ENCICLOPEDIA
sobre el Desarrollo de
la Primera Infancia

Intervenciones efectivas en la sala cuna y el jardín infantil para prevenir la agresividad crónica

John E. Lochman, PhD, ABPP, Caroline Boxmeyer, PhD, Nicole Powell, PhD, Alberto Jimenez-Camargo, PhD Student

Center for Prevention of Youth Behavior Problems, The University of Alabama, EE.UU.

Enero 2012

Introducción

La preocupación social que despiertan los comportamientos antisociales en niños y adolescentes ha aumentado con el pasar de los años, en parte gracias a los enormes costos financieros que significan los crímenes adolescentes.[1] Los problemas de comportamiento (especialmente entre los varones) son los problemas conductuales que más frecuentemente se derivan a los profesionales de la salud mental.[2] Los comportamientos agresivo y disruptivo son las disfunciones más resistentes en los niños y, si se dejan sin tratar, frecuentemente resultan en altos costos personales y emocionales para los niños, sus familias y la sociedad en general. Es por ello que se ha conducido una gran cantidad de investigación para determinar las causas, el tratamiento y la prevención de los problemas de comportamiento,[2] a menudo usando modelos que enfatizan el riesgo y los factores protectores, y que están dirigidos hacia las competencias

©2012-2026 ABILIO | AGRESIVIDAD – AGRESIÓN

sociales y las variables en el contexto familiar como sistema de investigación e intervención.[3]

Materia

Los estudios longitudinales indican que los infantes que desarrollan problemas de comportamiento disruptivo se encuentran en mayor riesgo de una gran cantidad de resultados negativos, incluyendo agresividad crónica y problemas de comportamiento, abuso de estupefacientes, regulación deficiente de las emociones, fracaso académico, problemas con los pares y delincuencia.[4-5] Los comportamientos exteriorizados, si aparecen temprano, pueden entorpecer las relaciones con los padres y los pares, iniciando procesos que pueden mantener o exacerbar los problemas conductuales de los niños.[6] Es por ello que una intervención muy temprana (por ejemplo en la sala cuna, el jardín infantil o en el nivel de transición) puede ser importante para interrumpir el potencial camino hacia la agresividad crónica en niños que demuestran conductas agresivas o que están en riesgo de desarrollar comportamiento agresivo.[7,8,9] Los factores de riesgo para la agresividad en la primera infancia incluyen al propio niño, a la familia y a factores ambientales. A nivel del niño, las características de su temperamento, ya evidentes en la primera infancia y la edad parvularia, tales como irritabilidad, inquietud, patrones irregulares de comportamiento, falta de persistencia y baja adaptabilidad, aumentan el riesgo de problemas conductuales, como también lo hacen ciertos rasgos genéticos y neurobiológicos.[10-11] A nivel familiar, las prácticas de crianza, que incluyen la disciplina punitiva, la inconsistencia, poca calidez e involucramiento, y la agresión física, han sido establecidas como contribuyentes al desarrollo de comportamientos agresivos en la primera infancia.[12] Los niños que están expuestos a altos niveles de discordia dentro del hogar, y aquellos cuyos padres tienen problemas de salud mental o de abuso de sustancias, también se encuentran en un riesgo elevado.[13] Otros correlatos importantes de la agresividad en niños que pueden contribuir al desarrollo de la agresividad crónica incluyen procesos socio-cognitivos deficientes y el rechazo de los pares.[14]

Problema

Los problemas de comportamiento disruptivo que emergen tempranamente tienden a ser muy estables, pueden interrumpir importantes procesos de desarrollo, y son factores predictores de consecuencias negativas en la adolescencia. Por lo tanto, se necesitan intervenciones efectivas que estén dirigidas a niños muy pequeños y que se enfoquen en factores maleables de riesgo de agresividad.

Contexto de la investigación

Son esenciales las intervenciones efectivas en la sala cuna y el jardín infantil, que estén diseñadas para prevenir la agresividad crónica son esenciales para el bienestar psicológico del niño entre 2 y 5 años a largo plazo. A pesar de que una parte de la literatura actual señala que los niños tienden a minimizar esas conductas a medida que crecen y a anular las conductas de exteriorización de la primera infancia,[15,16] otras investigaciones indican que algunos niños que muestran aumentos agudos en el comportamiento agresivo entre los 2 y los 3 años, tienden a exhibir niveles estables de agresividad a medida que crecen.[17] La mayoría de la investigación que ha demostrado ser efectiva en cuanto a las intervenciones en el entorno escolar dirigidas a la prevención de la agresión, ha sido conducida con niños en la educación primaria y secundaria.[18] Sin embargo, ha habido relativamente pocos programas de intervención diseñados para niños en el rango de edad de 0 a 5 años que hayan sido investigadas rigurosamente y que hayan demostrado eficacia en la prevención de la agresividad.

Preguntas claves para la investigación

Una pregunta clave para la investigación es si es que las intervenciones psicosociales a nivel escolar que han demostrado ser eficaces en niños mayores pueden ser extrapoladas para su uso en niños más pequeños. Adicionalmente, la investigación debe demostrar si las intervenciones psicosociales pueden ser lo suficientemente poderosas como para proteger a los niños contra los numerosos factores de riesgo que han aparecido como influencias en la primera infancia sobre la agresividad, tales como un bajo nivel socioeconómico, un apego parental deficiente, prácticas negativas de crianza, el temperamento del niño y los factores genéticos,[19,20] y si los efectos de las intervenciones están mediados por cambios en prácticas de crianza y en las habilidades autorregulatorias emergentes en los niños. Infantes tan jóvenes como de 36 meses tienen la habilidad de usar estrategias metacognitivas para aliviar sus estados negativos de alteración. A medida que continúan su desarrollo en el jardín infantil, su uso de las estrategias de autorregulación se vuelve más sofisticado.[21,22] Por ello, el uso de las intervenciones psicosociales en este rango etario se muestra prometedor.

Resultados de la investigación reciente

Durante el periodo comprendido entre el prenatal y la primera infancia, las intervenciones tales como los programas de visitas de enfermeras a los hogares han demostrado reducir la

vulnerabilidad[23] emocional temprana de los niños y aminorar los comportamientos delictuales y el abuso de sustancias más tarde entre los grupos de alto riesgo,[24] aunque la naturaleza de los factores maternales de riesgo ha variado entre los estudios. En los años de la post-infancia, el entorno temprano de la educación infantil (por ejemplo: sala cuna, jardín infantil, transición) ofrece una oportunidad importante para identificar a la juventud en riesgo y proveer prevención y programas de intervención temprana. En la última década, una cantidad de intervenciones preventivas han sido desarrolladas y testeadas para su uso en los entornos de primera infancia para prevenir la agresividad crónica.[25]

Los programas universales de prevención buscan prevenir los problemas conductuales en los niños enseñándoles a todos los estudiantes del aula las competencias sociales y emocionales esenciales. El currículum “Promoviendo estrategias alternativas de pensamiento” (PATHS, por sus siglas en inglés) provee lecciones semanales en aula y actividades de extensión para mejorar la conciencia y el comportamiento socio-emocional de los niños en edad preescolar. En una prueba aleatoria con 246 niños en 20 aulas del programa “Head Start” (“Comienzo Temprano” o “Ventaja”), los niños expuestos al currículo de PATHS tenían mejores habilidades en el conocimiento de las emociones y fueron evaluados como socialmente más competentes y como menos retraídos socialmente al final del año escolar.[26] Cuando PATHS fue implementado junto con un currículum de lenguaje y alfabetización en un estudio separado en 44 salas de “Head Start”, se observaron disminuciones significativas en el comportamiento agresivo de los niños.[27]

Los programas focalizados de prevención buscan identificar a los niños con un riesgo elevado de comportamiento agresivo y alterar sus trayectorias de desarrollo enfocándose en factores de riesgo maleables. El programa de entrenamiento “Incredible Years” (“Años increíbles”)[28] fue diseñado originalmente como una intervención consistente de un entrenamiento para padres de niños con diagnósticos clínicos de “trastorno negativista desafiante” (también conocido como “trastorno de las ansias de libertad”) y “trastorno de la conducta”. Programas de intervención similares que han combinado talleres con los padres simultáneamente con programas de entrenamiento para niños entre 2 y 5 años en situación de alto riesgo y sus hermanos, y con instancias de actividades conjuntas para padres y niños, han resultado en una disminución de los comportamientos negativistas desafiantes, descenso en los castigos brutales por parte de los padres, y mejoras en la efectividad del disciplinamiento parental.[29] A raíz de ello, IY ha sido expandido para incluir componentes niño-profesor y ha sido evaluado para su uso como herramienta preventiva. Varias pruebas aleatorias de IY que han sido entregadas a profesores y

padres de Head Start,[30] han producido efectos favorables en la reducción de la desobediencia y los comportamientos negativos, y mejoras en las competencias parentales y los comportamientos prosociales de los niños.[28]

La Terapia de Interacción Padre-Hijo (PCIT por sus siglas en inglés) es otra forma de intervención temprana para niños en edad preescolar que presentan comportamientos agresivos. La PCIT y las intervenciones relacionadas con ésta[31] se involucran directamente en la díada padre-hijo.[32] Aunque la PCIT ha demostrado que produce mejoras sostenibles en las conductas de los niños y sus hermanos en casa y en la escuela, como también progresos en la crianza y el bienestar de los padres en una cantidad de estudios sobre tratamientos realizados por universidades, ésta no ha sido adaptada para el uso en aulas parvularias y otras instancias comunitarias.[32]

Vacíos en la investigación

A pesar de que ha emergido una cantidad de intervenciones preventivas que atacan los comportamientos agresivos en la primera infancia, todavía quedan muchos vacíos claves en la investigación. Primero, se necesitan más estudios de seguimiento a un más largo plazo para determinar mejor si es que los programas de prevención provistos en la primera infancia producen reducciones duraderas en los comportamientos agresivos de los niños. Boisjoli y su grupo[33] encontraron que los niños agresivos que participaron en una intervención preventiva multimodal en el kindergarten tenían mejores calificaciones en la escuela secundaria y en general menos antecedentes criminales comparados con el grupo de control en un seguimiento durante 15 años. Estos descubrimientos son bastante prometedores y sugieren que se necesitan estudios adicionales para continuar documentando el rango de los efectos a largo plazo de las intervenciones preventivas, como también para identificar los procesos de mediación entre padres e hijos que subyacen las reducciones de largo plazo en los comportamientos agresivos. Segundo, el entrenamiento de los padres es una característica crítica de la mayoría de las intervenciones preventivas contra la agresividad infantil. Sin embargo, comprometer a los padres de menores de alto riesgo en tales intervenciones puede representar un desafío significativo. Se requiere investigación adicional acerca de las estrategias necesarias para comprometer a las familias de alto riesgo y diseñar intervenciones que se ajusten a las necesidades de las familias, tal como el trabajo realizado por “Family Check-Up” (“Revisión familiar”).[34] Finalmente, se necesitan estudios futuros para examinar aspectos del proceso de entrenamiento y los sistemas que los realizan que pudiesen afectar la habilidad de estos programas de primera infancia para

proveer intervenciones preventivas efectivas y sostenidas contra la agresividad infantil.

Conclusiones

Intervenciones efectivas en los niveles de sala cuna y jardín infantil deben estar dirigidas a los mecanismos de riesgo activos conocidos que contribuyen a la persistencia del comportamiento agresivo, especialmente enfocarse en los comportamientos autorregulatorios de los niños y en las conductas de los padres. En la década pasada, la investigación realizada en las aulas ha evolucionado en programas de prevención universales y específicos para niños pequeños. Los programas de prevención universal para las instancias de jardín infantil y kindergarten han demostrado que los docentes pueden ser entrenados para asistir a los niños en el desarrollo de competencias sociales. Durante los años preescolares, las intervenciones psicosociales con los padres relacionadas con sus prácticas de crianza tienen efectos inmediatos tanto en las conductas de crianza como en los comportamientos agresivos y desobedientes de los niños. Se han desarrollado varios modelos de entrenamiento para la educación efectiva distintos, incluyendo talleres de entrenamiento para padres, reuniones grupales y acompañamiento durante las interacciones padre-hijo. El último tipo de programa padre-hijo, que involucra supervisión, ha sido usado más a menudo en situaciones clínicas o en intervenciones dirigidas a familias de alto riesgo que en servicios de prevención más masivos. Tales programas de crianza han sido combinados con otros realizados en el aula, enfocándose en el desarrollo socio-emocional.

Implicancias

Varias de las implicancias claves son evidentes para los padres, servicios y las políticas públicas. Primero, las escuelas debiesen evolucionar desde sólo ofrecer aprendizaje socio-emocional a los niños en edad preescolar, a incluir componentes estrechamente entrelazados que entreguen herramientas psico-educación y resolución colaborativa de problemas a los padres. Segundo, las tendencias innovativas que surjan después en la investigación para la intervención con niños agresivos mayores y con niños en edad preescolar debiesen adaptarse y adquirir flexibilidad, pero a la vez ser mantenerse fieles en su implementación. Las intervenciones basadas en investigación tienen mayor probabilidad de convertirse en los próximos años en una identificación de los factores de riesgo conocidos en cada familia, que luego se convertirá en una versión a medida de la intervención, en la que sólo porciones relevantes de dicha intervención serán entregadas, con el fin de atacar los factores de riesgo específicos identificados para un

niño en particular y su familia. Un contingente escogido para diseñar este tipo de intervenciones permitirá a los clínicos y al equipo de las escuelas e instituciones de educación parvularia adaptar las intervenciones con rapidez, y esto será especialmente evidente en las intervenciones para padres. Tercero, los programas que se ofrezcan a los padres no sólo debiesen ofrecer entrenamiento conductual a los padres diseñado para aumentar los beneficios para los padres y el precedente y consecuente control del comportamiento de los niños, si no que debería atacar más amplia y colaborativamente las expectativas de los padres en cuanto al desarrollo de sus hijos, reforzar la autorregulación emergente de los niños, el conocimiento de sus emociones y las habilidades de resolución de problemas que se están formando mediante el componente infantil de la intervención. Los padres (y los profesores) juegan un rol crucial en modelar y reforzar las estrategias de autorregulación. Cuarto, las instituciones de educación parvularia debiesen reconocer que involucrar a los padres en intervenciones preventivas requiere de planificación proactiva, y que a menudo se necesitan estrategias especializadas para captar a los padres. Quinto, la introducción de intervenciones basadas en investigación en las típicas instancias preescolares y de servicio público requiere de atención cuidadosa en la intensidad del entrenamiento que se requiere para el personal de los establecimientos, en las características de los entornos educativos y en el personal educativo mismo, para que se estimule la implementación de estos programas con gran calidad. Finalmente, en términos de políticas sociales, ya existe suficiente evidencia que estimule el desarrollo de programas de entrenamiento conductual de amplio alcance para padres de niños en edad parvularia.

Referencias

1. Foster EM, Jones D, Conduct problems prevention research group. The high costs of aggression: Public expenditures resulting from conduct disorder. *American Journal of Public Health* 2005;95(10):1767-1772.
2. Matthys W, Lochman JE. *Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood*. Oxford, England: Wiley-Blackwell; 2010.
3. Lochman JE, Wells KC. Contextual social-cognitive mediators and child outcome: A test of the theoretical model in the Coping Power Program. *Development and Psychopathology* 2002;14(4):971-993.
4. Campbell SB, Spieker S, Vandergrift N, Belsky J, Burchinal M. Predictors and sequelae of trajectories of physical aggression in school-age boys and girls. *Development and Psychopathology* 2010;22(1):133-150.
5. Shaw D, Gilliom M, Ingoldsby E, Nagin D. Trajectories leading to school-age conduct problems. *Developmental Psychology*. 2003;39(2):189-200.
6. Patterson GR, Reid JB, Dishion TJ. *A social learning approach. IV. Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia; 1992.
7. Bates JE, Pettit GS, Dodge KA, Ridge B. Interaction of temperamental resistance to control and restrictive parenting in the development of externalizing behavior. *Developmental Psychology* 1998;34(5):982-995.

©2012-2026 ABILIO | AGRESIVIDAD – AGRESIÓN

8. Rubin KH, Burgess KB, Hastings PD, Dwyer KM. Predicting preschoolers' externalizing behaviors from toddler temperament, conflict, and maternal negativity. *Developmental Psychology* 2003;39(1):164-176.

9. Shaw DS, Owens EB, Giovannelli J, Winslow EB. Infant and toddler pathways leading to early externalizing disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2001;40(1):36-43.

10. Arseneault L, Moffitt TE, Caspi A, Taylor A, Rijsdijk FV, Jaffee SR, Ablow JC, Measelle JR. Strong genetic effects on cross-situational antisocial behaviour among 5-year-old children according to mothers, teachers, examiner-observers, and twins' self-reports. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2003;44(6):832-848.

11. Kim-Cohen J, Caspi A, Taylor A, et al. MAOA, maltreatment, and gene-environment interaction predicting children's mental health: New evidence and a meta-analysis. *Molecular Psychiatry* 2006;11(10):903-913.

12. Stormshak EA, Bierman KL, McMahon RJ, Lengua LJ, the Conduct Problems Prevention Research Group. Parenting practices and child disruptive behavior problems in early elementary school. *Journal of Clinical Child Psychology* 2000;29(1):17-29.

13. Tiet QQ, Bird HR, Hoven CW, et al. Relationship between specific adverse life events and psychiatric disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2001;29(2):153-164.

14. Zelli A, Dodge KA, Lochman JE, Laird RD, the Conduct Problems Prevention Research Group. The distinction between beliefs legitimizing aggression and deviant processing of social cues: Testing measurement validity and the hypothesis that biased processing mediates the effects of beliefs on aggression. *Journal of Personality and Social Psychology* 1999;77(1):150-166

15. Campbell S. *Behavior problems in preschool children: Clinical and developmental issues*. 2nd ed. New York, NY: Guilford Press; 2002.

16. Hill A, Degnan K, Calkins S, Keane S. Profiles of externalizing behavior problems for boys and girls across preschool: The roles of emotion regulation and inattention. *Developmental Psychology* 2006;42(5):913-928.

17. Alink L, Mesman J, van IJzendoorn M, et al. The early childhood aggression curve: Development of physical aggression in 10- to 50-month-old children. *Child Development* 2006;77(4):954-966.

18. Leff S, Power T, Manz P, Costigan T, Nabors L. School-based aggression prevention programs for young children: Current status and implications for violence prevention. *School Psychology Review* 2001;30(3):344-362.

19. Hastings P, De I. Parasympathetic regulation and parental socialization of emotion: Biopsychosocial processes of adjustment in preschoolers. *Social Development* 2008;17(2):211-238.

20. Kidwell S, Barnett D. Adaptive emotion regulation among low-income African American children. *Merrill-Palmer Quarterly: Journal of Developmental Psychology* 2007;53(2):155-183.

21. Cole P, Dennis T, Smith-Simon K, Cohen L. Preschoolers' emotion regulation strategy understanding: Relations with emotion socialization and child self-regulation. *Social Development* 2009;18(2):324-352.

22. Davis E, Levine L, Lench H, Quas J. Metacognitive emotion regulation: Children's awareness that changing thoughts and goals can alleviate negative emotions. *Emotion* 2010;10(4):498-510.

23. Olds DL, Robinson J, O'Brien R, et al. Home visiting by paraprofessionals and by nurses: A randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2002;110(3):486-496.

24. Olds D, Henderson CR Jr, Cole R, et al. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *JAMA* 1998;280(14):1238-1244.

25. Ştefan C, Miclea M. Prevention programmes targeting emotional and social development in preschoolers: Current status and future directions. *Early Child Development and Care* 2010;180(8):1103-1128.

26. Domitrovich C, Cortes R, Greenberg M. Improving young children's social and emotional competence: A randomized trial of the preschool 'PATHS' curriculum. *The Journal of Primary Prevention* 2007;28(2):67-91.

27. Bierman K, Domitrovich C, Gill S, et al. Promoting academic and social-emotional school readiness: The Head Start REDI program. *Child Development* 2008;79(6):1802-1817.

28. Webster-Stratton C, Reid JM. The Incredible Years Parents, Teachers and Child Training Series: A multifaceted treatment approach for young children with conduct problems. In: Weisz JR, Kazdin AE, eds. *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2010:194-210.

29. Miller-Heyl J, MacPhee D, Fritz J. DARE to be You: A family-support, early prevention program. *Journal of Primary Prevention* 1998:18, 257–285.

30. Webster-Stratton C. Preventing conduct problems in head start children: strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1998;66(5):715-730.

31. Strayhorn JM, Weidman CS. Follow-up one year after parent-child interaction training: effect on behavior of preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1991;30(1):138-143.

32. Zisser A, Eyberg S. Parent-child interaction therapy and the treatment of disruptive behavior disorders. In: Weisz JR, Kazdin AE, eds. *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2010:179-193.

33. Boisjoli R, Vitaro F, Lacourse É, Barker E, Tremblay R. Impact and clinical significance of a preventive intervention for disruptive boys: 15-year follow-up. *British Journal of Psychiatry* 2007;191(5):415-419

34. Dishion T, Shaw D, Connell A, Gardner F, Weaver C, Wilson M. The Family Check-Up with high-risk indigent families: Preventing problem behavior by increasing parents' positive behavior support in early childhood. *Child Development* 2008;79(5):1395-1414.