

Nota. N = Número de participantes; ♀ = Femenino; ♂ = Masculino; GE = Grupo Experimental; GC = Grupo Control; ses = sesiones; min = minutos; h = horas; sem = semanas; seg = seguimiento; post = postratamiento; sig = significativamente / significativo; Dx = Diagnóstico; TCC = Terapia Cognitivo-Conductual; TOD = Trastorno Oposicionista Desafiante; TDAH = Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad; TC = Trastorno de Conducta; TOD-NE / DBD-NOS = Trastorno Negativista Desafiante No Especificado / Trastorno de Conducta Disruptiva No Especificado; CU = Rasgos de insensibilidad emocional / falta de empatía; RE = Regulación Emocional; dIPFC = Corteza Prefrontal Dorsolateral; PMT = Entrenamiento en Manejo Parental; CPS = Soluciones Colaborativas y Proactivas; TAU = Tratamiento Habitual; UC = Atención Habitual; WASH = Autoayuda asistida por web; WASH+S = Autoayuda asistida por web con apoyo telefónico; STAND = Apoyo diario a la autonomía de los adolescentes; MBT = Terapia Conductual Modificada; SBT = Terapia Conductual Estándar; SNAP = Detente, Piensa y Planifica; STND = Servicios Estándar; CPP = Programa de Poder de Afrontamiento.

Descripción de los estudios incluidos

Los 12 estudios proceden de cuatro continentes, la mayor producción científica correspondió a Europa (41.7%), con investigaciones realizadas en Alemania (n = 2), Suecia (n = 1), Polonia (n = 1) y un consorcio multicéntrico europeo (n = 1); América del Norte aportó el 33.3%, todos realizados en Estados Unidos (n = 4); mientras que, Oceanía aportó dos estudios (16.7%) y en África uno (8.3%).

La muestra total representa aproximadamente 2.026 participantes niños y adolescentes en edad escolar, con un rango de edad general de 4 a 18 años y medias situadas entre los 8 y 14 años. Predominó el sexo masculino en la mayoría de los estudios, con amplia variación y un estudio exclusivamente femenino. Los estudios incluyeron participantes con TOD primario, comórbido o muestras mixtas; especificar cuántos tenían TOD en cada estudio. Se observaron comorbilidades frecuentes; el TDAH fue la más común, seguido de trastornos internalizantes (ansiedad o depresión) y TC.

En la evaluación de los resultados y las variables de interés, se emplearon instrumentos psicométricos y entrevistas estandarizadas; en confirmación diagnóstica y evaluación de la gravedad se implementó la Entrevista de Trastornos de Ansiedad (ADIS-IV-C/P), Entrevista de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia para la Infancia (K-SADS-PL) y Listas de Verificación Diagnóstica del sistema DISYPS-II (DCL-TDAH / DCL-DBD); los reportes de síntomas externalizantes, internalizantes y funcionamiento general usan la Escala de Evaluación de Trastornos de Conducta Disruptiva (DBDRS), Lista de Verificación de Conducta Infantil (CBCL) y Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ). Asimismo, al evaluar prácticas parentales, se recurrió al Cuestionario de Crianza de Alabama (APQ), Entrevista de Prácticas de Crianza (PPI) y la Escala de Tácticas de Conflicto (CTS-PC); junto con el Inventario de Rasgos de Insensibilidad Emocional (ICU), el Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ) y la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS) para medir aspectos de regulación emocional y estrés.

Categorías temáticas

Debido a la heterogeneidad de las intervenciones, poblaciones, factores y medidas de resultado, se realizó una síntesis narrativa estructurada, organizándose los factores en cuatro categorías temáticas según el dominio del factor: clínico, familiar, terapéutico o demográfico/contextual.

Factores clínicos y neurobiológicos del paciente

Nueve estudios evaluaron factores clínicos; distinguir cuáles mostraron asociación y cuáles no la respuesta al tratamiento, destacando la gravedad basal de los síntomas, la comorbilidad con TDAH, las habilidades rezagadas, los rasgos de insensibilidad y falta de empatía, el subtipo de diagnóstico mixto, las dificultades en la regulación emocional, el uso de medicación psicotrópica y la actividad regulatoria neural basal en la corteza prefrontal dorsolateral (Booker et al., 2020; Dedousis-Wallace et al., 2022; Derella et al., 2019; Döpfner et al., 2025; Helander et al., 2022; Pisula et al., 2020; Raschle et al., 2025; Seleem et al., 2026; Waschbusch et al., 2020).

Factores familiares y dinámicas de crianza

Tres estudios examinaron variables del sistema familiar y prácticas de crianza que influyen en los resultados, identificando la calidez, la supervisión, la hostilidad, la permisividad, la disciplina inconsistente, las atribuciones parentales de responsabilidad sobre la conducta del niño, la adherencia a las estrategias aprendidas y la modificación activa de las tácticas de crianza (Booker et al., 2020; Dedousis-Wallace et al., 2022; Treier et al., 2022).

Factores terapéuticos y de implementación del tratamiento

Cinco estudios evaluaron variables relacionadas con la ejecución de la intervención, destacando la licencia profesional y experiencia del terapeuta, la conducta terapéutica específica (equilibrio entre guía/estructuración y enfoque en relación/emociones), el porcentaje de contenido del programa completado y la modalidad de implementación (Döpfner et al., 2025; Murrihy et al., 2023; Seleem et al., 2026; Sibley et al., 2023; Treier et al., 2022).

Factores demográficos y contextuales

Cinco estudios analizaron características demográficas y contextuales como posibles moderadores de la respuesta al tratamiento, centrándose en la edad del niño, el género, la fuente de derivación y el contexto de atención (Döpfner et al., 2025; Helander et al., 2022; Murrihy et al., 2023; Pisula et al., 2020; Seleem et al., 2026).

DISCUSIÓN

La respuesta a las intervenciones basadas en TCC en niños y adolescentes con TOD parece asociarse con una combinación de factores de características basales del paciente, dinámicas familiares, variables de implementación y contextos sociodemográficos. Tales resultados subrayan la necesidad de avanzar desde un abordaje uniforme hacia modelos de atención personalizada, donde se diluciden e incorporen los predictores, moderadores y mediadores de la evolución clínica.

En los factores clínicos identificados, Dedousis-Wallace et al. (2022) evidenciaron que la gravedad basal predice mayor sintomatología externalizante postratamiento ($F(1, 144) = 5.96$, $\Delta R^2 = .094$, $p < .001$) y a los seis meses ($F(1, 144) = 2.06$, $\Delta R^2 = .022$, $p < .05$), mientras que, las habilidades rezagadas (déficits en funciones ejecutivas, regulación emocional y habilidades sociales) se asocian a una menor remisión sintomática ($F(1, 144) = 7.12$, $\Delta R^2 = .175$, $p = .001$).

Por su parte, Helander et al. (2022) expusieron la gravedad basal como variable moderadora de la respuesta terapéutica a largo plazo (interacción tiempo $\times$ tratamiento $\times$ gravedad:

$t(268.9) = -2.46, p = .014$), observando que los niños con TOD severo se beneficiaban significativamente más de un tratamiento combinado (TCC + Entrenamiento parental) en comparación con el entrenamiento parental aislado.

A nivel neurobiológico, Raschle et al. (2025) reportaron que la gravedad inicial y la actividad regulatoria del giro prefrontal dorsolateral (dlPFC/precentral), explican conjuntamente la varianza en la reducción sintomática a corto (39.9%, $p = .049$) y largo plazo (45.5%, $p = .003$) en adolescentes mujeres con TOD/TC. Estos hallazgos, que a primera vista podrían parecer discrepantes, sugieren que la gravedad basal amplifica la magnitud del cambio absoluto, sin implicar necesariamente una normalización completa del perfil conductual.

Adicionalmente, Derella et al. (2019) exhibieron que las habilidades de regulación emocional mediaron el efecto del programa SNAP sobre la irritabilidad crónica, enfatizando la necesidad de abordar el componente afectivo más allá de la modificación conductual tradicional. En consonancia con estos hallazgos, Zhang et al. (2023) describieron una relación longitudinal recíproca entre regulación emocional y el TOD, ratificando que la labilidad/negatividad emocional actúa como mecanismo subyacente en el desarrollo e intensificación del trastorno. Asimismo, Figueiredo et al. (2024) observaron que los déficits de autorregulación median la relación entre los rasgos de insensibilidad emocional y los problemas de conducta.

En este sentido, los rasgos de insensibilidad emocional y falta de empatía moderan negativamente la respuesta a la TCC. Waschbusch et al. (2020) hallaron que los niños con niveles altos en estos rasgos, presentaron más problemas conductuales en la terapia modificada basada en recompensas que la terapia estándar. Los hallazgos sugieren una posible variación de respuesta asociada con las alteraciones neurobiológicas en el procesamiento de recompensas y regulación afectiva limitan el alcance de las intervenciones puramente conductuales.

La comorbilidad con TDAH predice peores desenlaces en habilidades adaptativas posttratamiento ($\beta = -3.27, p = .002$) (Booker et al., 2020). Sin embargo, no modera la eficacia de la TCC sobre la sintomatología externalizante y las habilidades sociales (Helander et al., 2022). Dicha disociación fenomenológica evidencia que el TDAH no se observó moderación en determinados desenlaces; esto no demuestra equivalencia ni remisión, aun así, limita la adquisición de competencias adaptativas. Ante esta heterogeneidad, el abordaje multimodal optimiza el pronóstico; la coadministración de farmacoterapia y entrenamiento conductual parental ejerce un efecto aditivo sobre los déficits atencionales y la conducta externalizante (Pisula et al., 2020), de este modo, la farmacoterapia concomitante se asoció con mejoría en un estudio, con posible confusión por indicación en la respuesta a los componentes psicosociales orientados a la adaptación funcional en pacientes con TOD y TDAH comórbido.

En cuanto a los factores familiares y las dinámicas de crianza, Booker et al. (2020) evidenciaron que el monitoreo parental predice una reducción en los problemas externalizantes ($\beta = -0.48, p = .012$) y la calidez parental modera el efecto del programa Entrenamiento en Manejo Parental sobre las habilidades adaptativas; por el contrario la permisividad y la hostilidad predicen problemas externalizantes ($\beta = 0.97, p < .001$), en tanto que el programa Soluciones Colaborativas y Proactivas amortigua el efecto negativo de la hostilidad familiar ($p = .031$).

Bajo esta perspectiva, Dedousis-Wallace et al. (2022) mostraron que las atribuciones parentales de culpa al niño moderan la severidad clínica a los seis meses de seguimiento, revelando desenlaces menos favorables, en el Entrenamiento en Manejo Parental ($b = .096, t = 2.630, p = .0095$) y sin efecto en Soluciones Colaborativas y Proactivas. Esto indica cómo el tipo de intervención modifica la influencia de las cogniciones parentales sobre los resultados terapéuticos.

Cabe añadir que la disciplina inconsistente pretratamiento explicó mayores problemas externalizantes postratamiento ($F(1, 144) = 6.06, \Delta R^2 = .12, p < .001$) (Dedousis-Wallace et

al., 2022). En sintonía con Laas Sigurðardóttir et al. (2025), la reducción de la disciplina verbal y física severa, junto con el aumento de la consistencia disciplinaria, mediaron parcialmente la disminución de las conductas disruptivas infantiles. Por ello, la participación parental debe orientarse a desmontar patrones coercitivos y prácticas disciplinarias inconsistentes. La adherencia parental descrita por Treier et al. (2022) podría representar un puente entre las estrategias aplicadas por el terapeuta y el cambio en las dinámicas familiares.

En correspondencia a los factores terapéuticos y de implementación, la autoayuda conductual asistida en la web con apoyo telefónico superó a su versión no guiada ($d = -0.28$, $p = .029$) y a la atención habitual ($d = -0.34$, $p = .009$), además, mayor procesamiento del contenido del programa predijo una reducción en la gravedad de los síntomas (Döpfner et al., 2025). Al respecto, la conducta terapéutica centrada en la emoción y la relación, a diferencia de la directividad o estructuración rígida, medió la reducción de síntomas y deterioro funcional, actuando a través de un aumento en la adherencia parental (Treier et al., 2022).

En contraste, Sibley et al. (2023) documentaron una interacción triple sobre los problemas de conducta en adolescentes con TDAH y comorbilidad externalizante en el programa administrado por clínicos licenciados; no obstante, este efecto no alcanzó significancia estadística en los síntomas del TOD ($p = .206$). Asimismo, Murrihy et al. (2023) no observaron diferencias en los resultados del tratamiento del TOD entre terapeutas pasantes y psicólogos clínicos experimentados en entornos comunitarios. Por lo tanto, los factores terapéuticos asociados a la efectividad de la TCC en el TOD son aquellos que promueven la vinculación, la validación emocional y el compromiso activo de los padres con el protocolo, estos resultados sugieren que ciertos componentes podrían ser entrenables; se requiere confirmación de profesionales con distintos niveles de experiencia, siempre que exista un acompañamiento estructurado. Coincidiendo con Monsalve et al. (2017) la intervención dirigida al TOD debe utilizar un modelo de colaboración multisistémica que integra a cuidadores y docentes, en función de consolidar hábitos adaptativos y entrenamiento en competencias de autorregulación afectiva.

Dentro de los factores demográficos y contextuales, al analizar la edad como variable moderadora, existe una dicotomía según el formato de intervención. En el ámbito digital, Döpfner et al. (2025) identificaron que una edad menor fue predictora de mejores resultados a la autoayuda asistida. Mientras que, en las intervenciones presenciales y grupales, la edad no ejerció un efecto independiente (Helander et al., 2022; Murrihy et al., 2023; Seleem et al., 2026). La ausencia de moderación por edad en estos formatos sugiere que los principios centrales de la TCC y el Entrenamiento en Manejo Parental no se observó moderación por edad en esos estudios; la evidencia no afirma equivalencia entre edades.

En cuanto al género, la evidencia es más limitada, según Helander et al. (2022) el género femenino moderó la mejora en competencias sociales en la condición combinada de Entrenamiento en Manejo Parental y TCC. Pese a ello, no se hallaron interacciones significativas en otros estudios (Murrihy et al., 2023; Raschle et al., 2025). De manera paralela, a través de un metaanálisis desarrollado por Gardner et al. (2019) tampoco encontraron evidencia que respalde la premisa relacionada con la edad. Por ende, las características demográficas básicas, por sí solas, podrían no ser los predictores más determinantes del éxito terapéutico.

En sintonía con lo anterior, la fuente de derivación tanto clínica como comunitaria, no moderó los resultados en los ensayos de efectividad (Murrihy et al., 2023), lo cual sugiere posible aplicabilidad, aunque no demuestra equivalencia entre contextos. Del mismo modo, la adaptación cultural del Entrenamiento en Manejo Parental en Egipto mostró reducción de desenlaces en el contexto evaluado para reducir la agresión psicológica (CTS-PC: $F = 29.4$, $p < .001$) y los problemas externalizantes, independientemente del uso de medicación psicoactiva (Seleem et al., 2026). En conjunto, estos hallazgos indican que las intervenciones psicosociales basadas en la evidencia actúan sobre mecanismos relacionales y ambientales

modificables que podrían actuar de forma parcialmente independiente a las variables demográficas básicas y al tratamiento biológico concurrente.

Conjuntamente, los resultados refuerzan la importancia de integrar componentes que fortalezcan la alianza terapéutica y la validación emocional, en lugar de depender exclusivamente de la estructuración conductual rígida. En la práctica clínica, esto se traduce en la evaluación sistemática de la gravedad basal, los déficits de regulación emocional y las dinámicas de crianza antes de iniciar la TCC. A nivel de las políticas de salud, los hallazgos apoyan evaluar su implementación, con estudios de efectividad, costo, acceso y equidad en programas de entrenamiento parental y autoayuda guiada, optimizando la asignación de recursos en sistemas de atención infanto-juvenil.

CONCLUSIONES

En respuesta a la pregunta de investigación, la efectividad de las intervenciones basadas en TCC en niños y adolescentes con TOD se asocia con múltiples factores, con evidencia de consistencia variable, desde los factores clínicos y neurobiológicos, como la gravedad inicial de los síntomas, la comorbilidad con TDAH, los déficits en regulación emocional y la actividad prefrontal funcionan como predictores y moderadores de la remisión sintomática; los factores familiares y dinámicas de crianza, como la supervisión, la calidez, la disciplina inconsistente y las atribuciones parentales, median y moderan la adquisición de habilidades adaptativas; en el ámbito terapéutico, la adherencia al programa, el enfoque del terapeuta en la relación y las emociones, y la modalidad de entrega potencian los resultados, no se observó moderación significativa en algunos estudios; la evidencia es insuficiente para afirmar independencia de derivación; hasta variables demográficas como la edad y el género, las cuales se muestran dependientes del formato de intervención, sin evidencia consistente de moderación, aunque con representación limitada de mujeres y adolescentes.

La interpretación de estos hallazgos debe considerar ciertas limitaciones metodológicas correspondientes a la heterogeneidad en los diseños experimentales, las modalidades de intervención y los instrumentos de medición empleados, impidiendo realizar estimaciones agrupadas; deficiencias en el cegamiento de los participantes y del personal administrador de las intervenciones; muestras mixtas con TDAH, TC u otros problemas externalizantes, reduciendo la aplicabilidad directa de ciertas asociaciones; la escasa representación de poblaciones femeninas, la falta de reportes desglosados por etnia o nivel socioeconómico.

Se recomienda que futuras investigaciones diseñen ensayos controlados aleatorizados que incorporen evaluadores ciegos a la asignación de los grupos y que utilicen protocolos de intervención manualizados y estandarizados para minimizar la deriva del tratamiento; ampliar las muestras para incluir una mayor proporción de mujeres y adolescentes, así como reportar, sin evidencia consistente de moderación, aunque con representación limitada de mujeres y adolescentes; estudios posteriores deberían integrar marcadores neurobiológicos y de neuroimagen de forma longitudinal, a fin de establecer correlatos objetivos de la regulación emocional y su impacto en la respuesta a la TCC; se sugiere que las próximas revisiones sistemáticas y metaanálisis utilicen datos de participantes individuales para evaluar con mayor potencia estadística las variables moderadoras y mediadoras, estandarizando las métricas de resultado en torno a núcleos sintomáticos específicos del TOD.

Contribución de las autoras

Mylena Karina Sánchez Suquillo: Participó en la conceptualización y desarrollo de la investigación, formulación del objetivo, búsqueda y selección de la literatura científica, extracción y sistematización de la información, análisis e interpretación de los resultados, así como en la redacción inicial y revisión del manuscrito. Asimismo, participó en la organización de la evidencia y en la elaboración de las conclusiones.

Carmita Esperanza Villavicencio Aguilar: Participó en la orientación y supervisión científica y metodológica de la investigación, asesoró la estrategia de búsqueda, selección y análisis de la evidencia, realizó la revisión crítica del manuscrito, contribuyó a la interpretación de los hallazgos y al fortalecimiento de la discusión y las conclusiones. También supervisó el proceso de investigación y aprobó la versión final del manuscrito para su publicación.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran que no existe ningún conflicto de intereses que pueda haber influido, directa o indirectamente, en el diseño del estudio, la selección y análisis de la evidencia, la interpretación de los resultados, la redacción del manuscrito o la decisión de publicación.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5TM (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing, Inc. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Barker, T. H., Habibi, N., Aromataris, E., Stone, J. C., Leonardi-Bee, J., Sears, K., Hasanoff, S., Klugar, M., Tufanaru, C., Moola, S., & Munn, Z. (2024). The revised JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias for quasi-experimental studies. *JBI Evidence Synthesis*, 22(3), 378-388. <https://doi.org/10.11124/jbies-23-00268>
- Barker, T. H., Stone, J. C., Sears, K., Klugar, M., Tufanaru, C., Leonardi-Bee, J., Aromataris, E., & Munn, Z. (2023). The revised JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias for randomized controlled trials. *JBI Evidence Synthesis*, 21(3), 494-506. <https://doi.org/10.11124/jbies-22-00430>
- Bonham, M. D., Shanley, D. C., Waters, A. M., & Elvin, O. M. (2021). Inhibitory Control Deficits in Children with Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder Compared to Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 49(1), 39-62. <https://doi.org/10.1007/s10802-020-00713-9>
- Booker, J. A., Capriola-Hall, N. N., Greene, R. W., & Ollendick, T. H. (2020). The Parent-Child Relationship and Posttreatment child outcomes across two treatments for oppositional defiant disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 49(3), 405-419. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1555761>
- Corporation for Digital Scholarship. (2026). *Zotero (Versión 7.0.32)* [Software informático]. <https://www.zotero.org/>
- Daş, H., Kurnaz, M. F., & Koçtürk, N. (2024). The effectiveness of cognitive behavioral therapy in mental health problems of children and adolescents in child protection system: A meta-analysis. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 34(4), 100509. <https://doi.org/10.1016/j.jbct.2024.100509>
- Dedousis-Wallace, A., Drysdale, S. a. O., McAloon, J., Murrihy, R. C., Greene, R. W., & Ollendick, T. H. (2022). Predictors and Moderators Two treatments of oppositional defiant disorder in children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 54(1), 67-82. <https://doi.org/10.1080/15374416.2022.2127102>
- Derella, O. J., Johnston, O. G., Loeber, R., & Burke, J. D. (2019). CBT-Enhanced Emotion Regulation as a mechanism of improvement for childhood irritability. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(1), S146-S154. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1270832>
- Döpfner, M., Plück, J., Rosenberger, K. D., Klemp, M., Mühlenmeister, J., Wähnke, L., Hellmich, M., Schürmann, S., & Dose, C. (2025). Efficacy of guided and unguided web-

- assisted self-help for parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: A three-arm randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 66(9), 1320–1332. <https://doi.org/10.1111/jcpp.14153>
- Figueiredo, P., Azeredo, A., Barroso, R., & Barbosa, F. (2024). Callous–Unemotional Traits and Conduct Problems in Children: The Role of Strength and Positive Characteristics. *Behavioral Sciences*, 14(7), 609. <https://doi.org/10.3390/bs14070609>
- Gardner, F., Leijten, P., Melendez-Torres, G. J., Landau, S., Harris, V., Mann, J., Beecham, J., Hutchings, J., & Scott, S. (2019). The earlier the better? Individual participant data and traditional meta-analysis of age effects of parenting interventions for pre-adolescent children. *Child Development*, 90(1), 7–19. <https://doi.org/10.1111/cdev.13138>
- Gatti, U., Grattagliano, I., & Rocca, G. (2018). Evidence-based psychosocial treatments of conduct problems in children and adolescents: an overview. *Psychiatry Psychology and Law*, 26(2), 171–193. <https://doi.org/10.1080/13218719.2018.1485523>
- Helander, M., Enebrink, P., Hellner, C., & Ahlen, J. (2022). Parent Management Training Combined with Group-CBT Compared to Parent Management Training Only for Oppositional Defiant Disorder Symptoms: 2-Year Follow-Up of a Randomized Controlled Trial. *Child Psychiatry & Human Development*, 54(4), 1112–1126. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01306-3>
- Laas Sigurðardóttir, L. B., Melendez-Torres, G. J., Backhaus, S., Gardner, F., Scott, S., European Parenting Program Research Consortium, & Leijten, P. (2025). Individual participant data meta-analysis: Individual differences in mediators of parenting program effects on disruptive behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 64(5), 564–576. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2024.10.003>
- Lin, X., He, T., Heath, M., Chi, P., & Hinshaw, S. (2022). A Systematic Review of Multiple Family Factors Associated with Oppositional Defiant Disorder. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 10866. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710866>
- López-Villalobos, J. A., Llano, J. M. A., Rodríguez-Molinero, L., Garrido-Redondo, M., Sacristán-Martín, A. M., Martínez-Rivera, M. T., Alberola-López, S., & Sánchez-Azón, M. I. (2014). Prevalencia del trastorno negativista desafiante en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(2), 80–87. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2013.07.002>
- Mars, J. A., Aggarwal, A., & Marwaha, R. (2024). *Oppositional defiant disorder*. En StatPearls. StatPearls Publishing. https://www.ncbi-nlm-nih-gov.translate.goog/books/NBK557443/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc
- Matthys, W., & Schutter, D. J. L. G. (2021). Increasing Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Conduct Problems in Children and Adolescents: What Can We Learn from Neuroimaging Studies? *Clinical Child and Family Psychology Review*, 24(3), 484–499. <https://doi.org/10.1007/s10567-021-00346-4>
- Monsalve, A., Mora, L. F., Ramírez, L. C., Roza, V., & Rojas, D. M. (2017). Estrategias de intervención dirigidas a niños con trastorno negativista desafiante, una revisión de la literatura. *Revista Ciencias de la Salud*, 15(1), 105–127. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56249528009>
- Moreno, B., Muñoz, M., Cuellar, J., Domancic, S., & Villanueva, J. (2018). Revisiones Sistemáticas: definición y nociones básicas. *Revista Clínica De Periodoncia*

- Implantología Y Rehabilitación Oral*, 11(3), 184–186. <https://doi.org/10.4067/s0719-01072018000300184>
- Murrihy, R. C., Drysdale, S. A., Dedousis-Wallace, A., Rémond, L., McAloon, J., Ellis, D. M., Halldorsdottir, T., Greene, R. W., & Ollendick, T. H. (2023). Community-Delivered collaborative and proactive solutions and parent management training for oppositional youth: a randomized trial. *Behavior Therapy*, 54(2), 400–417. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.10.005>
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). *Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews*. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., Stewart, L. A., Thomas, J., Tricco, A. C., Welch, V. A., Whiting, P., & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pedreira-Massa, J. L. (2011). Trastorno negativista (oposicionista)-desafiante en la infancia. *Anales De Pediatría Continuada*, 9(1), 1–6. [https://doi.org/10.1016/s1696-2818\(11\)70001-4](https://doi.org/10.1016/s1696-2818(11)70001-4)
- Pisula, A., Bryńska, A., Wójtowicz, S., Srebnicki, T., & Wolańczyk, T. (2020). The change in the intensity of symptoms in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder after “Workshops for Parents of Hyperactive Children.” *Psychiatria Polska*, 54(2), 317–332. <https://doi.org/10.12740/pp/103618>
- Raschle, N. M., Borbás, R., Dimanova, P., Unternaehrer, E., Kohls, G., De Brito, S., Fairchild, G., Freitag, C. M., Konrad, K., & Stadler, C. (2025). Losing control: Prefrontal emotion regulation is related to symptom severity and predicts Treatment-Related symptom change in adolescent girls with conduct disorder. *Biological Psychiatry Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 10(1), 80–93. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2024.08.005>
- Riise, E. N., Wergeland, G. J. H., Njardvik, U., & Öst, L. (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. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101954>
- Rizo, AB, (2014). Intervención cognitivo-conductual en un caso de trastorno negativista desafiante en un adolescente. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1 (1), 89-100. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477147183010>
- Robayo, A. M., Caro, L. F. M., López, L. C. R., Hernández, V. R., & Puerto, D. M. R. (2017). Intervention Strategies Used in the Treatment of Children with Oppositional Defiant Disorder, a Review of Literature. *Revista Ciencias De La Salud*, 15(1), 105–127. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.5384>
- Sánchez, R. G., Bravo, S. P., & Quintero, J. E. O. (2025). Revisión sistemática sobre la comorbilidad del trastorno negativista desafiante. *Revista Canarias PediáTrica*, 49(1), 39-57. <https://doi.org/10.63663/canped.2025.49.1.7>
- Seleem, M. A., Amer, R. A., Hasanen, Y. A., & Shatkin, J. P. (2026). Effectiveness of parent management training in reducing oppositional and defiant behaviors in a clinical sample of Egyptian children. *Middle East Current Psychiatry*, 33(13), 1-10 <https://doi.org/10.1186/s43045-026-00618-1>

- Sibley, M. H., Graziano, P. A., Coxe, S. J., Bickman, L., Martin, P., & Flores, S. (2023). A Randomized Community-Based Trial of Behavior Therapy vs. Usual Care for Adolescent ADHD: Secondary Outcomes and Effects on Comorbidity. *Behavior Therapy*, 54(5), 839–851. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.03.001>
- Torales, J., Barrios, I., Arce, A., & Viola, L. (2018). Trastorno negativista desafiante: una puesta al día para pediatras y psiquiatras infantiles. *Pediatría (Asunción)*, 45(1), 65–73. <https://doi.org/10.31698/ped.45012018009>
- Treier, A., Hautmann, C., Dose, C., Nordmann, L., Katzmann, J., Pinior, J., Scholz, K. K., & Döpfner, M. (2022). Process Mechanisms in Behavioral Versus Nondirective Guided Self-help for Parents of Children with Externalizing Behavior. *Child Psychiatry & Human Development*, 55(2), 453–466. <https://doi.org/10.1007/s10578-022-01400-0>
- Waschbusch, D. A., Willoughby, M. T., Haas, S. M., Ridenour, T., Helseth, S., Crum, K. I., Altszuler, A. R., Ross, J. M., Coles, E. K., & Pelham, W. E. (2020). Effects of Behavioral Treatment Modified to Fit Children with Conduct Problems and Callous-Unemotional (CU) Traits. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 49(5), 639–650. <https://doi.org/10.1080/15374416.2019.1614000>
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37958>
- Zhang, W., Li, Y., Li, L., Hinshaw, S., & Lin, X. (2023). Vicious cycle of emotion regulation and ODD symptoms among Chinese school-age children with ODD: a random intercept cross-lagged panel model. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 17(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s13034-023-00579-x>

Anexo A. Ecuaciones de búsqueda

Fuente bibliográfica	Sintaxis	Nº
Scopus	TITLE-ABS-KEY (((child* OR children OR childhood OR pediatric* OR paediatric* OR adolescent* OR adolescen* OR teen* OR teenager* OR youth OR "young person*" OR minor*) AND ("oppositional defiant disorder" OR ODD OR "oppositional defiant") AND ("cognitive behavioral therapy" OR "cognitive behavioural therapy" OR CBT OR "cognitive therapy" OR "behavior therapy" OR "behaviour therapy") AND (predictor* OR moderator* OR mediator* OR moderation OR mediation OR effectiveness OR efficac* OR "treatment outcome*" OR "clinical outcome*" OR "clinical factor*" OR "demographic factor*" OR "family factor*" OR "contextual factor*" OR "familial factor*" OR parent* OR socioeconomic* OR comorbidit*))) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE , "ar")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Spanish")) AND PUBYEAR > 2016 AND PUBYEAR < 2027	149
Web of Science	((child* OR children OR childhood OR pediatric* OR paediatric* OR adolescent* OR adolescen* OR teen* OR teenager* OR youth OR "young person*" OR minor*) AND ("oppositional defiant disorder" OR ODD OR "oppositional defiant") AND ("cognitive behavioral therapy" OR "cognitive behavioural therapy" OR CBT OR "cognitive therapy" OR "behavior therapy" OR "behaviour therapy") AND (predictor* OR moderator* OR mediator* OR moderation OR mediation OR effectiveness OR efficac* OR "treatment outcome*" OR "clinical outcome*" OR "clinical factor*" OR "demographic factor*" OR "family factor*" OR "contextual factor*" OR "familial factor*" OR parent* OR socioeconomic* OR comorbidit*)) and 2017 or 2018 or 2019 or 2020 or 2021 or 2022	101

	or 2023 or 2024 or 2025 or 2026 (Publication Years) and Article (Document Types) and English or Spanish (Languages)	
Pubmed	((child* OR children OR childhood OR pediatric* OR paediatric* OR adolescent* OR adolescen* OR teen* OR teenager* OR youth OR "young person*" OR minor*) AND ("oppositional defiant disorder" OR ODD OR "oppositional defiant") AND ("cognitive behavioral therapy" OR "cognitive behavioural therapy" OR CBT OR "cognitive therapy" OR "behavior therapy" OR "behaviour therapy") AND (predictor* OR moderator* OR mediator* OR moderation OR mediation OR effectiveness OR efficac* OR "treatment outcome*" OR "clinical outcome*" OR "clinical factor*" OR "demographic factor*" OR "family factor*" OR "contextual factor*" OR "familial factor*" OR parent* OR socioeconomic* OR comorbidit*)) AND ((humans[Filter]) AND (english[Filter] OR portuguese[Filter] OR spanish[Filter])) AND (2017:2026[pdat]))	65
EBSCO	((child* OR children OR childhood OR pediatric* OR paediatric* OR adolescent* OR adolescen* OR teen* OR teenager* OR youth OR "young person*" OR minor*) AND ("oppositional defiant disorder" OR ODD OR "oppositional defiant") AND ("cognitive behavioral therapy" OR "cognitive behavioural therapy" OR CBT OR "cognitive therapy" OR "behavior therapy" OR "behaviour therapy") AND (predictor* OR moderator* OR mediator* OR moderation OR mediation OR effectiveness OR efficac* OR "treatment outcome*" OR "clinical outcome*" OR "clinical factor*" OR "demographic factor*" OR "family factor*" OR "contextual factor*" OR "familial factor*" OR parent* OR socioeconomic* OR comorbidit*)) Opciones de búsqueda: Últimos 10 años;Publicaciones académicas;Proximidad;Aplicar materias equivalentes	587
PsycInfo	((Any Field: child* OR Any Field: children OR Any Field: childhood OR Any Field: pediatric* OR Any Field: paediatric* OR Any Field: adolescent* OR Any Field: adolescen* OR Any Field: teen* OR Any Field: teenager* OR Any Field: youth OR Any Field: "young person*" OR Any Field: minor*) AND (Any Field: "oppositional defiant disorder" OR Any Field: ODD OR Any Field: "oppositional defiant") AND (Any Field: "cognitive behavioral therapy" OR Any Field: "cognitive behavioural therapy" OR Any Field: CBT OR Any Field: "cognitive therapy" OR Any Field: "behavior therapy" OR Any Field: "behaviour therapy") AND (Any Field: predictor* OR Any Field: moderator* OR Any Field: mediator* OR Any Field: moderation OR Any Field: mediation OR Any Field: effectiveness OR Any Field: efficac* OR Any Field: "treatment outcome*" OR Any Field: "clinical outcome*" OR Any Field: "clinical factor*" OR Any Field: "demographic factor*" OR Any Field: "family factor*" OR Any Field: "contextual factor*" OR Any Field: "familial factor*" OR Any Field: parent* OR Any Field: socioeconomic* OR Any Field: comorbidit*)) AND Year: 2017 To 2026	2
Redalyc	((child* OR children OR childhood OR pediatric* OR paediatric* OR adolescent* OR adolescen* OR teen* OR teenager* OR youth OR "young person*" OR minor*) AND ("oppositional defiant disorder" OR ODD OR "oppositional defiant") AND ("cognitive behavioral therapy" OR "cognitive behavioural therapy" OR CBT OR "cognitive therapy" OR "behavior therapy" OR "behaviour therapy") AND (predictor* OR moderator* OR mediator* OR moderation OR mediation OR effectiveness OR efficac* OR "treatment outcome*" OR "clinical outcome*" OR "clinical factor*" OR "demographic factor*" OR "family factor*" OR "contextual factor*" OR "familial factor*" OR parent* OR socioeconomic* OR comorbidit*)) Año: 2017 2019 2021 2022 2023 2024 Idioma: Español Inglés Portugués	13