[Archived] Intervenciones preventivas que reducen la agresión en niños pequeños

Celene E. Domitrovich, PhD, Mark T. Greenberg, PhD

Pennsylvania State University, EE.UU.

Junio 2003

Introducción

En los últimos cinco años, la prevención de trastornos de salud mental y la promoción de la salud mental se han incrementado significativamente en América del Norte y en el extranjero. En 1999, la Federación Mundial de Salud Mental y la Fundación Clifford Beers (en colaboración con el Carter Center) organizaron la Primera Conferencia mundial para la Promoción de la Salud Mental y la Prevención de Trastornos Mentales y de Comportamiento. En los Estados Unidos, el más reciente informe emitido por el Cirujano General de los Estados Unidos (*US Surgeon General*) se centró en el tema de la salud mental y enfatizó la importancia de la prevención.[1] Como la ciencia de la prevención se ha expandido y cada vez hay más intervenciones de comprobada efectividad para reducir el riesgo de trastornos de salud mental y la promoción de la salud, los gobiernos y las fundaciones privadas han cambiado sus prioridades de financiamiento hacia este tipo de programas. En consecuencia, ha aumentado la necesidad de contar con información precisa sobre las investigaciones, y han surgido numerosos informes, análisis y sistemas de clasificación para identificar estos programas y difundir la información al

©2003-2026 ABILIO | AGRESIVIDAD – AGRESIÓN

público.[2-4]

Materia

La agresión y el grupo de comportamientos negativos (como el comportamiento de oposición o destructivo) que típicamente la acompañan, componen los problemas de salud mental infantil más prevalentes y serios.5 En efecto, la agresión es a menudo la característica fundamental de los trastornos de oposición desafiantes y de conducta.[6,7] Muchos de los problemas societales más costosos y que más daño provocan (por ejemplo: la delincuencia, el consumo de sustancias y los trastornos mentales en adultos) se originan en problemas tempranos de conducta. Estos problemas, particularmente cuando surgen en la primera infancia, son extremadamente estables y predictivos de resultados desfavorables. En efecto, aproximadamente la mitad de los niños identificados con problemas conductuales durante la educación preescolar siguen mostrando este patrón conductual durante la niñez y al inicio de la adolescencia.[8,9]

Problemas

La agresión y los problemas de conducta en general son difíciles de prevenir porque están determinados por factores múltiples y están insertos en varios sistemas ecológicos (familia, grupo de pares, escuela). Los factores de riesgo asociados con estos problemas conductuales tienden a agruparse y los factores de riesgo de una etapa de desarrollo tienden a aumentar el riesgo en las fases subsiguientes.[10,11]

Aun cuando los factores de riesgo genético y biológico ciertamente aumentan el riesgo entre algunos niños, las condiciones ambientales contribuyen fuertemente a incrementar el riesgo de problemas infantiles de salud mental, incluyendo la agresión. La adversidad económica y social está directamente relacionada con el funcionamiento de los niños, pero también los afecta indirectamente a través de varios mecanismos, incluyendo la salud mental de los padres y las prácticas parentales.[12]

Los padres de niños con problemas conductuales tienden a presentar mayores dificultades en el manejo del comportamiento de sus hijos. Algunos padres son más relajados o inconsistentes en su disciplina, mientras que otros son especialmente hostiles y castigadores. Estos estilos también se encuentran mezclados. Muchos padres que muestran patrones disciplinarios marcadamente castigadores tienen relaciones con sus hijos que se describen como *ciclos coercitivos*. Estos patrones son especialmente dañinos para los niños porque refuerzan un patrón negativo de

comportamiento y les “enseñan” que la agresión y el comportamiento negativo son maneras efectivas de lograr objetivos personales.

Los niños que muestran niveles de agresión elevados, especialmente en más de un escenario, tienen más probabilidad de experimentar dificultades en la transición hacia la escuela y el proceso de aprendizaje. Tienen menos habilidades sociales y afectivas, lo cual los expone al rechazo por parte de sus pares. Su comportamiento negativo también afecta su habilidad para tener relaciones positivas con sus profesores. El comportamiento negativo, el compromiso débil y el rechazo de los adultos y de otros niños afectan el logro académico, que se transforma en un factor de riesgo agregado para los problemas de adaptación futuros.

Contexto de Investigación

Se han desarrollado algunas intervenciones preventivas centradas en los niños para reducir los problemas conductuales durante la escolaridad primaria, pero existen mucho menos intervenciones para niños menores de cinco años. La mayor parte de éstas se dirigen a niños en edad preescolar y a sus familias, debido a muchos factores. Por un lado, el comportamiento desafiante y agresivo en los niños de dos años aumenta, y es mucho más fácil evaluar estos comportamientos e identificar a los niños en riesgo una vez que han superado este período del desarrollo (aproximadamente a los 4 años). Además, el desarrollo cognitivo, lingüístico y emocional de éstos progresa notoriamente durante el período preescolar, razón por la cual en este momento se encuentran mejor preparados para aprender habilidades sociales y emocionales las cuales sirven de factores de protección contra el desarrollo o continuación de los patrones de comportamiento agresivo.

Es importante destacar que muchas intervenciones preventivas, especialmente aquellas centradas en mejorar las habilidades cognitivas de los niños, también han reducido la agresión infantil[13-19] Este logro secundario destaca la interconexión de los sistemas durante el periodo preescolar e ilustra cómo los factores de riesgo precoz están relacionados a múltiples resultados.

Preguntas Clave de Investigación

Las preguntas de investigación que se muestran a continuación han adquirido prioridad en el campo de la prevención:

1. Con base en los hallazgos logrados en las evaluaciones clínicas de ensayos aleatorios, ¿qué intervenciones han sido comprobadas efectivas para reducir problemas conductuales en niños pequeños?
2. En los estudios que evalúan estas intervenciones, ¿qué resultados proximales buscados por la intervención están relacionados con cambios en el comportamiento de largo plazo de los niños?
3. ¿Existen características específicas en los participantes o en quienes implementan la intervención que influyan en la naturaleza del resultado?

Resultados de Investigaciones Recientes

La presentación de un resumen exhaustivo de todos los programas comprobadamente efectivos para reducir la agresión en niños pequeños supera el alcance de este artículo. Por tanto, se sugiere a los lectores que examinen dos reseñas de la literatura.[20,21] En general, las intervenciones dirigidas a reducir la agresión corresponden a tres categorías:

1. Intervenciones enfocadas principalmente en los niños y que pretenden reducir el riesgo, mejorando las habilidades sociales, emocionales o cognitivas.
2. Intervenciones que mejoran el comportamiento de los padres, las habilidades de crianza de los padres, o la calidad de la relación entre padres e hijos.
3. Intervenciones de componentes múltiples que integran varias intervenciones y están dirigidas a contextos múltiples. Se describirá un ejemplo de cada tipo de programa:

Programas Enfocados en el Niño

Muy pocos programas centrados en el niño se ofrecen solos. Como mínimo, la mayoría incluye además un componente para padres. En general, las intervenciones infantiles se imparten como programas universales dentro de salas de clases, o como intervenciones dirigidas a grupos pequeños de niños. Por lo general, enseñan a los niños habilidades (sociales, emocionales o de resolución de problemas) o usan sistemas de contingencia para alterar su comportamiento. Uno de los programas más conocidos es un currículo para la resolución de problemas llamado *I Can Problem Solve (Yo puedo resolver problemas)*[22-25] Este programa fue evaluado en un ensayo clínico con una muestra de niños en edad preescolar y escolar. Quienes fueron sometidos a la intervención generaron más soluciones efectivas a los problemas y exhibieron menos comportamientos disruptivos.[26]

Programas Enfocados en los Padres

Puesto que los factores familiares de riesgo contribuyen al desarrollo de la agresión infantil, existe una fuerte tradición de trabajar con los padres para mejorar sus prácticas parentales.[27-29] Los programas de entrenamiento de padres se imparten habitualmente en pequeños grupos. Un programa que ha sido ampliamente investigado es el llamado *Incredible Years Training for Parents (Entrenamiento para Padres para los Años Increíbles)*.[30] Este programa es singular porque usa videos y materiales impresos para fomentar relaciones positivas entre padres e hijos, enseña a los padres a usar estrategias de disciplina positiva y les ayuda a aprender a apoyar el aprendizaje y los logros de sus hijos. En una evaluación de ensayo clínico, una muestra de padres del programa *Head Start* participó en el programa.[31] Los resultados indicaron que los hijos de padres que participaron en la intervención mostraban menos problemas conductuales, eran menos negativos, y demostraban más afecto positivo al final del programa y un año después.

Programas de componentes múltiples

A pesar que los programas dirigidos a un solo ámbito son importantes y útiles, no son tan efectivos como las intervenciones con componentes múltiples que abarcan un conjunto de estrategias para tratar múltiples fuentes de riesgo. Un ejemplo de una intervención de componentes múltiples efectiva para reducir la agresión infantil es el programa *First Steps* (Primeros Pasos).[32] Este programa incluye un proceso integral de selección que identifica a los niños con fuertes problemas conductuales desde el jardín escolar (*kindergarten*). La intervención consiste en un componente de educación para padres y un componente de entrenamiento de habilidades para los niños. Al evaluar el programa, los profesores describieron a los niños de la intervención como menos agresivos en la evaluación *post-test* y en las etapas de seguimiento, cuando éstos cursaban el primer grado (primero básico)[32]

Conclusiones

El campo de la prevención está creciendo a pasos acelerados. La evidencia acumulada muestra que los factores de riesgo para una variedad de trastornos de salud mental pueden reducirse por medio de la prevención.[33] En general, se ha prestado más atención a la prevención de problemas de conducta que a la prevención de comportamientos asociados a trastornos internalizantes (por ejemplo: ansiedad). A pesar de esto, los esfuerzos preventivos han producido resultados modestos y muy pocos estudios han demostrado una prevalencia reducida de los trastornos.

Además, gran parte de las intervenciones preventivas dirigidas a niños con problemas conductuales, ha sido diseñada para aquéllos que cursan la educación primaria, y no para niños más pequeños. Los resultados más robustos se han encontrado en los programas de componentes múltiples dirigidos a múltiples ámbitos cambiando así los sistemas y los contextos, así como los individuos y las unidades familiares.

Implicaciones

Las tres palabras que mejor describen el futuro de la prevención en este ámbito son: *creación, repetición e implementación.* Puesto que los problemas de comportamiento desde la edad preescolar en adelante se mantienen bastante estables, es necesario desarrollar y evaluar estrategias adicionales para reducir los problemas de agresión y conducta infantil en ensayos de alta calidad con muestras de tamaños que representen a comunidades diversas. De los programas desarrollados, pocos han sido repetidos o evaluados por un investigador que no sea quien los desarrolló. Éste es un paso crucial que se debe seguir después de establecer la eficiencia de una intervención mediante un ensayo clínico inicial. Sin este tipo de investigación como base para cada programa, es difícil llegar a conclusiones sólidas e irrefutables sobre su eficacia. Dadas las fuertes interconexiones entre desarrollo cognitivo, lingüístico y social, el desarrollo de modelos de currículos preescolares que integren programas basados en evidencia científica en los ámbitos cognitivos, de lectoescritura, lenguaje y aprendizaje socioemocional, es muy prometedor.

Para terminar, mientras más conciencia tengan los profesores de la importancia de los programas basados en la evidencia científica, más crecerá la demanda por estas intervenciones. Mientras más difundidas las intervenciones en la comunidad, más necesidad existirá de investigar e implementarlas. La fiel implementación del programa es crucial para asegurar la presencia de los elementos esenciales de una intervención. No obstante, los profesionales también requieren ser capaces de adaptar las intervenciones a las necesidades de los distintos escenarios en los cuales trabajan y a los participantes del programa. Este tipo de decisiones deberán ser orientadas por la investigación. Pero, a la fecha, muy pocas intervenciones de este tipo han sido evaluadas integralmente.

Referencias

1. United States. Public Health Service. Office of the Surgeon General. *Youth Violence: a Report of the Surgeon General.* Washington, DC: US Dept of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General; 2001.
2. *Safe schools, safe students: A guide to violence prevention strategies.* Washington, DC: Drug strategies; 1998.

3. Thornton TN, Craft CA, Dahlberg LL, Lynch BS, Baer K, eds. *Best practices of youth violence prevention: A sourcebook for community action*. Atlanta, Ga: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2002. Available at: http://www.cdc.gov/ncipc/dvp/bestpractices.htm Accessed August 05, 2003.
4. Sylvia S, Thorne JT. *School-based drug prevention programs: A longitudinal study in selected school districts. Technical report.* Research Triangle Institute: Research Triangle Park, NC; 1997. Publication #ED416432.
5. Costello EJ, guest ed. Developments in child psychiatric epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1989;28(6 Special Issue).
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition* (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
7. Campbell SB, Ewing LJ. Follow-up of hard-to-manage preschoolers: Adjustment at age 9 and predictors of continuing symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1990;31(6):871-889.
8. Tremblay RE, Pihl RO, Vitaro F, Dobkin PL. Predicting early onset of male antisocial behavior from preschool behavior. *Archives of General Psychiatry* 1994;51(9):732-739.
9. Robins LN. Sturdy childhood predictors of adult antisocial behaviour: Replications from longitudinal studies. *Psychological Medicine* 1978;8(4):611-622.
10. Conduct Problems Prevention Research Group. A developmental and clinical model for the prevention of conduct disorders: The FAST Track Program. *Development and Psychopathology* 1992;4(4):509-527.
11. Reid JB, Eddy JM. The prevention of antisocial behavior: Some considerations in the search for effective interventions. In: Stoff DM, Breiling J, Maser JD, eds. *Handbook of antisocial behavior*. New York, NY: J. Wiley & Sons; 1997:343-356.
12. Brooks-Gunn J, Duncan GJ. The effects of poverty on children. *Future of Children* 1997;7(2):55-71.
13. Berrueta-Clement JR, Schweinhart LJ, Barnett WS, Epstein AS, Weikart DP. *Changed lives: The effects of the Perry Preschool Program on youth through age 19*. Ypsilanti, Mich: High/Scope Press; 1984.
14. Brooks-Gunn J, Klebanov PK, Liaw F, Spiker D. Enhancing the development of low-birthweight, premature infants: Changes in cognition and behavior over the first three years. *Child Development* 1993;64(3):736-753.
15. Campbell FA, Ramey CT. Effects of early intervention on intellectual and academic achievement: A follow-up study of children from low-income families. *Child Development* 1994;65(2):684-698.
16. Johnson DL, Walker T. Primary prevention of behavior problems in Mexican-American children. *American Journal of Community Psychology* 1987;15(4):375-385.
17. McCarton CM, Brooks-Gunn J, Wallace IF, Bauer CR. Results at age 8 years of arly intervention for low-birth-weight premature infants: The infant health and development program. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1997;277(2):126-132.
18. Schweinhart LJ, Weikart DP, Larner MB. Consequences of three preschool curriculum models through age 15. *Early Childhood Research Quarterly* 1986;1(1):15-45.
19. Schweinhart LJ, Weikart DP. The High/Scope Preschool Curriculum Comparison study through age 23. *Early Childhood Research Quarterly* 1997;12(2):117-143.
20. Bryant D, Vizzard LH, Willoughby M, Kupersmidt J. A review of interventions for preschoolers with aggressive and disruptive behavior. *Early Education & Development* 1999;10(1):47-68.
21. Olds D, Robinson J, Song N, Little C, Hill P. *Reducing the risks for mental disorders during the first five years of life: A review of preventive interventions.* Report submitted to the Center for Mental Health Services (SAMHSA). Denver, Colo: Prevention Research Center for Family and Child Health, University of Colorado Health Sciences Center; 1999.

22. Shure MB. *Preschool*. Champaign, Ill: Research Press; 1992. *I Can Problem Solve (ICPS): an Interpersonal Cognitive Problem-Solving Program*.

23. Shure MB. *Kindergarten and primary grades.* Champaign, Ill: Research Press; 1992. *I Can Problem Solve (ICPS): an Interpersonal Cognitive Problem-Solving Program*.

24. Shure MB. *Intermediate elementary grades.* Champaign, Ill: Research Press; 1992. *I Can Problem Solve (ICPS): an Interpersonal Cognitive Problem-Solving Program*.

25. Shure MB, Spivack G. Interpersonal problem solving as a mediator of behavioral adjustment in preschool and kindergarten children. *Journal of Applied Developmental Psychology* 1980;1(1):29-44.

26. Shure MB, Spivack G. Interpersonal problem solving in young children: a cognitive approach to prevention. *American Journal of Community Psychology* 1982;10(3):341-356.

27. Forehand R, Breiner J, McMahon RJ, Davies G. Predictors of cross setting behavior change in the treatment of child problems. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry* 1981;12(4):311-313.

28. Patterson GR, Chamberlain P, Reid JB. A comparative evaluation of a parent-training program. *Behavior Therapy* 1982;13(5):638-650.

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

30. Webster-Stratton C, Mihalic S, Fagan A, Arnold D, Taylor T, Tingley C. *The Incredible Years: Parent, Teacher And Child Training Series* (IYS). Boulder: Center for the Study and Prevention of Violence Institute of Behavioral Science, University of Colorado at Boulder; 2001. Blueprints for Violence Prevention, Book Eleven.

31. Webster-Stratton C. Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 1998;66(5):715-730.

32. Walker HM, Kavanagh K, Stiller B, Golly A, Severson HH, Feil EG. First step to success: an early intervention approach for preventing school antisocial behavior. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 1998;6(2):66-80.

33. Greenberg MT, Domitrovich C, Bumbarger B. *Effectiveness of Prevention Programs for Mental Disorders in School-Age Children*. Eric Report EDRS: 2000. AN:ED464464.