

[Archived] La agresión en niños pequeños. Servicios que han comprobado su efectividad para reducir la agresión

Carolyn Webster-Stratton, PhD

University of Washington, EE.UU.

Septiembre 2005, Éd. rév.

Introducción

La agresión infantil está en aumento – y a edades cada vez más tempranas.¹ El avance en el desarrollo de agresión infantil sugiere que la propensión a la agresión física y a la conducta de oposición se encuentra en su grado más alto a la edad de dos años.² Por lo general, a medida que los niños se desarrollan, la agresión comienza a disminuir cada año, hasta alcanzar un nivel relativamente bajo antes del ingreso a la escuela (entre cinco y seis años de edad). No obstante, para algunos niños pequeños, los niveles de comportamiento agresivo siguen altos y eventualmente se reflejan en un diagnóstico de Trastorno de Oposición Desafiante (TOD), o en la aparición temprana de Trastornos de Conducta (TC). Estas “etiquetas” se refieren a un conjunto de comportamientos disruptivos y antisociales que incorporan altos grados de oposición, actitudes

desafiantes y agresivas. Los estudios indican que entre el 7-20% de los niños cumplen con los criterios diagnósticos de TOD y/o TC y este porcentaje puede subir hasta un 35% en pequeños que provienen de familias de bajos ingresos o que dependen de servicios de bienestar social (ayuda financiera).³

Materia

La investigación sobre prevención y tratamiento de la agresión es de suma importancia porque la aparición temprana de estos trastornos (TOD/TC) en niños preescolares permanece estable en el tiempo y aparece como el factor de riesgo conductual más importante que predice el comportamiento antisocial en los niños durante la adolescencia.^{4,5} Específicamente, se ha encontrado reiteradamente que las conductas de agresión física en niños mayores de tres años predicen el desarrollo de delincuencia juvenil violenta y el abuso de drogas durante la adolescencia,⁶ además de los índices de depresión y de deserción escolar.⁷ Hay hipótesis que plantean que en la ausencia de intervención, las tendencias agresivas que comienzan a temprana edad en los niños pueden *crystalizarse* hacia la edad de 8 años.⁸ En ese momento de la vida, los problemas de aprendizaje y de conducta pueden volverse menos sensibles a la intervención y más susceptibles a transformarse en un trastorno crónico.⁹ Puesto que el tratamiento de la agresión se hace cada vez más difícil y más oneroso a medida que los niños crecen, parece más pragmático y rentable ofrecer tratamientos y concentrar los esfuerzos de prevención durante los primeros años y en los niños preescolares. Desgraciadamente, las proyecciones recientes sugieren que menos de 10% de los niños en edad escolar (e incluso menos para los niños en edad preescolar) que necesitan atención debido a sus comportamientos agresivos la reciben.¹⁰ Además, menos de la mitad de este grupo recibe intervenciones *empíricamente validadas*.¹¹

Problemas

Los factores de riesgo relativos a la familia, los padres, los profesores, la escuela, y a los mismos niños, se han asociado al desarrollo de problemas conductuales en niños pequeños. Los bajos niveles de ingreso y educación, alto nivel de estrés familiar, familias mono parentales, los conflictos conyugales, la depresión de la madre, y el abuso de drogas de los padres son todos factores de riesgo particularmente elevados para el desarrollo de comportamientos agresivos en niños. Los comportamientos inconsistentes, críticos, abusadores y no comprometidos de los padres o profesores también constituyen importantes factores de riesgo para el desarrollo y mantención de conductas agresivas en los niños, tanto en el hogar como en las aulas. Los niños

que son temperamentalmente más impulsivos, distraídos, e hiperactivos generalmente reciben menos atención y apoyo, y más castigos de parte de padres y profesores. Además experimentan mayor rechazo de parte de sus pares y aislamiento social en la escuela. Dichas respuestas de los adultos y compañeros aumentan el riesgo de los niños de desarrollar una agresión cada vez mayor. Lamentablemente, el riesgo de tener permanentes problemas de agresión y conducta parece incrementarse exponencialmente con la exposición de los niños a cada factor de riesgo adicional.¹²

Contexto de Investigación

La investigación ha comenzado a evaluar tratamientos diseñados para reducir y prevenir el desarrollo permanente de la agresión y promover la competencia social y emocional en los niños pequeños. Tales esfuerzos también pueden considerarse como estrategias para reducir el surgimiento de la delincuencia, del consumo de sustancias y de la violencia en los años posteriores. Estos tratamientos se han dirigido a varios grupos de factores de riesgo nombrados anteriormente. Los programas de capacitación para padres, que representan el fuerte de la investigación, han sido diseñados para ayudar a contrarrestar los factores de riesgo familiar y parental, al enseñar a los padres estrategias de disciplina positivas y no violentas y enfoques parentales que promueven la competencia social y emocional y reducen los comportamientos agresivos. Un segundo enfoque de tratamiento lo constituyen las intervenciones centradas en los niños, diseñadas para mejorar directamente las habilidades sociales, emocionales y cognitivas de los niños al enseñar habilidades sociales apropiadas, maneras efectivas de resolver problemas, manejo del coraje y lenguaje emocional. Un tercer enfoque consiste en capacitar a los profesores para implementar estrategias efectivas de manejo de aula, para reducir la agresión en la clase y fortalecer las competencias sociales, emocionales y escolares.

Aun cuando existen muchas intervenciones que tratan estos factores de riesgo, relativamente pocos estudios bien diseñados, aleatorios y con grupos de control se han realizado con niños menores de seis años con problemas de comportamiento agresivo (TOD/TC). Además, es difícil encontrar evaluaciones de tratamientos para padres, niños o profesores de niños pequeños que tengan como objetivo principal reducir la agresión (el factor de riesgo que se sabe está relacionado con la delincuencia posterior). Últimamente han surgido más tratamientos multimodales, los cuales combinan diferentes intervenciones, basadas en el niño, los padres, o la clase, y varios estudios sugieren que abordando dos o más factores de riesgo produce mejores resultados para los niños.^{13,14}

Preguntas Clave de Investigación

Debido al gran número de niños pequeños con problemas de comportamiento agresivo o delincuente, ¿es importante evaluar los tratamientos más eficientes, efectivos y rentables? ¿A quiénes benefician las intervenciones con padres, niños y salas de clase que buscan reducir la agresión y promover la competencia social, y bajo qué condiciones? ¿Son necesarios todos estos enfoques o será uno suficiente a esta edad? ¿Cuáles son los efectos a largo plazo de estos tratamientos? ¿Existen factores de riesgo propios de los niños, la familia o la clase que moderen el resultado de estas intervenciones?

Resultados de Investigaciones Recientes

Claramente existen menos estudios sobre tratamientos con niños preescolares diagnosticados con TOD/TC que con niños de edad escolar. Las evaluaciones que se han realizado sugieren que el entrenamiento de los padres es el tratamiento más efectivo para reducir la agresión en niños pequeños (entre 2-5 años). Aproximadamente 2/3 de los niños que padecen TOD/TC pueden ser conducidos a un rango normal de agresión y competencia social conforme a mediciones estandarizadas, y estos resultados persisten entre uno y cuatro años más tarde. Los estudios de grupos aleatorios de control han mostrado resultados significativos en cuatro programas con padres: Terapia de Interacción Padre(Madre)-Niño(a),¹⁵ Adaptación,¹⁶ Años Increíbles,¹⁷ y Ayudando al Niño Desobediente.¹⁸ Con respecto a las destrezas sociales, control emocional y tratamientos para la resolución de problemas, sólo dos estudios con grupos de control dentro de este grupo etario redujeron la agresión y/o promovieron competencia emocional en los niños diagnosticados con problemas conductuales (por ejemplo, El Currículo del Dinosaurio de Los Años Increíbles (Incredible Years' Dinosaur Curriculum).^{13,14,19,20} Por tanto, el entrenamiento infantil es auspicioso, pero se requieren más estudios. Tres programas de capacitación de profesores redujeron la agresión entre compañeros de clase en comparación con los grupos de control. Estos programas incluyen CLASS,²¹ PASS,²² y el Programa de Capacitación de Profesores de *Incredible Years*.^{23,24} Otros programas de capacitación de profesores con niños en edad escolar (entre 6- 12 años) han mostrado mejorías significativas en los comportamientos agresivos. (Por ejemplo, ref. 25).

Conclusiones

La edad preescolar es al parecer un período crucial para reducir o cristalizar la agresión. Lamentablemente, la mayor parte de los programas de intervención para conductas agresivas se aplican durante la edad escolar o adolescencia. Estos programas llegan demasiado tarde en el proceso de desarrollo de la agresión. Efectivamente, ya que la socialización de la agresión acontece durante la edad preescolar, se esperaría que dichos programas tuviesen sus mayores impactos en los niños durante ese período. Los tratamientos empíricamente validados para niños preescolares con problemas de comportamiento agresivo mencionados anteriormente sugieren que el trabajo conjunto con los padres, profesores y los propios niños, puede perfeccionar la competencia emocional y reducir la aparición temprana de la agresión de manera significativa, con resultados sostenidos. Por tanto, con una intervención temprana es posible corregir la trayectoria de los problemas tempranos de conducta que conducen a la delincuencia durante la adolescencia y al comportamiento antisocial en la adultez.

Implicaciones

Con este fin, se deben adoptar las siguientes precauciones:

- Invertir en intervenciones con los padres, empíricamente validadas y que hayan demostrado su capacidad para reducir la agresión en niños pequeños menores de seis años. Poner éstas a disposición de poblaciones de alto riesgo cuyos niños presentan problemas de comportamiento agresivo.
- Asegurar que cada niño que asista a una sala cuna (guardería) o jardín infantil cuente con un educador que haya recibido formación en estrategias de manejo de aula y en habilidades para las relaciones, basadas en investigaciones rigurosas,.
- En el caso de niños de bajos ingresos que asisten a jardines infantiles o salas cuna (guarderías), enfocarse en intervenciones empíricamente validadas diseñadas para fortalecer las habilidades sociales y emocionales.
- En el caso de niños de alto riesgo con problemas de comportamiento agresivo, prestar atención a las intervenciones empíricamente validadas dirigidas a factores múltiples de riesgo, incluyendo padres, profesores y niños.

Referencias

1. Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin* 1992;112(1):64-105.
2. Tremblay RE, Japel C, Perusse D, McDuff P, Boivin M, Zoccolillo M, Montplaisir J. The search for the age of 'onset' of physical aggression: Rousseau and Bandura revisited. *Criminal Behaviour and Mental Health* 1999;9(1):8-23.

3. Webster-Stratton C, Hammond M. Conduct problems and level of social competence in Head Start children: Prevalence, pervasiveness, and associated risk factors. *Clinical Child and Family Psychology Review* 1998;1(2):101-124.
4. Moffitt TE. Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review* 1993;100(4):674-701.
5. Yoshikawa H. Prevention as cumulative protection: Effects of early family support and education on chronic delinquency and its risks. *Psychological Bulletin* 1994;115(1):28-54.
6. White JL, Moffitt TE, Earls F, Robins L, Silva PA. How early can we tell? Predictors of childhood conduct disorder and adolescent delinquency. *Criminology* 1990;28(4):507-533.
7. Kazdin AE. *Conduct disorders in childhood and adolescence*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1995.
8. Eron LD. Understanding aggression. *Bulletin of the International Society for Research on Aggression* 1990;12:5-9.
9. Bullis M, Walker HM, eds. *Comprehensive school-based systems for troubled youth*. Eugene, Ore: University of Oregon, Center on Human Development; 1994.
10. Kazdin AE, Kendall PC. Current progress and future plans for developing effective treatments: Comments and perspectives. *Journal of Clinical Child Psychology* 1998;27(2):217-226.
11. Chambless DL, Hollon SD. Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1998;66(1):7-18.
12. Coie JD, Watt NF, West SG, Hawkins JD, Asarnow JR, Markman HJ, Ramey SL, Shure MB, Long B. The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist* 1993;48(10):1013-1022.
13. Webster-Stratton C, Hammond M. Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1997;65(1):93-109.
14. Webster-Stratton C, Reid MJ, Hammond M. Treating children with early-onset conduct problems: Intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2004;33(1):105-124.
15. Eyberg SM, Boggs SR, Algina J. Parent-child interaction therapy: A psychosocial model for the treatment of young children with conduct problem behavior and their families. *Psychopharmacology Bulletin* 1995;31(1):83-91.
16. Cunningham CE, Bremner R, Boyle M. Large group community-based parenting programs for families of preschoolers at risk for disruptive behaviour disorders: Utilization, cost effectiveness, and outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1995;36(7):1141-1159.
17. Webster-Stratton C, Mihalic S, Fagan A, Arnold D, Taylor TK, Tingley C. *The incredible years: Parent, teacher, and child training series*. Boulder, Colo: Center for the Study and Prevention of Violence; 2001. Blueprints for Violence Prevention Series, Book Eleven, BP-011.
18. Forehand R, Rogers T, McMahon RJ, Wells KC, Griest, DL. Teaching parents to modify child behavior problems: An examination of some follow-up data. *Journal of Pediatric Psychology* 1981;6(3):313-322.
19. Webster-Stratton C, Reid MJ, Hammond M. Social skills and problem solving training for children with early-onset conduct problems: Who benefits? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2001;42(7):943-952.
20. Shure MB. Interpersonal cognitive problem solving: Primary prevention of early high-risk behaviors in the preschool and primary years. In: Albee GW, Gullotta TP, eds. *Primary prevention works*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 1997;6:167-188.
21. Hops H, Walker HM, Fleischman DH, Nagoshi JT, Omura RT, Skindrud K, Taylor J. CLASS: A standardized in-class program for acting-out children. II. Field test evaluations. *Journal of Educational Psychology* 1978;70(4):636-644.

22. Greenwood CR, Hops H, Walker HM, Guild JJ, Stokes J, Young KR, Keleman KS, Willardson M. Standardized classroom management program: Social validation and replication studies in Utah and Oregon. *Journal of Applied Behavior Analysis* 1979;12(2):235-253.
23. Reid MJ, Webster-Stratton C, Hammond M. Follow-up of children who received the Incredible Years Intervention for Oppositional Defiant Disorder: Maintenance and prediction of 2-year outcome. *Journal of Abnormal Child Psychology*. In press.
24. Webster-Stratton C, Reid MJ, Hammond M. Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in Head Start. *Journal of Clinical Child Psychology* 2001;30(3):283-302.
25. Kellam SG, Ling XG, Merisca R, Brown CH, Ialongo N. The effect of the level of aggression in the first grade classroom on the course and malleability of aggressive behavior into middle school. *Development and Psychopathology* 1998;10(2):165-185.