

EL TRASTORNO DESAFIANTE POR OPOSICIÓN.

UNA ESTIMACIÓN DE SU PREVALENCIA Y SINTOMATOLOGÍA ENTRE LOS ALUMNOS DE EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA DEL CAMPO DE GIBRALTAR

Enrique Emberley Moreno / CEIP “José Luis Sánchez”

RESUMEN

El presente trabajo trata de determinar la prevalencia del Trastorno Desafiante por Oposición (TDO) en la población de estudiantes de ESO en la comarca gaditana del Campo de Gibraltar; también se determina cual es la sintomatología más frecuente, siguiendo los criterios diagnósticos del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM IV), y la distribución del problema según las edades y el sexo.

Dada la extensión del trastorno entre la población adolescente, su carácter perturbador en las familias y en los centros de enseñanza y ser un fiable predictor para el más preocupante Trastorno de Conducta o Disocial, se impone la necesidad de ampliar la investigación sobre nuevas técnicas de evaluación, tratamiento y prevención de este cuadro clínico.

Palabras clave: Trastorno Desafiante por Oposición (TDO), prevalencia, sintomatología, adolescentes, Campo de Gibraltar.

ABSTRACT

In this paper we examine the prevalence of the Oppositional Defiant Disorder (ODD) in the teenage population of the Campo de Gibraltar region (Cádiz, Spain), in addition to the more frequent symptoms and disorder distribution according to age and sex.

The broad spread of the problem among teenagers, the disruption generated in families and schools, plus the possibility that these result in a Disocial Disorder, highlight the necessity of improving the assessment, treatment and prevention techniques.

Key words: Oppositional Defiant Disorder (ODD), prevalence, symptoms, teenagers, Campo de Gibraltar.

El Trastorno Desafiante por Oposición (TDO), también denominado por algunos autores Trastorno Negativista Desafiante (F91.3 en el catálogo del DSM IV), constituye hoy en día un problema familiar y escolar de primera magnitud. Gran parte de las reclamaciones de los profesionales de la enseñanza se basan en la difusión de las conductas perturbadoras de estos alumnos que presentan los síntomas del trastorno en niveles clínicos y/o subclínicos. Las familias que buscan ayuda profesional por estos problemas constituyen una buena parte de las demandas cotidianas que los psicólogos infantiles tienen que atender.

El DSM-IV-TR (APA, 2000) especifica ocho criterios para el TDO, de los cuales se deben de presentar al menos cuatro de ellos para el diagnóstico del trastorno, además de tener una duración mínima de seis meses, ocurrir con más frecuencia que en otros individuos de su misma edad y nivel de desarrollo y producir un deterioro significativo en el funcionamiento familiar, social, académico o laboral. Estos criterios son: 1) perder los estribos 2) discutir con los adultos 3) desafiar o rehusar acatar, de forma activa, las peticiones o reglas de los adultos 4) hacer cosas de forma deliberada que molesten a otras personas 5) culpar a los demás por errores o conducta inadecuada 6) ser muy susceptible o fácilmente irritable ante los demás 7) estar enfadado o resentido y 8) ser rencoroso y vengativo.

Las conductas negativas y desafiante así como las desobedientes, forman parte del desarrollo normal de los niños pero a veces, si se hacen muy intensas y comunes en el repertorio conductual del niño, se transforman en síntomas claros de trastornos clínicos. La conducta desafiante y de oposición de inicio en edad temprana se asocia a diversos tipos de patología infantil, adolescente y adulta (Luiselli, 1991). La conducta antisocial y delictiva puede ser una secuela frecuente en este tipo de trastorno. Según Barkley (1997): "la presencia de conducta desafiante por oposición, o agresión social, en niños es la más estable de las psicopatologías infantiles a lo largo del desarrollo y constituye el elemento predictor más significativo de un amplio conjunto de riesgos académicos y sociales negativos que el resto de las otras formas de comportamiento infantil desviado". A pesar de ello habría que aclarar que no todos los niños con TDO acaban sufriendo el Trastorno Disocial o de Conducta y que no todos los adolescentes y jóvenes diagnosticados con TC (Trastorno de Conducta) han padecido un TDO en su infancia.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4ª edición. Texto revisado) (DSM-IV-TR, APA, 2000) lo define como "un patrón recurrente de conducta negativista, desafiante, desobediente y hostil hacia figuras de autoridad que se mantiene durante al menos seis meses. Se clasifica bajo la categoría de "Trastornos por déficit de atención y conducta perturbadora" y se incluye en la sección denominada "Trastornos diagnosticados normalmente en la infancia, la niñez o la adolescencia".

Se estima que del 2 al 16 por 100 de los niños (según los contextos) presentan un TDO (APA, 2000; Jensen, Watanabe, Richters, Cortés, Roper y Lau, 1995; Pelham, Gnagy, Greenslade y Milich, 1992). No existe una teoría clara y definitiva sobre las causas de este trastorno y el TDO está claramente influenciado por diversos factores que la mayoría de las veces interrelacionan. Los tipos y la calidad de interrelaciones entre niños y adultos significativos moldean y mantienen el TDO. Las variables personales de los padres, su experiencia, la falta de madurez, etc., parecen ser determinantes en el desarrollo del trastorno.

Hay evidencias de que factores temperamentales ejercen su influencia desde temprana edad (Prior, 1992; Tschann, Kaiser, Chesney, Alkon y Boyce, 1996), y es muy probable que los niños con explosiones emocionales extremas, irritables, con falta de atención¹ e impulsivos lleguen a manifestar el trastorno.

¹ De hecho el TDO suele ser, la mayoría de las veces, comórbido con el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, TDAH

En el presente trabajo nos propusimos averiguar la extensión del problema en la Comarca, así como cuál era la sintomatología más común y su distribución por edades y sexos. Una vez conocida y definida la problemática, será el momento de plantear las posibles causas, su evaluación y los tratamientos más efectivos, lo que podría ser objeto de futuras investigaciones.

MÉTODO

Participantes

El presente trabajo se realizó durante el curso escolar 2001-1002. Se contó con la participación de los equipos directivos y, especialmente, de los orientadores de los institutos de Educación Secundaria que se relacionan en el apartado de agradecimientos. La muestra estuvo constituida por los alumnos de ESO de estos seis centros, que sumaron un total de 2.310, lo que constituye un 22,11% de la población total de alumnos de ESO de la Comarca.



Material

A cada centro se le entregó una ficha donde se debían consignar los datos relevantes para la investigación, primordialmente comportamientos observados en clase y áreas comunes, donde, además de la sintomatología, se registraban la edad, curso y sexo de los alumnos. Sobre esta información y otras complementarias de comunicación personal se establecieron los diagnósticos basados, como dijimos, en los criterios del DSM IV.

Procedimiento

Mediante carta, comunicación personal y telefónica se invitó a distintos centros a colaborar en el trabajo. Unos declinaron o ignoraron la invitación y otros, los que figuran en el apartado correspondiente, amablemente decidieron participar. Se entregaron las fichas y se comentaron al orientador que, junto con los tutores de cada grupo, las rellenaron proporcionando la información necesaria. Las dudas y comentarios así como los datos de matrícula generales se fueron aclarando en comunicaciones posteriores.

RESULTADOS

La población de estudio estaba compuesta por los alumnos de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) de la comarca del Campo de Gibraltar, los cuales sumaban un total de 10.450 alumnos, agrupados en 385 grupos con una media de alumnos por clase de 27,14.

La muestra estuvo formada por un total de 2.310 alumnos que constituyen, como hemos dicho antes, el 22,11% del total poblacional.

De estos alumnos encontramos que 87 de ellos, el 3,77%, cumplían plenamente los criterios de diagnóstico (DSM-IV-TR, 2000) del Trastorno Desafiante por Oposición. Otros 25 alumnos presentaban síntomas sin que se cumpliesen plenamente los criterios lo que denominamos TDO no especificado (TDO n.e.); juntos conforman un total de 112 alumnos que de una manera u otra, muestran signos de comportamiento perturbador en clase (en este trabajo no se contemplan las conductas en las familias, que son materia para estudios posteriores). Ello representa que el 4,85% de estos alumnos presenta algún tipo de síntomas de este trastorno.

Si hacemos una inferencia a la población partiendo de los datos obtenidos en nuestra muestra, estimamos que existen entre 394 y 507 alumnos de la Comarca que presentan el problema en diferentes niveles, el primer umbral correspondiente a niños con el TDO y el segundo al TDO n.e.

CUADRO Nº 1

TOTAL DE ALUMNOS DE ESO EN LA COMARCA	10.450
TOTAL DE GRUPOS	385
MEDIA DE ALUMNOS POR GRUPO	27,14%
MUESTRA: 2.310 ALUMNOS. 22,11% DE LA POBLACIÓN	
ALUMNOS DIAGNOSTICADOS CON TDO	87; 3,77%
ALUMNOS CON TDO n.e.	25
TDO + TDO n.e.=	112; 4,85%
ESTIMACIÓN DE ALUMNOS DE ESO DE LA COMARCA QUE PRESENTAN SÍNTOMAS DEL TDO	$394 \leq x \leq 507$

Sintomatología:

Según los criterios diagnósticos del DSM IV, el TDO presenta el siguiente cuadro de conductas:

En los últimos seis meses:

- 1) A menudo se encoleriza e incurre en pataletas
- 2) A menudo discute con adultos
- 3) A menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas
- 4) A menudo molesta deliberadamente a otras personas
- 5) A menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento
- 6) A menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros
- 7) A menudo es colérico y resentido
- 8) A menudo es rencoroso y vengativo

Seguendo a otros autores, hemos considerado operativamente que la expresión "a menudo" tiene el significado de:

Ha ocurrido como mínimo durante los últimos tres meses:

Criterios 5 y 8

Ocurre al menos dos veces a la semana:

Criterios 1, 2, 3 y 6

Ocurre al menos cuatro veces por semana:

Criterios 4 y 7

Los resultados obtenidos, que se pueden ver en el gráfico adjunto, apuntan a una mayor preponderancia de los criterios 2, 3 y 4 que se presentan en el 91,96%, el 84,82% y el 83,03% respectivamente de todos los casos.

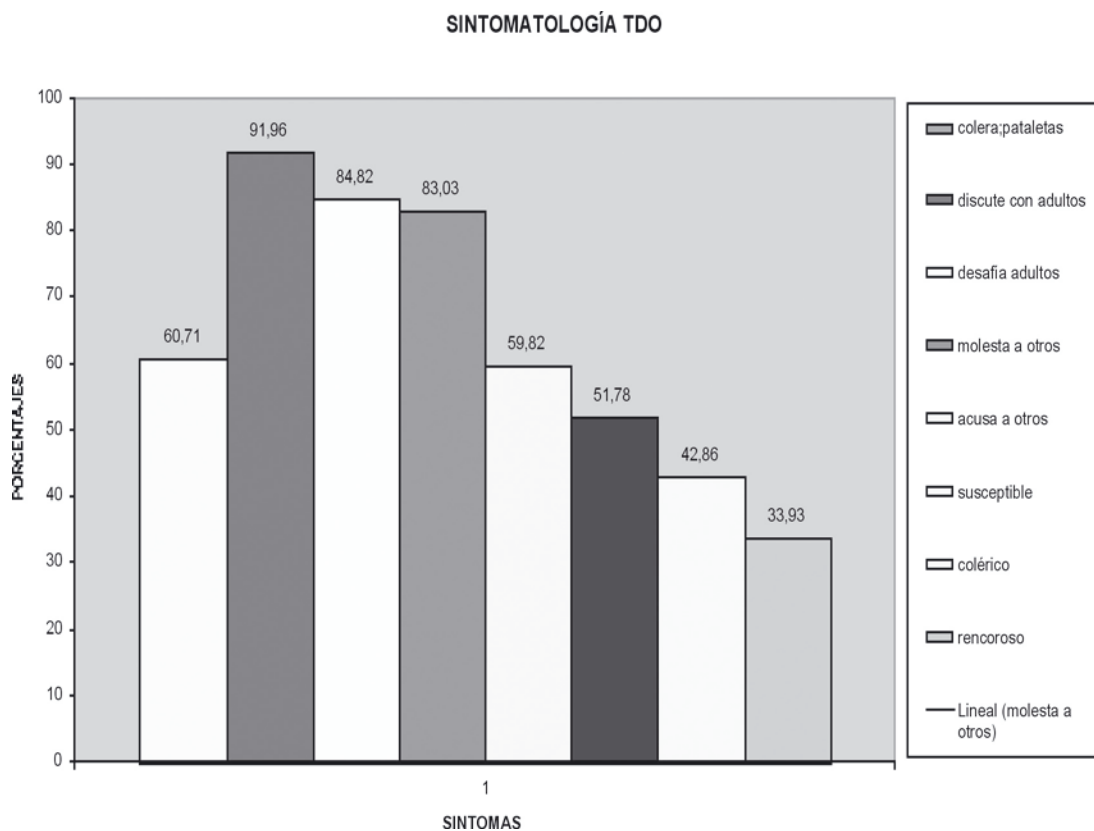


Figura 1

Distribución por niveles/edades:

El carácter obligatorio de este nivel de enseñanza y la promoción automática de los alumnos hace que englobemos en este apartado los niveles y la edad puesto que no existen diferencias excesivamente destacadas en los distintos grupos. Así, el primer curso de ESO lo identificamos con 12-13 años de edad, el segundo nivel con 13-14 años, el tercero con 14-15 años y el cuarto con 15-16.

La distribución del TDO por cursos/edades se refleja en la siguiente gráfica donde se detecta una mayor prevalencia en el tercer nivel, es decir en las edades 14-15 años.

Distribución del TDO por cursos/edades:

CUADRO Nº 2			
1º ESO	13 ALUMNOS	14,94%	12/13 AÑOS
2º ESO	20 ALUMNOS	22,99%	13/14 AÑOS
3º ESO	30 ALUMNOS	34,48%	14/15 AÑOS
4º ESO	24 ALUMNOS	27,59%	15/16 AÑOS

DISTRIBUCIÓN DEL TDO POR CURSOS /// EDADES

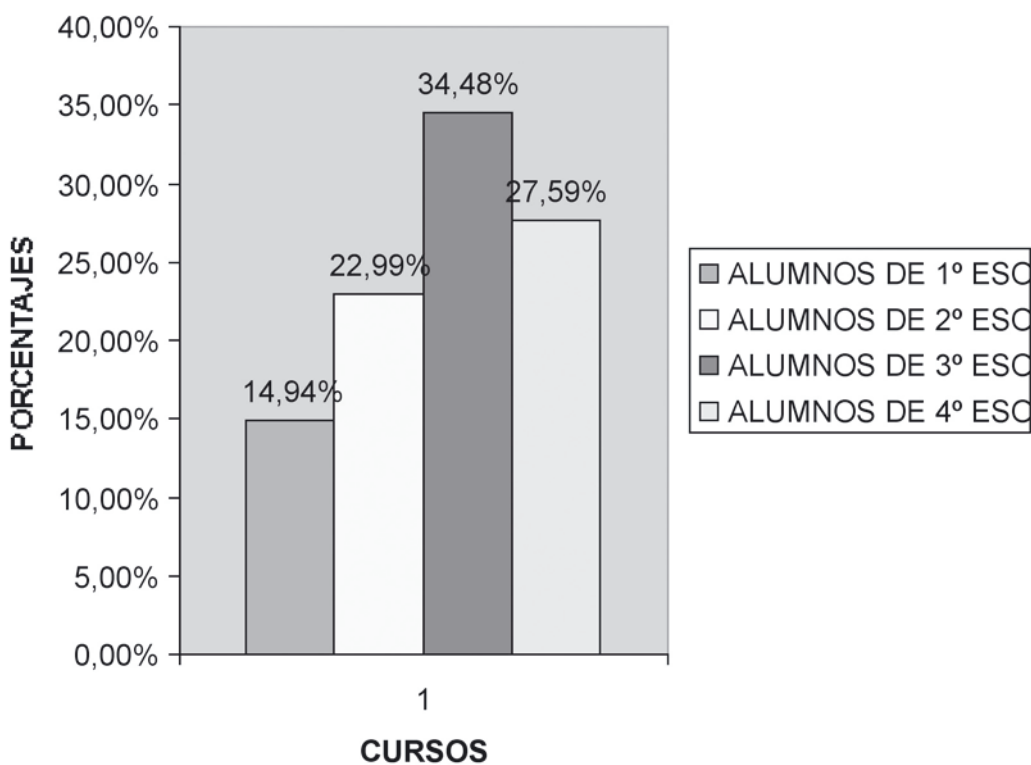


Figura 2

Distribución por géneros:

La presencia del TDO en estos niveles de edad de los alumnos de la Comarca sufre una enorme variabilidad en función del género. La mayoría de los autores consideran que el TDO se presenta con mayor fuerza en los niños durante las edades más tempranas y tienden a equipararse con el número de niñas según vamos avanzando en los tramos de edad hasta llegar a la adolescencia, donde la diferencia no es significativa. Encontramos, en cambio, en nuestra Comarca que dichas diferencias permanecen aún en estas edades y que el número de niños con este tipo de trastorno representa más del triple que las niñas.

CUADRO Nº 3						
	MUESTRA	TDO	TDO n.e.	TOTAL	%TDO	%TDO+TDO n.e.
Niños	n= 1131	68	20	88	6,01%	7,78%
Niñas	n= 1179	19	5	24	1,61%	2,04%

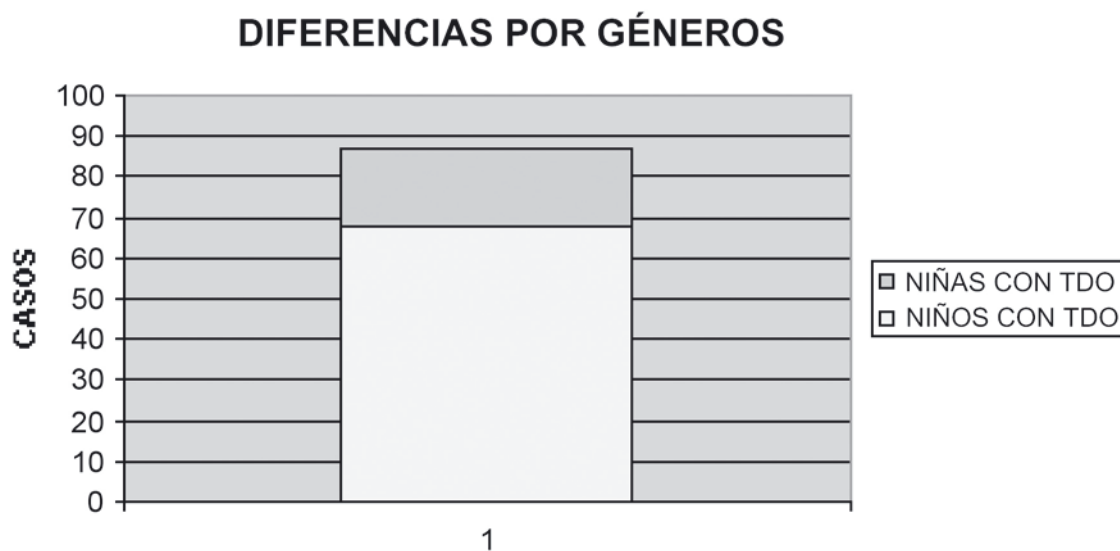


Figura 3

La prevalencia del TDO en la Comarca es más de tres veces y media superior en los niños que en las niñas en el tramo de edad 12-16 años.

DISCUSIÓN

A tenor de lo expuesto en los resultados, podemos concluir que el TDO tiene una amplia presencia en nuestra Comarca, aunque se mantiene dentro de los límites de entre el 2 y el 16% determinados por otros autores (ver introducción) para diferentes entornos sociales. La distribución no es uniforme sino que presenta más incidencia en los contextos socialmente deficitarios, aunque ello no excluye totalmente las familias más favorecidas.

Los tres tipos de conducta que se presentan con mayor frecuencia son, en orden decreciente: discutir con los adultos (91,96%), desafiar a los adultos (84,82%) y molestar deliberadamente a otros (83,03%).

La distribución del trastorno a lo largo del tramo de edad representa un pico importante en los 14-15 años, aunque, dado que se trata de un estudio puntual, no podemos extraer conclusiones válidas hasta que no se realicen estudios longitudinales que muestren la evolución del TDO a lo largo de varios años y contextos.

Respecto a las diferencias según el género, el TDO suele ser más frecuente en los varones que en las mujeres en las edades tempranas, presentando proporciones parecidas a partir de la pubertad (Luiselli, 2002). En el presente trabajo encontramos que los varones con TDO superan más de tres veces y media a las niñas en el tramo de edad 12-16 años. Sería necesario prolongar los estudios en tramos superiores y averiguar si permanecen estas diferencias o se anulan.

Además de los problemas que supone a niveles familiares y escolares el comportamiento perturbador del niño con este cuadro sindrómico también constituye, para algunos estudiosos del tema, un precursor importante de la presentación de trastornos más complejos e incapacitantes como puede ser el Trastorno de Conducta o Disocial (F91.8 en el DSM IV), que conduce a la delincuencia violenta y la ilegalidad; por ello, es de extrema importancia la investigación de estos desajustes, comprender y evaluar la extensión del problema y probar la eficacia de diversos métodos de evaluación, tratamiento y prevención de los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4ª edición-Texto revisado) (DSM-IV-TR). Washington, DC. Autor. 2000.
- BARKLEY, R. A. *Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training* (2ª edición). New York. Guilford. 1997.
- CABALLO, V.E. y SIMÓN, M. A. *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente*. Madrid. Pirámide. 2002.
- FERNÁNDEZ, E. y OLMEDO, M. *Trastornos del comportamiento perturbador*. Colección cursos de Postgrado en Psicopatología y Salud. Madrid. UNED-FUE. 1999.
- JENSEN, P. S., WATANABE, H.K., RICHTERS, J.E., CORTES, R., ROPER, M. y LIU, S. "Prevalence of mental disorder in military children and adolescents: Findings from a two-stage community survey". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1514-1524. 1995.
- LUISELLI, J. K. "Assessment-derived treatment of children's disruptive behaviour disorders". *Behaviour Modification*, 15, 294-309. 1991.
- LUISELLI, J. K. "Características clínicas y tratamiento del trastorno desafiante por oposición". *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente*. Madrid. Pirámide. 2002.
- PELHAM, W.E., GNAGY, E. M., GREENSLADE, K. E. y MILICH, R. "Teacher ratings of DSM-III symptoms for the disruptive behaviour disorders". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 210-218. 1992.
- PRIOR, M. "Childhood temperament". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 249-279. 1992.
- TSCHANN, J.M., KAISER, P., CHESNEY, M.A., ALKON, A. y BOYCE, W.T. "Resilience and vulnerability among preschool children: Family functioning, temperament and behaviour problems". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 184-191. 1996.

ANEXOS

FICHAS DE TRABAJO ENTREGADAS A LOS CENTROS PARTICIPANTES SÍNTOMAS Y PREVALENCIA DEL COMPORTAMIENTO PERTURBADOR EN LOS CENTROS ESCOLARES DEL CAMPO DE GIBRALTAR

Síntomas del F91.3 Trastorno Negativista Desafiante (313.81)

(en la ficha de datos TND)

En los últimos seis meses:

1. A menudo se encoleriza e incurre en pataletas.
2. A menudo discute con adultos.
3. A menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas.
4. A menudo molesta deliberadamente a otras personas.
5. A menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento.
6. A menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros.
7. A menudo es colérico y resentido.
8. A menudo es rencoroso y vengativo.

Síntomas del F91.8 Trastorno Disocial o de Conducta (312.8)

(en la ficha de datos TD)

En los últimos doce meses:

1. A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros.
2. A menudo inicia peleas físicas.
3. Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (por ejemplo, bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola).
4. Ha manifestado crueldad física con personas.
5. Ha manifestado crueldad física con animales.
6. Ha robado enfrentándose a la víctima (p.e., ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión, robo a mano armada).
7. Ha forzado a alguien a una actividad sexual.
8. Ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves.
9. Ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios).
10. Ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona.
11. A menudo miente para obtener bienes, favores o para evitar obligaciones (esto es, "tima" a otros).
12. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p.e., robos en tiendas, pero sin allanamiento o destrozos; falsificaciones).
13. A menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años.
14. Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o una sola vez sin regresar durante un largo período de tiempo).
15. Suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad.

FICHA ACLARATORIA: INTERPRETACIÓN DE LA FICHA DE DATOS

Alu. = Alumnos. La identificación de los alumnos corresponderá al centro de procedencia. En la ficha tan solo estarán numerados (del 1 al 20). Si hiciesen falta más fichas se colocarán letras delante de los números (A en la segunda ficha, B en la tercera, etc.).

ed = edad del alumno correspondiente al año 2001.

sex= sexo; H para hombre, M para mujer.

cur = grupo en el que estará matriculado el alumno durante el curso escolar 2001-2002.

En las siguientes columnas se deben marcar con una X los síntomas que presenta el alumno, las ocho primeras corresponden a los síntomas del trastorno negativista desafiante y las quince siguientes al trastorno disocial (según el DSM IV). Estos síntomas se consultan en hoja aparte.

La última columna corresponde a una apreciación subjetiva sobre el nivel general de gravedad de los síntomas: Leve-L, Moderado-M, Grave-G y Muy Grave-MG.

Si algún alumno presenta síntomas no registrados en la ficha hacerlo constar por detrás de la misma. Así mismo indicar si se encuentra diagnosticado de alguna enfermedad somática o de un trastorno psicológico (p.e., hiperactividad, depresión, etc.) o se encuentra tomando alguna medicina con efectos psicoactivos (si se conoce).

