

01964

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

"EVALUACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS DE NIÑOS QUE PRESENTAN CONDUCTA AGRESIVA"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA
GENERAL EXPERIMENTAL
P R E S E N T A :
GABRIELA ROMERO GARCÍA

DIRECTOR DE TESIS: MTRO. JORGE O. MOLINA AVILÉS

COMITÉ DE TESIS: DR. JAVIER NIETO GUTIÉRREZ

MTRO. HORACIO QUIROGA ANAYA

MTRA. ANA MARÍA BAÑUELOS MARQUEZ

MTRO. ARTURO MARTINEZ LARA



MÉXICO, D. F.

2005

m344067



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**“EVALUACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES DE SOLUCIÓN DE
PROBLEMAS DE NIÑOS QUE PRESENTAN CONDUCTA AGRESIVA”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGÍA GENERAL EXPERIMENTAL

PRESENTA:

GABRIELA ROMERO GARCÍA

DIRECTOR DE TESIS: MTRO. JORGE O. MOLINA AVILÉS

**COMITÉ DE TESIS: DR. JAVIER NIETO GUTIÉRREZ
MTRO. HORACIO QUIROGA ANAYA
MTRA. ANA MARÍA BAÑUELOS MÁRQUEZ
MTRO. ARTURO MARTÍNEZ LARA**

MÉXICO, D.F.

2005

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

A mis padres con mucho amor, agradecimiento y admiración.

A mis hermanos Pera, Rosi, Lupita, Federico, Ale y Vero por todo su cariño y apoyo.

A Elo con mucho cariño por ser mucho más que mi gran amiga.

A Alfonso por tu confianza y entrega, pero sobre todo por ser mi gran amigo.

A Karina por ser tan buena amiga y casi una hermana.

A Mario por compartir conmigo tantos buenos momentos salpicados de tu gran pasión por la vida.

A Omar por los tiempos de gloria.

Al Mtro. Jorge Molina por su confianza y apoyo en la conclusión de este trabajo.

A los miembros del comité: Dr. Javier Nieto, Mtro. Horacio Quiroga, Mtra. Ana Ma. Bañuelos y Mtro. Arturo Martínez por sus valiosas aportaciones al presente trabajo.

Al Dr. Héctor Ayala por ser un gran pilar en mi formación académica.

A los niños participantes en el estudio, quienes hicieron posible este trabajo.

A Maru, Moni, Ale y Alex por su valioso esfuerzo y colaboración en el piloteo y en la instrumentación del programa.

Índice

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO 1. CONDUCTA AGRESIVA INFANTIL.....	4
1.1 Definición de conducta agresiva y antisocial.....	4
1.2 Teorías sobre comportamiento agresivo.....	5
1.3 Estabilidad de la conducta agresiva y antisocial.....	8
1.4 Características de los niños agresivos y antisociales.....	8
1.4.1 Síntomas y síndrome.....	8
1.4.2 Variaciones por edad y género.....	8
1.5 Secuencia y progresión de las conductas agresivas y antisociales.....	9
1.6 Principales factores de riesgo.....	9
1.6.1 Factores propios de los padres y de la familia.....	9
1.6.2 Rendimiento académico e intelectual.....	11
1.6.3 Factores genético/ambientales.....	12
1.7 Tratamiento de la conducta agresiva y antisocial.....	13
1.7.1 Tratamiento de la conducta agresiva y antisocial enfocada en el niño...	15
1.7.2 Entrenamiento en habilidades sociales.....	17
1.7.3 Procedimientos de relajación.....	17
1.7.4 Entrenamiento en habilidades de solución de problemas.....	19
CAPÍTULO 2. ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	21
2.1 Antecedentes históricos.....	21
2.2 Definiciones.....	22
2.3 El proceso de solución de problemas.....	23
2.4 Estrategias de evaluación de la solución de problemas.....	26

2.5 Aplicaciones.....	26
2.6 Aplicación del entrenamiento de solución de problemas a niños que presentan conducta agresiva.....	27
CAPÍTULO 3.	29
MÉTODO.....	
3.1 Diseño.....	29
3.2 Sujetos.....	29
3.3 Escenario.....	29
3.4 Materiales.....	30
3.5 Instrumentos.....	30
3.6 Registros.....	31
3.7 Listas de Cotejo.....	31
3.8 Situaciones Analógicas.....	32
3.9 Procedimiento.....	33
CAPÍTULO 4. RESULTADOS	37
CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	47
REFERENCIAS.....	52
ANEXOS	

"EVALUACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS DE NIÑOS QUE PRESENTAN CONDUCTA AGRESIVA"

RESUMEN

En nuestro país la participación de niños y adolescentes en la comisión de delitos violentos ha mostrado un crecimiento importante, por lo cual resulta urgente dirigir la atención al desarrollo de programas de prevención y tratamiento que incidan en esta problemática, ya que numerosos autores señalan que los niños con problemas de agresividad están en riesgo de convertirse en delincuentes en la adolescencia. Entre las diversas intervenciones desarrolladas con este fin, se reporta al entrenamiento en habilidades de solución de problemas como una de las más efectivas en el tratamiento de la conducta agresiva infantil. El objetivo de este trabajo consistió en desarrollar e instrumentar un programa de entrenamiento en habilidades de solución de problemas en niños de 10 a 12 años de edad que presentaban conducta agresiva. Se evaluó de manera individual sus habilidades de solución de problemas mediante situaciones analógicas, y se llevó a cabo el registro de su conducta a manera de línea base. La fase de intervención tuvo una duración de 8 sesiones, se aplicó de manera grupal y estuvo conformada por los siguientes componentes: técnicas de relajación, habilidades de comunicación y habilidades de solución de problemas. Se realizó una fase de seguimiento a 15, 30 y a 90 días después de haber concluido el tratamiento. Los resultados se analizaron mediante inferencia visual de los datos obtenidos durante la línea base, la fase de intervención y el seguimiento, y muestran un decremento notable en la conducta agresiva de los niños, así como un incremento en sus habilidades de solución de problemas, los cuales se mantienen durante el seguimiento.

INTRODUCCIÓN

Actualmente en nuestro país existe un aumento en la delincuencia y la violencia, y específicamente en el número de delitos en los cuales se encuentran implicados niños y adolescentes. De acuerdo con las estadísticas del Consejo de Menores del Distrito Federal, en el año 2003 se reportaron un total de 3 506 ingresos de menores por diversos delitos, los cuales la en su mayoría se cometieron con uso de violencia, por lo cual resulta de suma importancia estudiar el desarrollo de la conducta delictiva de los niños, teniendo como objetivo primordial prevenir y tratar este gran problema que de manera general afecta a la sociedad.

La información de tipo psicológico existente sobre este fenómeno, está basada en numerosos estudios centrados en el desarrollo de la delincuencia juvenil, el comportamiento antisocial y la conducta agresiva. En general, los resultados de dichos estudios señalan que la delincuencia es el resultado de un proceso que tiene su inicio en la infancia, dado que los niños reportados con problemas de conducta y especialmente de agresividad, aunada a factores como la falta de supervisión por parte de los padres o problemas de los mismos para manejar la conducta de sus hijos, tienen una probabilidad alta de convertirse en delincuentes en la adolescencia (Webster-Stratton & Reid, 2003; Henggeler & Sheidow, 2003; Caprara, Barbaranelli & Pastorelli, 2001; Farrington, 1991; Pepler & Rubin, 1991; Robins & Rutter, 1990; Eron 1990; Farnworth, Shweinhart & Berrueta-Clement, 1985; Spivack, Marcus & Swift, 1986; West & Farrington, 1973).

Por otro lado, también existen datos que indican que estas prácticas de crianza disruptivas que son factores próximos al desarrollo de la conducta agresiva y antisocial, pueden cambiarse a través de acciones terapéuticas que incidan en la reducción de la conducta agresiva infantil y en la prevención de patrones antisociales (Webster-Stratton & Reid, 2003; Patterson, De Garmo, & Knutson, 2000; Ayala & Barragán, 1997; Patterson, 1982). Son numerosos los estudios que se han llevado a cabo para tratar y prevenir este problema, sin embargo, sus efectos a largo plazo no se han constatado y

no se ha podido tener una verdadera valoración del impacto de estas intervenciones en modificar el curso de desarrollo de la conducta antisocial (Nagin & Tremblay, 1999; Gorman-Smith y cols., 1998; Kelley y cols. 1997 en Henggeler & Sheidow 2003; Kazdin, 1993), por lo que se plantea la adopción de estudios longitudinales que permitan hacer una evaluación de los efectos de tratamiento a largo plazo.

En nuestro país, recientemente se llevó a cabo el estudio longitudinal del desarrollo de la conducta agresiva en niños y su relación con la evolución de la conducta antisocial en la adolescencia (Ayala & Barragán, *opcit.*), y estuvo orientado a identificar las variables de tipo psicosocial que están asociadas a este proceso y a la evolución de conducta antisocial en la adolescencia. En él se realizaron mediciones a través de diferentes periodos de tiempo para observar la estabilidad de los patrones conductuales, identificando los factores que intervienen en diferentes estadios de desarrollo y que propician la evolución del comportamiento antisocial, y se diseñaron e instrumentaron intervenciones terapéuticas de acuerdo a la etapa de desarrollo en que se observa el comportamiento antisocial.

El presente trabajo forma parte de dicho estudio longitudinal y su objetivo consistió en desarrollar e instrumentar un programa de evaluación y entrenamiento en habilidades de solución de problemas en niños que presentan conducta agresiva. Este trabajo está conformado de la siguiente manera: inicialmente se presentan dos capítulos de marco teórico, en el primero de ellos se tratan aspectos teóricos relevantes de la conducta agresiva y antisocial, abarcando desde su definición hasta las distintas intervenciones desarrolladas para su tratamiento. En el segundo capítulo, se aborda de manera integral la solución de problemas como tratamiento específico de la conducta agresiva, retomando sus antecedentes históricos y experimentales, así como sus diversas aplicaciones. Posteriormente se presenta un capítulo específico para el método de la investigación. En el siguiente capítulo se presentan los resultados de la investigación a manera de gráficas y su análisis, y finalmente se presentan las conclusiones, derivadas de los resultados y en relación con el marco teórico.

CAPÍTULO 1. CONDUCTA AGRESIVA Y ANTISOCIAL

Este capítulo aborda de manera general aspectos relacionados con la conducta agresiva y antisocial, desde su definición, principales teorías que la explican, estabilidad, características, síntomas y síndrome, variaciones por edad y género, secuencia y progresión, principales factores de riesgo, hasta las diferentes formas de incidir en su tratamiento; centrando la atención en aquellas intervenciones dirigidas propiamente al niño y que de manera consistente se han reportado como las más eficaces en el tratamiento de la conducta agresiva y antisocial, como el entrenamiento en habilidades sociales, los procedimientos de autocontrol y técnicas de relajación y el entrenamiento en habilidades de solución de problemas.

1.1. Definición de conducta agresiva y antisocial

La conducta antisocial hace referencia a una diversidad de actos específicos que violan las normas sociales y los derechos de los demás, tales como: conducta agresiva, pelearse, robar, mentir, enojarse y desobedecer (Kazdin, 1987).

Generalmente la definición aceptada de agresión involucra a una persona infringiendo dolor a otra, por ejemplo Buss (1966), define la agresión como una respuesta consistente en proporcionar un estímulo nocivo a otra persona u organismo; Bandura (1973), hace referencia a ésta señalando que es una conducta perjudicial y destructiva que socialmente es definida como agresiva; Patterson (1976), señala que la agresión es un evento aversivo dispensado contingentemente a las conductas de otra persona y emplea el término *coerción* para referirse al proceso por el cual estos eventos aversivos controlan la conducta de los otros. Algunos autores estipulan que en este acto el agresor debe tener la intención de lastimar a la otra persona (Serrano, 1996; Berkowitz, 1977; Feshbach, 1970), mientras que algunos otros no incluyen la intención en la definición de agresión.

Knutson & Hyman (1973) hicieron una diferencia entre agresión irritable y agresión instrumental. La agresión instrumental es controlada por sus consecuencias positivas, mientras que la agresión irritable es elicitada por sus antecedentes aversivos, esto es, la terminación o el retiro del antecedente constituye un reforzamiento para la respuesta. En la interacción familiar alrededor de tres partes de los intercambios coercitivos de los niños pueden clasificarse como agresión instrumental (Patterson, 1982).

1.2. Teorías sobre el comportamiento agresivo

Existen diversas teorías sobre la agresión, las cuales varían de acuerdo a la importancia que otorgan a los factores biológicos en comparación con factores psicológicos como el aprendizaje. Revisando sus explicaciones se encuentra una controversia herencia-ambiente, algunas teorías sostienen que la agresión es un comportamiento innato, mientras que otras postulan que se trata de un comportamiento adquirido a lo largo del desarrollo de una persona, como consecuencia de la influencia ambiental; sin embargo ambos aspectos son muy importantes e interdependientes (Serrano, 1996).

De manera general, las teorías para explicar la agresión se pueden dividir en activas y reactivas (Ballesteros, 1983).

1.2.1. Teorías activas

Estas teorías centran el origen de la agresión en los impulsos internos. Así la agresión es innata, dado que viene del individuo en el momento del nacimiento y consustancial a la especie humana. Estas teorías son llamadas teorías biológicas y pertenecen a este grupo las psicoanalíticas y las etológicas.

La *teoría psicoanalítica* postula que la agresión se produce como un resultado del “instinto de muerte”, y en ese sentido la agresividad es una manera de dirigir el instinto hacia fuera, hacia los demás, en lugar de dirigirlo hacia uno mismo. Para explicar la personalidad, utiliza un modelo hidráulico que se basa en la analogía de un líquido sometido a presión dentro de un recipiente. Si se añade algún elemento nuevo, aumenta la presión que ejerce el líquido sobre las paredes del recipiente, y éste tenderá a salir, produciendo la disminución de la presión al menos por un tiempo. A la expresión de la agresión se le denomina catarsis, y a la disminución de la tendencia a agredir, como consecuencia de la expresión de la agresión, efecto catártico. Para Freud la agresión es un motivo biológico fundamental.

Por su parte *los etólogos* han utilizado sus observaciones y conocimientos sobre la conducta animal y han intentado generalizar sus conclusiones al hombre. Con el conocimiento de que en los animales, la agresividad es un instinto indispensable para la supervivencia apoyan la idea de que la agresividad en el hombre es innata y que puede darse sin que exista provocación previa, ya que la energía se acumula y suele descargarse de forma regular. Los etólogos tienden a aceptar el modelo hidráulico para explicar la agresión humana.

1.2.2. Teorías reactivas

Estas teorías colocan el origen de la agresión en el medio ambiente y señalan que la agresión es una reacción de emergencia frente a los sucesos ambientales. Estas teorías se clasifican en teorías del impulso y teoría del aprendizaje social.

Las *teorías del impulso* comenzaron con la hipótesis de frustración-agresión de Dollard y Miller (1939) y posteriormente fueron desarrolladas por Berkowitz (1962) y Feshbach (1970) entre otros. De acuerdo con esta hipótesis, la agresión es una respuesta muy probable a una situación frustrante, es la respuesta natural predominante a la frustración. La frustración activa un impulso agresivo que solo se reduce mediante alguna forma de respuesta agresiva.

Existen evidencias que respaldan esta hipótesis, por ejemplo Eron (1990) encontró que los niños agresivos tenían padres que los castigaban severamente. McCord, Mcord y Howard (1961) observaron que la existencia de un medio caracterizado por la punitividad, las amenazas y el rechazo profundo por parte de los padres era uno de los principales factores asociados a la agresión en los niños. Por tanto, varios investigadores han señalado que el castigo a la agresión se relaciona con una mayor agresividad infantil (Serrano, 1996).

Dado que desde esta hipótesis se considera a la agresión como una respuesta a la frustración, la investigación llevada a cabo desde esta teoría se centra en los efectos de la frustración sobre la agresión, su inhibición y desplazamiento. Por ejemplo Berkowitz (1962) sugiere que la agresión produce reacciones emocionales que facilitan la agresión.

La *teoría del aprendizaje social* de Bandura (1973) afirma que las conductas agresivas pueden aprenderse por imitación u observación de los modelos agresivos y enfatiza aspectos como aprendizaje observacional, reforzamiento de la agresión y generalización de la agresión.

Como se señaló anteriormente, las teorías de la agresión basadas en el impulso, defienden que la frustración activa un impulso que sólo puede reducirse a través de algún comportamiento agresivo; mientras que la perspectiva del aprendizaje social considera la frustración como una condición facilitadora y no necesaria de la agresión. Es decir, la frustración produce un estado general de activación emocional que puede conducir a una variedad de respuestas, según los tipos de frustración que se hayan aprendido previamente y según las consecuencias reforzantes típicamente asociadas a diferentes tipos de acción.

De acuerdo con Bandura (1973), las personas no nacen con repertorios prefabricados de conducta agresiva; los aprenden de una u otra manera. Algunas formas elementales de agresión pueden perfeccionarse con un mínimo de enseñanza,

pero las actividades de índole más agresiva como enfrentarse a golpes con otro individuo o aplicar el ridículo como venganza exigen el dominio de destrezas difíciles que requieren de extenso aprendizaje. Las personas pueden adquirir estilos agresivos de conducta, ya sea por la observación de modelos agresivos o por la experiencia directa del combate.

Aprendizaje por observación. Las conductas que las personas muestran son aprendidas por observación, sea deliberada o inadvertidamente, a través de la influencia del ejemplo. Observando las acciones de otros, se forma en uno la idea de la manera cómo puede ejecutarse la conducta, y en ocasiones posteriores, la representación sirve de guía para la acción (Bandura, 1975).

Aprendizaje por experiencia directa. Según Bandura (1975) rara vez se enseñan conductas sociales que nunca son ejemplificadas por otras personas. Aunque las influencias del modelamiento están universalmente presentes, los patrones de conducta pueden ser moldeados también por una forma de aprendizaje fundamentada en recompensar y castigar las consecuencias de ejecuciones de ensayo y error.

Las influencias del modelamiento y del reforzamiento operan conjuntamente en el aprendizaje social de la agresión en la vida diaria, y los estilos de agresión son aprendidos en gran parte por observación y posteriormente perfeccionados a través de la práctica reforzada (Bandura, 1975).

Siguiendo los planteamientos de la teoría del aprendizaje social, Serrano (1996) afirma que el niño puede aprender a comportarse agresivamente mediante el modelamiento que los mismos padres, otros adultos u otros niños le ofrecen, es decir, cuando el niño vive rodeado de modelos agresivos, va adquiriendo un repertorio conductual caracterizado por una cierta tendencia a responder agresivamente a las situaciones conflictivas que puedan surgir con quienes le rodean, ya que el niño tiende a imitar a los modelos de conducta que se le presentan; por ejemplo, cuando los padres castigan mediante violencia verbal o física, se convierten en modelos de conductas agresivas que el niño reproduce.

El proceso de modelamiento a que está sometido el niño durante su etapa de aprendizaje no sólo le informa de modos de conductas agresivas (gritos, patadas, insultos, etc.), sino que también le informa de las consecuencias que dicha conducta agresiva posee para los modelos; por ejemplo el padre consigue que el niño le obedezca a través de gritos, el niño aprende por observación que el comportamiento agresivo es reforzado (Serrano, 1996).

1.3. Estabilidad de la conducta agresiva

Algo que merece atención especial es el hecho de que la conducta agresiva y antisocial es altamente estable y conlleva a diversos problemas en la edad adulta (por ejemplo, conducta criminal, alcoholismo y poco ajuste en el trabajo), y generalmente continúa a través de generaciones (Henggeler & Sheidow, 2003; Webster-Stratton & Reid, 2003; Caprara, y cols. 2001; Pepler & Rubin, 1991; Robins & Rutter, 1990).

La agresión infantil es altamente predictiva de conducta delictiva y abuso de sustancias (Webster-Stratton & Reid, 2003; Farrington, 1991; Eron 1990; Loeber, 1988; Huesman, Eron & Yarmel, 1987; Loeber & Dishion, 1983). Los niños que manifiestan conducta agresiva se encuentran en alto riesgo de involucrarse subsecuentemente en delincuencia juvenil y criminalidad en la adultez (Gorman-Smith y cols., 1998; Farrington, y cols., 1990).

Además, los patrones de conducta agresiva tienen un alto grado de generalidad, dado que los niños con altos índices de agresividad y desobediencia en el hogar transfieren estas conductas a escenarios como la escuela y la comunidad (Gorman-Smith y cols., 1998; Kazdin, 1988).

1.4. Características de los niños agresivos y antisociales

Síntomas y síndrome.

Los actos específicos que pueden mostrar los niños remitidos para tratamiento pueden concebirse como síntomas individuales o como constelación de síntomas (síndrome). La conducta antisocial como síndrome puede incluir varios síntomas centrales tales como peleas, holgazanería, robos, destrucción de la propiedad de uno mismo o ajena, provocar o amenazar a los demás y escaparse de casa, entre otros (Kazdin, 1988; Quay, 1979). La conducta antisocial se usa aquí como un término genérico y abarca la totalidad de esos casos como síntomas centrales.

Variaciones por edad y género

Edad. La literatura reporta que existe una tendencia general de la reducción de los niveles de conducta agresiva y antisocial como una función de la edad. Es decir, los niños más pequeños (as) son significativamente más coercitivos (as) que los niños (as) mayores (Patterson, 1982; Maccoby, 1980).

Género. Se han encontrado de manera consistente tasas más altas de agresión física en niños que en niñas (Henggeler & Sheidow, 2003; Mischel, 1966; Feshbach, 1970; Maccoby & Jacklin, 1974) y más agresión verbal en niñas que en niños (Maccoby & Jacklin, 1974; Crick, Casas & Mosher, 1997; LaFreniere & Dumas, 1996).

1.5. Secuencia y progresión

Patterson (1982) ha sugerido que: 1) hay una secuencia ordenada de conducta antisocial desde los síntomas de tasa más alta a los de tasa más baja, 2) que la anomalía progresa desde formas de conducta menos extremas a otras más extremas, y 3) que hay una transición en esta progresión, de manera que los niños que manifiesten las formas más extremas de conducta, también habrán ejecutado las conductas problemáticas precedentes en la secuencia.

Los trabajos existentes sobre la secuencia y progresión de las conductas antisociales, tienen extraordinarias implicaciones para la prevención y el tratamiento, ya que es probable que las conductas precoces en las secuencias sean más susceptibles a la intervención que las tardías. Además, muchas conductas antisociales son difíciles de tratar debido a su baja frecuencia, sin embargo, si se logra identificar ciertas conductas antecedentes que predigan o covaríen con la ocurrencia de éstas, es más fácil someterlas a tratamiento (Wahler & Fox, 1980).

Las conductas antisociales leves o poco intensas pueden ser un eslabón inicial de una progresión conducente a una conducta antisocial clínicamente significativa, aunque es importante enfatizar que los factores que colocan a los niños en riesgo no sólo incluyen los signos precoces de la conducta antisocial, sino también otros como por ejemplo los padres, la familia, la escuela (Kazdin, 1988).

1.6. Principales factores de riesgo

1.6.1. Factores propios de los padres y de la familia

Psicopatología. Entre las características de los padres y de la familia que están fundamentalmente relacionadas con la conducta antisocial del niño (a) y que facilitan su escalación y mantenimiento se encuentran: un alto índice de estrés, aislamiento social y psicopatología (Hann & Borek, 2001; Kazdin, Siegel & Bass, 1992; Pepler & Rubin, 1991; Robins & Rutter, 1990).

Conducta criminal. La conducta criminal y el alcoholismo, del padre en particular, son dos de los factores más potentes y más claramente demostrados que incrementan el riesgo de conducta antisocial en el niño (Rutter & Giller, 1983; West, 1982).

La mayoría de los estudios se han orientado hacia los padres. Sin embargo, los abuelos, tanto maternos como paternos contribuyen al riesgo. Es más probable que los abuelos de los niños antisociales muestren conducta antisocial (conducta criminal y alcoholismo) en comparación con los abuelos de niños y jóvenes que no

son antisociales (Glueck y Glueck, 1968). Así, el riesgo de conducta antisocial se asocia con una línea de sucesión conductual a lo largo de las generaciones.

Interacción padres-hijo. Varias características relacionadas con la interacción entre padres e hijos son factores de riesgo de conducta antisocial (Henggeler & Sheidow, 2003; Hann & Borek, 2001). Los padres de niños y adolescentes delincuentes y antisociales tienden a ser rígidos en sus actitudes y prácticas disciplinarias (Farrington, 1991).

Los niños agresivos son mucho más propensos a ser víctimas de maltrato infantil y a residir en hogares donde existe maltrato conyugal que los niños que no muestran conducta agresiva (Behar & Stewart, 1982; Lewis y cols., 1983).

Los estudios también han demostrado que una disciplina más laxa, caprichosa e inconsistente por parte de uno o de ambos padres está relacionada con la delincuencia, así como cuando ambas prácticas operan simultáneamente (Kazdin, 1988).

Patterson (1982) con base en un análisis cuidadoso mediante observación directa de la interacción padre e hijo, sugiere que la conducta antisocial, especialmente la agresión, es sistemáticamente fomentada aunque involuntariamente en los hogares, ya que los padres de los niños antisociales tienden a dar órdenes, a reforzar la conducta agresiva mediante atención y aceptación, y a ignorar o a proporcionar consecuencias aversivas para la conducta prosocial.

La supervisión del niño, es otro aspecto significativo de la interacción padre-hijo que está implicada en la conducta antisocial infantil (Henggeler & Sheidow, 2003). Los elementos que reflejan supervisión deficiente y constituyen elementos de riesgo son la ausencia de reglas en el hogar que establezcan claramente a dónde puede ir el niño y a qué hora tiene que volver a casa, permitiendo que vagabunde por las calles y aceptando que participe en muchas actividades independientes y no supervisadas (Wilson, 1982).

Familias desintegradas. Varios autores señalan que existe una estrecha relación entre la ausencia del padre y la conducta agresiva de los niños, especialmente en los varones (Hetherington y cols., 1979; Home & Patterson, 1979). La pérdida de uno de los padres a través del divorcio o la separación puede estar relacionada con la conducta antisocial debido a los factores que suelen acompañar a estas situaciones como la disminución de los ingresos, la reducción en la calidad de las condiciones de vida, la reducción en el control y la supervisión del niño (Kazdin, 1985).

Conflictos conyugales. La investigación ha demostrado consistentemente que las relaciones conyugales problemáticas, el conflicto interpersonal y la agresión caracterizan las relaciones de los padres de los niños antisociales (Henggeler & Sheidow, 2003; Hann & Borek, 2001; Rutter & Giller, 1983). Hetherington, Cox & Cox (1979) señalan que estén o no separados los padres, lo que está asociado con el riesgo de conducta antisocial y disfunción infantil es el grado de discordia entre los padres.

Orden de nacimiento y tamaño de la familia. Se ha encontrado que los niños que ocupan una posición intermedia entre sus hermanos tienden a presentar patrones de conducta agresiva considerablemente más altos que los hijos únicos, los primogénitos y los menores (Wadsworth, 1979; Rutter y cols, 1990).

Se ha demostrado que frecuentemente el tamaño de la familia se relaciona con la delincuencia, dado que cuanto mayor sea el número de hijos en la familia, tanto mayores suelen ser las tasas de delincuencia (Kazdin, Siegel & Bass, 1992; Glueck & Glueck, 1968; West, 1982; Douglas 1966). En la medida en que incrementa el número de hijos, decrementa de manera proporcional el tiempo que los padres dedican a cada hijo, además incrementan las responsabilidades para los padres y asimismo incrementan las probabilidades de que la madre delegue el cuidado de los hijos al hermano mayor (Patterson, 1982). Wadsworth (1979) señala que es más probable que los niños con hermanos mayores sean delincuentes y que cuanto mayor sea la diferencia de edad entre los hermanos, tanto mayor es la probabilidad de delincuencia.

Nivel socioeconómico. La relación entre clase social y conducta antisocial se ha discutido ampliamente debido al criterio clásico y quizá simplificado de que la delincuencia procede de unas condiciones de vida deficientes, sin embargo, este criterio ha sido descartado en estudios en los que se han controlado las condiciones de vida, la clase social y otros factores afines (Rutter & Giller, 1983; Glueck & Glueck, 1968). Otros autores también han reportado que no existe una relación consistente entre el nivel socioeconómico y la conducta antisocial infantil (Feshbach, 1970; Olweus, 1978).

1.6.2. Rendimiento académico e intelectual

En varios estudios se ha encontrado de manera consistente que los niños antisociales sufren deficiencias académicas (Henggeler & Sheidow, 2003; Hann & Borek, 2001) y que las puntuaciones bajas en pruebas de rendimiento académico e intelectual tienden a predecir la delincuencia ulterior (West, 1982; Wadsworth, 1979; Farrington, 1991; Hirschi & Hindenlan, 1977; Wolfgang, Figlio & Sellin, 1972). La relación entre los problemas académicos y la conducta antisocial no es

unidireccional (Rutter & Giller, 1983). Los datos también sugieren que la conducta antisocial predice el fracaso académico y el abandono de la escuela (Ledingham & Swartzman, 1984).

1.6.3 Factores genético/ambientales

Muchos de los factores que sitúan al niño en riesgo de presentar conducta agresiva y antisocial pueden deberse a influencias genéticas y/o ambientales. Por ejemplo la conducta antisocial de los padres puede conducir a una conducta antisocial en el niño a través de la acción directa de un factor hereditario o a través del modelamiento y de unas prácticas disciplinarias defectuosas, o la combinación de ambos hechos (Kazdín, 1985).

Con respecto a los factores genéticos, algunos autores señalan que éstos ejercen una gran influencia en la conducta agresiva y riesgo de criminalidad (Plomin, Nitz & Rowe, 1990; Duyme, 1989; Mednick, Gabrielli & Hutchings, 1987). Los estudios con gemelos han mostrado una mayor concordancia de criminalidad y conducta antisocial entre los gemelos monozigóticos que entre los gemelos dizigóticos (Cloninger, Reich & Guze, 1978). Varios estudios de adopción han mostrado que la conducta antisocial y la criminalidad en la descendencia son mayores cuando los padres biológicos han manifestado estas conductas que cuando no lo han hecho. (Cadoret, 1978; Crowe, 1974).

Otros estudios han demostrado que el riesgo se incrementa considerablemente cuando están presentes tanto las influencias genéticas como las ambientales (Cadoret, Cain & Crowe, 1983; Cloninger, Sigvardsson, Bohman & Von Konorring, 1982).

Por otra parte, se encuentran también los procesos bioquímicos que influyen en la conducta agresiva (Henggeler & Sheidow, 2003; Hann & Borek, 2001), sin embargo no están claros ni bien integrados en teorías que la predigan

Se han propuesto varios mecanismos que se centran en factores ambientales conducentes al surgimiento de la conducta antisocial, entre éstos destaca el papel de la interacción padres-hijo en que se favorece la conducta agresiva del niño (Patterson, y cols. 2000; Reid, 1993; Patterson, 1982; Reid, 1978). Los padres de los niños antisociales, especialmente de los agresivos, fomentan esta conducta debido a sus escasas habilidades en el manejo de la conducta y al modelamiento de la conducta agresiva.

De hecho, cuando se busca “la causa” de la conducta agresiva y antisocial frecuentemente resulta en un debate etiológico respecto a la influencia de los

factores individuales versus los factores de los padres (Dodge, 1990; Lytton, 1990; McCord, 1993; Rowe, 1993).

Algunos estudios sugieren que las prácticas de crianza poco efectivas pueden conducir a desórdenes antisociales (Hann & Borek, 2001; Patterson, De-Gamo & Knutson, 2000; Loeber & Stouthamer-Loeber, 1986), mientras que otros indican que los factores genéticos y perinatales tienen influencia en el riesgo de criminalidad (Plomin, Nitz & Rowe, 1990; Duyme, 1989; Mednick, Gabrielli & Hutchings, 1987). Sin embargo, las características de los padres antes del nacimiento del niño permanecen como fuertes predictores de las prácticas de crianza y de las disposiciones conductuales en el niño (Frick y cols., 1992; Serbin, Peters, McAffer & Shuartzman, 1991; Lahey y cols., 1988), apoyando la relación bidireccional adulto-niño en el proceso de la paternidad (Shaw & Bell, 1993; Belsky, 1984). Estos estudios de desarrollo tienen importantes implicaciones para la naturaleza, momento oportuno y enfoque de la intervención (Dodge, 1993; Kazdin, 1993; Reid, 1993).

1.7. Tratamiento de la conducta agresiva

Los patrones de conducta antisocial, derivados de las prácticas de crianza disruptivas, son susceptibles de cambio a través de acciones terapéuticas. Lo cual es sumamente importante, pues mediante el empleo de una metodología adecuada basada en el conocimiento del sustrato microsocial que subyace al desarrollo de la conducta agresiva, los patrones de conducta antisocial en niños pueden tratarse y prevenirse (Webster-Stratton & Reid, 2003; Patterson y cols. 2000; Ayala & Barragán, 1997).

Para incidir en la conducta agresiva, se han implementado diversas formas de tratamiento, entre las cuales se encuentran terapia grupal, terapia familiar, farmacoterapia, además de diferentes aproximaciones enfocadas en la familia: entrenamiento a padres, terapia familiar o en el niño: entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en habilidades cognoscitivas, entrenamiento en solución de problemas (Henggeler & Sheidow, 2003; Kazdin, Esveld-Dawson, French & Unis 1987; Dumas, 1989).

Desde hace algunas décadas se han desarrollado múltiples programas de entrenamiento a padres y de habilidades sociales en los niños, asumiendo que las prácticas de crianza de los padres o las habilidades sociales de los niños determinan el curso de desórdenes disruptivos en los niños. Sin embargo tales programas han evidenciado que los programas enfocados a un solo agente, es decir a los padres o específicamente al niño tienen un nivel bajo de eficacia (Kazdin, 1993, 1987; Dumas, 1989). Actualmente se ha propuesto que las intervenciones dirigidas a cambiar el curso de la conducta disruptiva se deben enfocar a modificar las

diferentes fuentes de influencia que afectan el curso de la conducta antisocial (Coe & Jacobs, 1993; Dodge, 1993; Reid, 1993). Desde esta perspectiva, los programas enfocados a los padres y al niño conjuntamente se deben considerar como componentes esenciales desde una perspectiva científica, clínica y ética (Tremblay y cols., 1995). Por su parte Tonry y cols. (1991) señalan que implementar intervenciones experimentales dentro de estudios longitudinales es una forma de asegurar los efectos del tratamiento a largo plazo.

Tomando en cuenta estas consideraciones, en las investigaciones sobre esta problemática se han empleado diseños de corte longitudinal con muestras de niños agresivos, realizando mediciones a través de diferentes periodos de tiempo para observar la estabilidad de los patrones conductuales, identificando los factores que intervienen en diferentes etapas de desarrollo y que propician la evolución del comportamiento antisocial; desarrollando e instrumentando intervenciones terapéuticas de acuerdo a la etapa de desarrollo en que se observa el comportamiento agresivo y antisocial (Nagin & Tremblay, 1999; Gorman-Smith y cols., 1998; Kelley y cols. 1997; Kazdin, 1993).

En cuanto a las intervenciones terapéuticas se refiere, en los estudios longitudinales, se ha puesto gran énfasis en el entrenamiento a padres en manejo conductual, así como en programas de intervención con los niños en habilidades de solución de problemas y estilos de interacción, dada la evidencia reportada del alto nivel de efectividad con poblaciones de niños agresivos y antisociales (Kazdin, 1993).

Con respecto a la realización de este tipo de estudios en nuestro país, Ayala & Barragán (1997) llevaron a cabo el proyecto de investigación titulado: "Estudio longitudinal de conducta agresiva en niños y su relación con conducta antisocial en la adolescencia", cuyo objetivo consistió precisamente en estudiar el proceso de desarrollo de la conducta agresiva en niños (as) mexicanos (as) e identificar variables de tipo psicosocial que están asociadas a este proceso y a la evolución de conducta antisocial de mayor severidad en la adolescencia.

Entre los procedimientos de intervención terapéutica desarrollados en dicho estudio dirigidos a los diferentes agentes de tratamiento (padres, maestros, niños) se encuentran: entrenamiento a padres en el manejo conductual de sus hijos (Pedroza & Ayala, 1998; García & Ayala, 1998), entrenamiento en habilidades de negociación (Fulgencio & Ayala, 1998), entrenamiento a maestros para el manejo de la conducta disruptiva en el salón de clases (Chaparro & Ayala, 1998) y en el recreo (Vargas & Ayala, 1998), entrenamiento en habilidades de autocontrol del enojo (Ortiz & Ayala, 1998; Mendoza & Ayala, 1998), entrenamiento en habilidades sociales (Pacheco & Ayala, 1998) y entrenamiento en habilidades de solución de problemas (Romero & Ayala, 1998) estos tres últimos dirigidos específicamente a los niños.

1.7.1. Tratamiento de la conducta agresiva y antisocial enfocada en el niño

En lo sucesivo y para los fines del presente trabajo, centraremos la atención en la aproximación terapéutica enfocada en el niño y específicamente en el entrenamiento de habilidades cognitivas y conductuales para la solución de problemas, cuyos fundamentos señalan que el mantenimiento de la conducta agresiva está basado en los procesos cognoscitivos-sociales del niño (Henggeler & Sheidow, 2003; Lochman, 1992).

La investigación social-cognoscitiva indica que los niños con problemas de adaptación difieren de sus compañeros en términos de sus percepciones de las situaciones sociales, sus procesos de pensamiento y sus habilidades para solucionar problemas (Henggeler & Sheidow, 2003; Evans & Short, 1991; Kazdin, 1993, 1988).

De hecho, Finch, Nelson & Moss, (1993), Berkowitz (1977) y Novaco (1978), señalan que los procesos cognoscitivos tienen un papel muy importante en la conducta agresiva, y que ésta no es desencadenada meramente por los sucesos ambientales, sino también por la manera como se perciben y procesan estos hechos. Este procesamiento está relacionado con las apreciaciones que el niño hace de la situación, las reacciones anticipadas de los demás y las autoafirmaciones en respuesta a determinados sucesos ambientales (Dorsh & Kaene, 1994; Kazdin, 1993, 1988).

Los niños identificados como agresivos tienden a creer que existen amenazas interpersonales cuando realmente no es así (Lochman, 1992), tienen una predisposición a atribuir una actitud hostil a los demás, especialmente en situaciones sociales en que los indicios de la intención real son ambiguos (Bernstein, 1999; Dun, Lochman & Colder, 1997; Dadds, Marrett & Rapee, 1996; Erdley & Asher, 1996; Dodge, 1980; Nasby y cols., 1980), y si inicialmente perciben las situaciones como hostiles, es más probable que reaccionen agresivamente (Lovas, 1997; Cates y cols., 1996; Dodge, 1993; Deluty, 1981).

Asimismo, se ha identificado que los niños agresivos hacen una interpretación errónea de su propia agresividad y de la responsabilidad relativa en un conflicto (Bernstein, 1999), tienen dificultades para anticipar consecuencias (Bloomquist y cols., 1997), se considera también que están excesivamente orientados hacia la acción y dan soluciones no verbales (ej., huir, golpear, hacer berrinches) a los problemas interpersonales (Lochman, White & Wayland, 1999; Dodge, 1986; Lochman & Lampron, 1988), que eligen formas más agresivas para solucionar un problema que los niños no agresivos (Matthys, Cuperus & Van Engeland, 1999; Gorski, 1998; Bloomquist, 1997; Dorsh & Kaene, 1994; Mott & Krane, 1994; Vitaro & Pelletier, 1992), y en general que carecen de habilidades para

solucionar problemas (Gorski, 1998; Dorsh & Kaene, 1994; Evans & Short, 1991; Rabiner, Lenhart & Lochman, 1991).

Por su parte, Freedman (1974) señala que los adolescentes que presentan déficits en sus habilidades para resolver problemas interpersonales es mucho más probable que se ubiquen en grupos de adolescentes delincuentes o emocionalmente perturbados que en de adolescentes normales, lo cual apoya la noción de que la conducta problemática definida legalmente en la adolescencia (i.e. delincuencia) es, en gran parte, una función de habilidades de solución de problemas interpersonales inadecuadas (Verda & Kendall, 1979).

Los procedimientos de la terapia cognoscitivo-conductual se han enfocado a estos déficits y distorsiones social-cognoscitivos para el tratamiento de niños agresivos. A través de estos procedimientos, el cambio terapéutico se obtiene intentando alterar los procesos cognoscitivos del niño. Estos procesos cognoscitivos pueden incluir percepciones, autoafirmaciones, atribuciones, expectativas, estrategias y habilidades para la solución de problemas, dado que este tipo de intervención supone que los niños con conducta problemática tienen una deficiencia en determinados procesos o una incapacidad para usar o aplicar habilidades cognoscitivas (Prinz, 1991; Eron, 1991; Kazdin, 1988).

Mediante la aproximación de autocontrol, la conducta agresiva puede tratarse enfocándose en las habilidades necesarias para inhibir los actos impulsivos y generar y evaluar alternativas conductuales más adaptativas, mediante la técnica de autoinstrucciones y de solución de problemas (Finch, Moss & Nelson, 1993), ya que de acuerdo con Kendall & Williams (1982), las deficiencias en el autocontrol involucran: 1) déficits en habilidades conductuales tales como problemas en la autoobservación, autoreforzamiento y autoevaluación; 2) déficits cognoscitivos tales como discriminación pobre, atribución distorsionada y habilidades deficientes en solución de problemas; 3) déficits en la ejecución, tales como la inhabilidad de automanejo debido a un nivel excesivo de enojo.

Anteriormente se describió el proceso de la conducta agresiva ante una situación conflictiva, ante la cual el niño presenta una emoción determinada que le induce a responder agresivamente, por lo cual diversos autores han propuesto que el entrenamiento en relajación es una técnica muy útil para controlar el estado afectivo del niño ante situaciones conflictivas (Serrano, 1996). De hecho, Cautela & Groden (1985) señalan que existe evidencia de que el aprendizaje de habilidades de relajación en niños ayuda a disminuir conductas agresivas, y que los procedimientos de relajación resultan muy útiles para contrarrestar la alta excitación y la tensión que se da como respuesta a algunas situaciones conflictivas.

La relación entre los procesos cognoscitivos y el ajuste conductual ha sido evaluada extensamente por Shure, 2001; Henggeler & Sheidow, 2003; Fraser, 1996; Spivack & Shure, 1982; Shure & Spivack, 1978; Spivack, Platt & Shure, 1976. En este modelo, la conducta agresiva puede verse como una respuesta adaptativa o desadaptativa a situaciones problema que enfrenta el niño, y las respuestas agresivas son vistas como intentos por resolver el problema. Las estrategias terapéuticas diseñadas para incidir en esta problemática señalan que las estrategias de solución de problemas necesitan ser procesadas cognoscitivamente e implementadas conductualmente (Finch y cols., 1993).

Entre los tratamientos más eficaces enfocados al niño para decrementar conductas agresivas e incrementar y fortalecer conductas alternativas a la agresión se encuentran: el entrenamiento en habilidades sociales, los procedimientos de autocontrol y técnicas de relajación, y el entrenamiento en habilidades de solución de problemas (Finch, y cols., 1993; Serrano, 1996).

1.7.2. Entrenamiento en habilidades sociales

Mediante el entrenamiento en habilidades sociales se intenta enseñar al niño a interactuar de forma más efectiva con los demás en cierto tipo de situaciones. Por ejemplo, el entrenamiento asertivo en forma de oposición asertiva aumenta la competencia del niño para manejar situaciones en que otros tratan de aprovecharse de él o acallar su derecho a expresarse, y las conductas básicas a entrenar son: contacto visual, volumen y tono afectivo de la voz, expresiones gestuales, expresión de comprensión y expresiones del problema, desacuerdo y petición de un cambio o propuesta de solución (Serrano, 1996). El entrenamiento en habilidades de juego cooperativo trata de aumentar la pericia de los niños para hacer amigos y cuando interactúan con sus compañeros en distintas actividades, cuando se entrena al niño en habilidades de juego cooperativo, los componentes básicos son los siguientes: iniciación social, preguntar y responder, saludos a los compañeros, jugar o participar en la tarea, proximidad, cooperar/compartir, responsividad afectiva y elogio a los compañeros (Kelly, 1992; Lochman, 1992). Las técnicas más utilizadas en el entrenamiento de habilidades sociales son: instrucciones, modelamiento, ensayo conductual, retroalimentación y reforzamiento social.

1.7.3. Procedimientos de autocontrol: relajación

Los procedimientos de relajación son útiles para contrarrestar la alta excitación y la tensión del niño ante algunas situaciones conflictivas (Webster-Stratton & Reid, 2003; Finch y cols., 1993; Feindler & Ecton, 1986; Cautela & Groden, 1985). Existen diversos procedimientos de relajación, sin embargo, a

continuación se describe de manera específica el procedimiento de relajación progresiva (propuesta por Jacobson en los años treinta y adaptada por Cautela y Groden, 1978, cuyas aportaciones son una serie de elementos derivados de la psicología del aprendizaje y de las aplicaciones de la terapia de la conducta) que es en el que se basa principalmente el presente trabajo.

El entrenamiento en relajación progresiva consiste básicamente en aprender a tensar y luego a relajar secuencialmente varios grupos de músculos, al mismo tiempo que se dirige la atención a las sensaciones asociadas con los estados de tensión y relajación. Es decir, además de enseñarle al niño cómo relajarse, también se le estimula a reconocer y discriminar la tensión y relajación tal como aparecen durante las sesiones de entrenamiento y en situaciones cotidianas. Los grupos de músculos a trabajar son los siguientes:

- Mano y antebrazo dominante
- Biceps dominante
- Mano y antebrazo no dominante
- Bíceps no dominante
- Frente
- Parte superior de las mejillas y nariz
- Cuello y garganta
- Pecho, hombros y parte superior de la espalda
- Región abdominal o estomacal
- Pierna dominante
- Pierna no dominante

Para cada grupo de músculos se le pide al niño que además de tensarlos ponga atención a lo incómodo que se siente cuando está tenso. Posteriormente se le pide que relaje esos músculos y que se concentre en lo bien que se encuentra cuando está relajado y en lo diferente que es el estado de tensión del estado de relajación. Es conveniente realizar dos ensayos de cada grupo de músculos, de tal modo que en el primer ensayo la fase de tensión tenga una duración de 5 a 7 segundos, y la fase de distensión entre 30 y 40 segundos la primera vez y de 45 a 60 segundos la segunda vez. Una vez que el niño domina las fases de tensión y distensión de todos los músculos indicados, en posteriores sesiones se pueden agrupar, hasta lograr que el niño pueda tensar todos los músculos a la vez.

Ejercicios de respiración

Es importante en el entrenamiento en relajación hacer ejercicios de respiración en los cuales se pide al niño que se asegure de que está en una posición relajada y realice una profunda respiración que la mantenga y que expulse el aire lentamente, mientras expulsa el aire se le pide que relaje su cuerpo desde la cabeza hasta los pies, intentando imaginar que ve todos sus músculos relajándose cuando se concentra en su cuerpo. Se pide al niño hacer esto cinco veces y posteriormente se

le pide que respire del mismo modo, pero que cuando empiece a expulsar el aire diga para sí mismo la palabra "relax" o "calma".

Relajación sin tensión

En esta forma de relajación se pide al niño que relaje su cuerpo sin tensarlo previamente, haciendo ejercicios de respiración y diciéndose a sí mismo la palabra "calma" o "relax".

Relajación en otras posiciones

Una vez que el niño maneja la relajación sin tensión se le pide que la practique en otras posiciones como estando de pie, mientras camina o acostado. Resulta muy apropiado lograr que el niño asocie una de las palabras "calma" o "relax" a un estado de relajación para que en los momentos en los que el niño necesite calmarse porque empiece a notar que se está alterando ante una situación conflictiva, se diga a sí mismo la palabra al mismo tiempo que intenta inducir un estado de relajación muscular.

Entre las técnicas que se emplean para enseñar a los niños las técnicas de relajación se encuentran: instrucciones, modelamiento y reforzamiento (Cautela y Groden, 1985).

Para aquellos casos en que al niño le resulte difícil tensar y relajar siguiendo simplemente las instrucciones del entrenador, es de gran utilidad recurrir al recurso de la imaginación. Algunos autores como Webster-Stratton & Reid (2003) y Koeppen (1974) han desarrollado instrucciones muy precisas de imaginación para ayudar a los niños a realizar las tareas implicadas en el entrenamiento de relajación.

1.7.4. Entrenamiento en habilidades de solución de problemas

Mediante el entrenamiento en habilidades de solución de problemas se enseña al niño a desarrollar una serie de competencias cognitivas y conductuales necesarias para dar soluciones alternativas a la agresión en diferentes situaciones interpersonales. Las estrategias de tratamiento de solución de problemas se enfocan a alterar las capacidades de procesamiento cognitivo del niño. Más específicamente, esta aproximación de tratamiento se basa en una serie de habilidades cognoscitivas de solución de problemas interpersonales que se han identificado como relevantes en el afrontamiento exitoso de varias situaciones sociales (Webster-Stratton & Reid, 2003; Fraser, 1996; Spivack & Shure, 1974). Estas habilidades incluyen sensibilidad para identificar problemas, habilidad para relacionar espontáneamente causa y efecto, capacidad para pensar en las posibles consecuencias de las acciones, habilidad para generar soluciones, habilidad para reconocer los pasos intermedios necesarios para alcanzar un determinado objetivo, habilidad para ver las situaciones

desde el punto de vista del otro niño involucrado y habilidad para llevar a la práctica una solución ante una situación conflictiva.

De acuerdo con Kazdin (1988), en el entrenamiento de habilidades de solución de problemas se instruye al niño para que piense en voz alta y se plantee preguntas como: ¿Cuál es mi problema? ¿Qué me propongo hacer? ¿Cuál es mi plan? ¿Qué sucedería si hago...? ¿Cómo lo voy a hacer? Después de cada pregunta, el niño se formula a sí mismo las respuestas y de este modo aborda cada teoría o problema de una manera sistemática, paso a paso. Al principio del tratamiento pueden usarse tarjetas señalizadoras para dirigir al niño a determinadas preguntas, al mismo tiempo que el terapeuta le ayuda a recordar. Se anima al niño a participar en un auto-diálogo en el momento en que realiza la tarea. En el transcurso del tratamiento se presentan situaciones interpersonales en las que se incita al niño a generar soluciones, a caracterizar los sentimientos de los demás y así sucesivamente. Por ejemplo una situación interpersonal durante el entrenamiento podría requerir del niño obtener un juguete que está usando otro niño o esperar su turno en alguna actividad. Durante el curso del entrenamiento, el terapeuta modela el uso de las habilidades para la solución de problemas y ayuda al niño a identificar los cursos de la acción y sus consecuencias. El énfasis se ejerce sobre el proceso, por ejemplo, imaginar muchas maneras diferentes de responder y sus consecuencias, en lugar de seleccionar determinadas maneras de responder.

Las técnicas y procedimientos empleados en el entrenamiento de habilidades de solución de problemas incluyen: modelamiento, instrucciones, reforzamiento y ensayo conductual.

Para facilitar a los niños el proceso de solución de problemas se les enseña a autorregistrar sus actos agresivos además de las circunstancias en que ocurrieron y las consecuencias que obtuvieron. Esta información se utiliza para mostrar al niño la relación entre su conducta y las relaciones que la controlan. Una vez que se tiene un ejemplo de estas conductas, se analiza la situación en todos sus componentes y se muestra la puesta en práctica de las estrategias de solución de problemas para llegar a una solución adecuada (Serrano, 1996).

Nezu & Nezu (1991) y Spivack & Shure (1974) señalan que es necesario enseñar a los niños habilidades de solución de problemas, dado que dichas habilidades no se conceptualizan como rasgos de personalidad o como facetas de la inteligencia general, sino que son consideradas como un conjunto de habilidades sociales que se aprenden a través de la experiencia directa y vicaria con otras personas, especialmente con adultos significativos como por ejemplo padres o educadores, y que la forma en que los modelos adultos significativos afrontan los problemas reales probablemente juegue un papel clave en la adquisición por parte de un niño de las capacidades para la solución de problemas.

CAPÍTULO 2. ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

El presente capítulo se aboca de manera específica a la solución de problemas, éste inicia con una breve descripción de los antecedentes históricos del concepto, se presentan también sus definiciones, el proceso en sí de la solución de problemas, las estrategias de evaluación más empleadas, se hace referencia a sus múltiples aplicaciones, y finalmente, se enfoca a señalar aquellos estudios en que la aplicación del entrenamiento de solución de problemas a niños que presentan conducta agresiva ha resultado exitosa.

2.1. Antecedentes históricos

El interés y el estudio empírico del constructo de solución de problemas en humanos tiene una larga y extensa historia, sin embargo, sólo recientemente los profesionales de la salud mental se han centrado en esta área como un medio para comprender mejor los trastornos conductuales y los problemas emocionales, además de incorporar el entrenamiento en habilidades de solución de problemas para su tratamiento (Nezu & Nezu, 1991).

Una gran parte de la investigación inicial sobre la solución de problemas en humanos fue producida por campos como la psicología cognitiva experimental, la educación y la industria. Por ejemplo, en la psicología experimental, las investigaciones se han centrado en el desarrollo de modelos descriptivos de solución de problemas intelectuales como anagramas, problemas mecánicos, matemáticos y formación de conceptos, pero no de problemas interpersonales. En el campo de la educación se ha puesto énfasis en el concepto relacionado con la creatividad, asumiendo que la solución de problemas requiere de actuación creativa (p.ej. Guilford, 1967). En la industria y la investigación se ha dirigido al desarrollo y la evaluación de procedimientos para facilitar la ejecución efectiva de solución de problemas y en el uso de tareas creativas e imaginativas, tales como encontrar usos no convencionales de objetos comunes y desarrollar ideas para vender y mejorar productos (p.ej. Osborn, 1963; Parnes, 1967).

El entrenar a los individuos en habilidades de solución de problemas como intervención clínica, tiene sus raíces en el movimiento que durante los años cincuenta y sesenta defendía la adopción de un enfoque de competencia social en psicopatología. El marco predominante en esa época era un modelo de enfermedad de la conducta anormal. Los teóricos que cuestionaban la utilidad y la validez de este enfoque se centraron en el concepto de psicopatología como déficit en la propia

capacidad para desarrollar un funcionamiento eficaz o competencia social (p. ej. Zigler & Philips, 1961). En otras palabras, la conducta desadaptativa puede constituir el resultado de deficiencias en las habilidades y capacidades que contribuyen a la competencia social, incluyendo las habilidades de solución de problemas (D'Zurilla, 1986; D'Zurilla & Nezu, 1982).

En 1971, D' Zurilla & Goldfried, publicaron un artículo titulado "Solución de problemas y modificación de conducta", que delineaba un modelo prescriptivo para entrenar a los individuos en habilidades de solución de problemas, como un medio para facilitar su competencia social general desde un marco conductual. A partir de la publicación de este artículo, la terapia de solución de problemas se ha aplicado como una intervención de tratamiento a una amplia variedad de trastornos clínicos incluyendo la depresión, el estrés, la ansiedad, la agorafobia, la obesidad, los problemas matrimoniales, el alcoholismo, el fracaso académico y a una variedad de problemas infantiles y adolescentes (Nezu & Nezu, 1991).

2.2. Definiciones

En la literatura conductual, el entrenar a los individuos en habilidades de solución de problemas se le ha denominado *terapia de solución de problemas sociales*, para resaltar el contexto social e interpersonal en el que se desarrolla la solución de problemas de la vida real. Nezu (1987), define la solución de problemas sociales como el proceso cognitivo por el que los individuos comprenden la naturaleza de los problemas de la vida y dirigen sus intentos hacia la modificación del carácter problemático de la situación misma o bien de sus reacciones hacia ella.

Los *problemas*, dentro de este enfoque se definen como situaciones específicas de la vida (presentes o anticipadas) que exigen respuestas para el funcionamiento adaptativo, pero que no reciben respuestas eficaces de afrontamiento provenientes de las personas que se enfrentan con las situaciones, debido a la presencia de distintos obstáculos. Estos obstáculos pueden incluir la ambigüedad, la incertidumbre, las exigencias contrapuestas, la falta de recursos y / o la novedad.

En términos generales, los problemas representan una discrepancia entre la realidad de una situación y los objetivos deseados (D'Zurilla, 1986; Nezu, 1987). Es probable que los problemas sean estresantes, si son de alguna manera, difíciles y relevantes para el bienestar de las personas (Lazarus y Folkman, 1984; D'Zurilla, 1986; Nezu, 1987). Un problema es un tipo particular de relación persona-ambiente que refleja un desequilibrio o una discrepancia percibidos entre las demandas y la disponibilidad de una respuesta adaptativa. Es probable que este problema cambie con el tiempo, dependiendo de los cambios en el ambiente, en la persona o en los dos.

Una *solución*, en este modelo, se define como cualquier respuesta de afrontamiento destinada a cambiar la naturaleza de la situación problemática, las propias reacciones emocionales negativas o ambas (D'Zurilla, 1986; Nezu, 1987).

Las *soluciones eficaces* son aquellas respuestas de afrontamiento que no solo logran estos objetivos, sino que al mismo tiempo maximizan otras consecuencias positivas (es decir, los beneficios) y minimizan otras consecuencias negativas (es decir, los costes) (D'Zurilla & Nezu, 1987). Estos costes y beneficios asociados incluyen implicaciones a corto y a largo plazo de la solución, así como las consecuencias personales para el individuo y el impacto que la solución tiene sobre otras personas significativas. La adecuación o eficacia de cualquier solución varía de persona a persona y de lugar a lugar, ya que la eficacia percibida de una determinada respuesta de solución de problemas depende también de los otros valores y objetivos y de las otras personas significativas.

De acuerdo con D' Zurilla & Goldfried (1971), la solución de problemas interpersonales podría definirse como un proceso conductual el cual pone disponibles una variedad de respuestas efectivas potenciales para tratar con una situación problemática e incrementa la probabilidad de seleccionar la respuesta más efectiva entre las varias alternativas.

2.3. El proceso de solución de problemas

D' Zurilla & Nezu (1982), señalan que el ajuste psicológico se relaciona con la destreza en la solución de problemas de carácter interpersonal y que determinadas habilidades conductuales y cognitivas median tanto las relaciones emocionales como el ajuste psicológico general. Entre estas habilidades se encuentran el enfoque y la sensibilidad del individuo hacia los problemas, la capacidad de considerar soluciones potenciales y anticipar las consecuencias de distintas acciones y la forma de reaccionar al enfrentarse con una situación problemática. En términos generales, el modelo de solución de problemas, postula que las habilidades de solución de problemas constituyen determinantes significativos de la competencia social y que la competencia social es un componente clave del ajuste psicológico general.

La capacidad general de solución de problemas comprende una serie de habilidades específicas más que una capacidad unitaria. Según Nezu & Nezu (1991), D' Zurilla & Nezu (1982) y D'Zurilla & Goldfried (1971), la solución de problemas eficaz requiere de cinco procesos componentes interactuantes, cada uno de los cuales aporta una determinada contribución a la solución eficaz del problema. Estos procesos incluyen:

- 1) orientación hacia el problema
- 2) definición y formulación del problema
- 3) generación de alternativas
- 4) toma de decisiones
- 5) puesta en práctica de la solución y verificación

El componente de orientación hacia el problema es diferente de los otros cuatro componentes en el sentido de que es un proceso motivacional, mientras que los otros componentes consisten en capacidades y habilidades específicas que permiten a una persona resolver un determinado problema de forma eficaz.

La orientación hacia el problema puede describirse como un conjunto de respuestas de orientación, que representan las reacciones cognitivo-afectivo-conductuales inmediatas de una persona cuando se enfrenta por vez primera con una situación problemática. Estas respuestas de orientación incluyen una clase particular de aspectos como la sensibilidad hacia el problema y un conjunto de creencias, suposiciones, valoraciones y expectativas generales sobre los problemas y sobre la capacidad general de solución de problemas. Este conjunto cognitivo se basa principalmente en la historia pasada de desarrollo y de reforzamiento relacionada con la solución de problemas de la vida real. Dependiendo de su naturaleza específica, estas variables pueden producir un afecto positivo y una motivación para el afrontamiento, o por el contrario, pueden producir un afecto negativo y una motivación para la evitación, lo que posiblemente inhibirá la puesta en práctica de la solución de problemas.

El objetivo de la *definición y formulación del problema* consiste en clarificar y comprender la naturaleza específica del problema. Esto puede incluir una revaloración de la situación en términos de su significación para el bienestar y el cambio. La valoración inicial del problema implica la respuesta inmediata de la persona ante un problema no definido, basándose principalmente en las experiencias con problemas similares. Después de definir y formular la naturaleza del problema de forma más clara y concreta, la persona puede entonces valorarlo de modo más preciso.

El objetivo de la *generación de alternativas* es hacer que estén disponibles tantas soluciones como sea posible, con el fin de hacer más probable que la mejor solución se encuentre entre ellas.

El propósito de la *toma de decisiones* es evaluar las opciones disponibles con respecto a la solución y seleccionar la (s) mejor (es), para que sea llevada a cabo en la situación problemática, el individuo debe hacer esto con base en sus propios valores y tomando en cuenta que las consecuencias de sus actos conllevan otras consecuencias asociadas sociales y personales tanto a corto como a largo plazo.

Finalmente, el propósito de la *puesta en práctica de la solución y verificación* consiste en observar el resultado de la solución y evaluar la eficacia de la misma para controlar la situación problemática. La verificación tiene lugar después de que se ha

llevado a cabo el curso de acción elegido, y está diseñada para estimar los resultados actuales así como hacer una posible auto-corrección. Sin este paso el individuo podría persistir en la ejecución de un curso de acción inadecuado en lugar de buscar en dónde está el problema y corregirlo.

De acuerdo con Nezu & Nezu (1991), estos cinco procesos no se basan en una clasificación natural de las estrategias cognitivo-conductuales empleadas por los individuos de manera natural, por el contrario, representan un modelo establecido de la solución de problemas eficaz o satisfactoria, basado en la investigación disponible, y que la secuencia en la que se presentan estos componentes representa un formato lógico y útil para el entrenamiento de individuos en la solución y afrontamiento eficaces de problemas, considerando la posibilidad de que la solución eficaz de problemas implique un movimiento continuo entre los cinco componentes antes de la solución real de un problema.

Según Nezu & Nezu (1991), de manera general, los objetivos del entrenamiento en habilidades de solución de problemas incluyen lo siguiente: a) ayudar a los individuos a identificar las situaciones estresantes de la vida que constituyen los antecedentes de una reacción emocional negativa, b) minimizar el grado en que esa respuesta impacta de forma negativa los intentos futuros de afrontamiento, c) aumentar la eficacia de sus intentos de solución de problemas en el afrontamiento de situaciones problemáticas actuales, y d) enseñar habilidades que permitan resolver problemas de manera eficaz.

El entrenamiento puede centrarse en cambiar la naturaleza problemática de las situaciones estresantes anteriores y actuales, en modificar la respuesta desadaptativa del paciente a estas situaciones o en ambas (Nezu, 1987). La terapia de solución de problemas puede aplicarse en un formato de tiempo limitado o con un formato más amplio y abierto (Nezu, Nezu & Perri, 1989). Puede considerarse como el único programa de tratamiento, como parte de un paquete de tratamiento más amplio o como una forma de mantenimiento y generalización del tratamiento (Nezu & Nezu, 1991).

Existen variaciones también con respecto a la instrumentación del tratamiento en cuanto a la modalidad individual versus tratamiento en grupo, y en cuanto al tipo de métodos y técnicas empleados para enseñar las habilidades (p.ej., modelamiento, representación de papeles, videos, etc) y la incorporación de técnicas adicionales para facilitar el entrenamiento como el empleo de la reestructuración cognitiva y el

entrenamiento en técnicas de relajación (Nezu, Nezu & Perri, 1989; D'Zurilla, 1986).

2.4. Estrategias de evaluación de la solución de problemas

Las estrategias de evaluación se dirigen a la capacidad para resolver problemas y a la puesta en práctica de la solución. La capacidad se refiere al conocimiento y comprensión de distintos procesos cruciales de solución de problemas, mientras que la puesta en práctica refleja la aplicación de este conocimiento para resolver problemas de la vida real.

Para la evaluación de la competencia se pueden emplear diversos inventarios. Estas medidas de lápiz y papel incluyen el Problem Solving Inventory, *PSI* (Heppener & Petersen, 1982), el Meas-End Problem Solving Procedure *MEPS* (Platt & Spivack, 1975) y el Problem-Solving Inventory *PSI* (D'Zurilla & Nezu, 1990).

Otros métodos para evaluar la capacidad de solución de problemas son el uso de entrevistas estructuradas y la representación de situaciones problemáticas hipotéticas (Kendall & Fischler, 1984; Nezu, Arean & Kuelh, 1989), la observación por parte del terapeuta de la actuación y habilidades del paciente durante las discusiones de problemas reales y los registros entre sesiones por parte de los pacientes de sus problemas e intentos de solución (D'Zurilla, 1986; Nezu, Nezu & Perri, 1989). La habilidades para solucionar problemas en niños también se evalúan mediante observación análoga en situaciones sociales problemáticas preparadas (Loeber & Scmamaling, 1985).

2.5. Aplicaciones

Se han llevado a cabo varios estudios para evaluar la aplicabilidad y la eficacia del entrenamiento en habilidades de solución de problemas con pacientes psiquiátricos crónicos para aumentar la competencia social (Bedell, Archer & Marlowe, 1980; Coche & Flick, 1975; Siegel & Spivack 1976), para mejorar el ajuste personal (Coche & Douglass, 1977) y como parte de un programa de desinstitucionalización (Edelstein, Couture, Cray, Dickens & Lusebrink, 1980).

El entrenamiento en habilidades de solución de problemas también se ha aplicado eficazmente con individuos que tienen problemas de adicción a las drogas (Coperman, 1973) de fumar (Karol & Richards, 1978) y de obesidad (Black, 1987; Black & Sherba, 1983; Black & Trefall, 1986; Perri, McAdoo, McAllister, Lauer, Jordan, Yancey & Nezu, 1987; Straw & Terre, 1983).

La terapia de solución de problemas se ha empleado también como una intervención eficaz con individuos que experimentan depresión clínica (Hussian & Lawrence, 1981; Nezu, 1986a; Nezu, Mahoney, Perri, Renjilian, Arian & Joseph, 1989), para el tratamiento del estrés y problemas de ansiedad, incluyendo la ansiedad proveniente de la indecisión vocacional (Mendoca & Siess, 1976), la agorafobia (Jannoun, Munby, Catalan & Gelder, 1980), la hipertensión (Ewart, Taylor, Kraemer & Agras, 1984) la ira (Moon & Eisler, 1983), problemas maritales (Whisman & Jacobson, 1989), problemas de agresividad en deficientes mentales (Nezu, Nezu, Arian y Kuehl, 1989) y en la facilitación de la competencia general entre individuos "normales" (Dixon, Heppner, Petersen & Ronning, 1979).

Finalmente, el entrenamiento en habilidades de solución de problemas sociales se ha incluido como componente de muchas aproximaciones de tratamiento de una variedad de desórdenes de conducta de la infancia. Por ejemplo, éste forma parte significativa de aproximaciones cognitivo-conductuales para el manejo de impulsividad y desórdenes de hiperactividad con déficits de atención (Hinshaw & Erhardt, 1994), ansiedad (Kendall y cols., 1991) y depresión (Stark, 1994).

2.6. Aplicación del entrenamiento de solución de problemas a niños que presentan conducta agresiva

Mediante procedimientos como el entrenamiento en habilidades de solución de problemas de la terapia cognoscitivo-conductual, en estudios controlados se ha reportado decremento de la conducta agresiva (Kazdin y cols. 2003; Shure, 2001; Barkstrom, 1998; Keltikangas & Pakaslathy, 1999; Spivack & Shure, 1982; 1976; 1974) y se ha encontrado que los cambios en la conducta pueden estar acompañados de mejoría en la autoestima y percepción de competencia social (Kendall, Ronan & Epps, 1991; Lochman, Burch, Curry & Lampron, 1984; Lochman & Curry, 1986; Lochman, Lampron, Gemmer, Harris & Wyckoff, 1989) y por reducción de la agresión reportada por los padres, indicando generalización a través de escenarios (Kazdin, Bass, Siegel & Thomas, 1989; Kazdin, Esveldt-Dawson, French & Unis, 1987, Lochman y cols., 1984; Lochman & Lampron, 1988; Lochman & Curry, 1986).

Una serie de estudios realizados por Kazdin y cols. (2003;1992; 1989; 1987) demostraron la efectividad del entrenamiento en solución de problemas sociales con niños y adolescentes agresivos y antisociales. En estos estudios se combina el programa de Spivack, Platt & Shure (1976) y el de Kendall & Braswell (1984) para enseñar habilidades de solución de problemas en situaciones interpersonales. Los métodos empleados incluyeron técnicas cognitivas (entrenamiento autoinstruccional y entrenamiento en solución de problemas) y conductuales (juego de roles, modelamiento, práctica y retroalimentación).

Los resultados de estos estudios son reportados como positivos en términos de la reducción de la conducta antisocial y del incremento de la conducta prosocial, tanto en el hogar como en la escuela. Además, los beneficios fueron mayores que aquellos producidos por otros procedimientos terapéuticos y se mantuvieron a lo largo de un año de seguimiento. Estos resultados indican que el entrenamiento en habilidades de solución de problemas de la terapia cognoscitivo-conductual es una intervención prometedora en el tratamiento de la conducta agresiva de los niños.

Dado que se ha demostrado que a la conducta agresiva subyacen ciertos procesos cognoscitivos deficientes o desadaptativos, puede fundamentarse lógicamente la adopción de un tratamiento cognoscitivo conductual y específicamente un entrenamiento en habilidades de solución de problemas en el tratamiento de niños agresivos, pero por supuesto, considerándolo solamente como una parte del programa de intervención, ya que la literatura reporta que las intervenciones enfocadas a tratar esta problemática deben enfocarse a modificar las diferentes influencias que interactúan en el desarrollo de la misma, de ahí que es necesaria la adopción de tratamientos con énfasis tanto en el niño como los padres y en los profesores, pues éstos son componentes primordiales de cualquier aproximación multimodal para el tratamiento de la conducta agresiva y antisocial (Coie & Jacobs, 1993; Dodge, 1993; Reid, 1993; Dumas, 1989).

El objetivo del presente estudio consistió en desarrollar e instrumentar un programa de intervención encaminado a la evaluación y al entrenamiento de habilidades de solución de problemas en niños, (el cual incluye técnicas de relajación y habilidades de comunicación) para el tratamiento de la conducta agresiva infantil.

CAPÍTULO 3. MÉTODO

3.1. Diseño

Se trabajó con un diseño conductual A-B con seguimiento. Donde (A) corresponde a una fase de línea base o mediciones previas al tratamiento y (B) a la fase de tratamiento con una fase final de seguimiento a 15, 30 y 90 días después de haber finalizado la intervención (Cooper, Heron & Heward, 1987; Barlow & Hersen, 1988).

Línea Base	Tratamiento	Seguimiento
Hasta alcanzar estabilidad en las mediciones	8 sesiones	3 mediciones a 15 días a 30 días a 90 días
A	B	

3.2. Sujetos

Participaron 9 niños de sexo masculino, cuya edad fluctuaba entre los 10 y los 12 años de edad, que cursaban del 4° al 6° de educación primaria en escuelas ubicadas en la Delegación Ixtapalapa del D.F., y pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo. Los cuales fueron identificados como agresivos mediante el Cuestionario de Agresión Infantil (CAI, Fulgencio, Chaparro & Mercado, 1997) contestado por sus padres.

3.3. Escenario

La investigación se llevó a cabo en una cámara de Gessell del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología de la UNAM. Esta cámara cuyas dimensiones son 4 x 4 metros, estaba acondicionada con sillas, una mesa y equipo de audio y video.

3.4. Materiales

- Formatos de registro

- Cámara de video
- Videoreproductora
- Monitor de televisión
- Lápices
- Hojas blancas
- Juguetes (e.g. rompecabezas y ensamblables)

3.5. Instrumentos

• **Cuestionario de Agresión Infantil** (Fulgencio, Chaparro & Mercado, 1997). Este es un instrumento de lápiz y papel, conformado por 29 reactivos a los cuales los padres del niño contestan si, no y no sé a preguntas referentes a la conducta agresiva del niño. La confiabilidad de este instrumento se obtuvo mediante la fórmula de porcentajes de acuerdo entre las respuestas del test y retest. Mediante este procedimiento se seleccionaron los reactivos que obtuvieron un valor mayor al 80% de acuerdos.

En cuanto a la validez del instrumento, se obtuvo la validez de criterio concurrente seleccionando dos grupos de comparación (padres de niños agresivos vs padres de niños prosociales), tomando como criterio de selección los reportes de los maestros. Las respuestas de ambos grupos se compararon para cada reactivo mediante los siguientes criterios: a) el porcentaje de sujetos que contestaron en una dirección y b) la prueba Chi-cuadrada. Así, mediante estos procesos, los reactivos del instrumento tienen un índice de confiabilidad de 82.5% a 100% y cubren los dos criterios validez mencionados anteriormente. Además, se realizó un análisis factorial con rotación varimax donde se encontraron 4 factores que explican el 69% de la varianza.

• **Índice de Enojo Infantil** (Mendoza, Ortiz & Ayala, 1997). Este instrumento de lápiz y papel es contestado por el niño y mide el tipo de afrontamiento del enojo ante diversas situaciones conflictivas con pares y padres. Este índice construido y estandarizado en México, consta de 27 reactivos cuyas respuestas son de opción múltiple. La consistencia interna de este instrumento es de .85.

3.6. Registros

• **Registro Diario de Agresión.** Este registro de la conducta agresiva del niño lo llevaron sus padres, marcando la frecuencia de episodios agresivos por cada día de la semana (Romero & Ayala, 1998). (Anexo 1)

• **Registro ACC (Antecedente, Conducta y Consecuencia).** En este, el niño auto-registró sus actos agresivos ocurridos durante la semana, además de las circunstancias en que ocurrieron y las consecuencias que obtuvo (Adaptación del Registro ACC de Ayala, González, Fulgencio, Téllez, Barragán, 1998). (Anexo 2)

3.7. Listas de Cotejo

Se utilizó una lista de cotejo para evaluar el *tipo de solución de problemas* (Romero & Ayala, 1998) que los sujetos dieron a los conflictos afrontados en las situaciones analógicas. Los tipos de solución se derivaron de la literatura referente a solución de problemas interpersonales y se clasificaron en los siguientes:

- *Solución pasiva.* Afrontar el problema empleando conductas pasivas como huir de la situación o quedarse callado o inmóvil ante el problema.
- *Solución agresiva.* Afrontar el problema ejecutando conductas agresivas físicas y/o verbales.
- *Solución asertiva.* Afrontar el problema de manera efectiva, llegando a un acuerdo con la otra parte involucrada sin incurrir en conductas agresivas o pasivas.

Se utilizó también una lista de cotejo para evaluar las *habilidades de comunicación* (Romero & Ayala, 1998) empleadas por los sujetos al tratar de solucionar problemas en las situaciones analógicas. Las cuales se dividen en 5 categorías positivas y 5 negativas.

Positivas

- *Contacto visual.* Mirar a los ojos o a la cara a la otra persona.
- *Volumen de voz adecuado.* Hablar con un volumen de voz suficiente para ser claramente escuchado.

- *Expresiones gestuales.* Emitir gestos faciales y movimientos de brazos y manos adecuados a la situación, que enfatizen los comentarios que se estén haciendo.
- *Expresiones de comprensión y expresión del problema.* Frases que ponen de manifiesto la comprensión del problema por parte del niño, aunque no necesariamente su acuerdo con la postura del oponente.
- *Petición de un cambio o propuesta de solución.* Frases referentes a una petición explícita al antagonista para que cambie su conducta inaceptable, o propuesta por parte del niño de una nueva solución para la situación conflictiva.

Negativas

- *Gritar.* Elevar el volumen de la voz de manera aversiva.
- *Insultar.* Agredir verbalmente a la otra persona mediante ofensas o palabras obscenas.
- *Ignorar.* No atender a los comentarios de la otra persona dirigiendo la postura corporal a un lugar distinto de donde ésta se encuentra, evitando establecer contacto visual con ella.
- *Interrumpir.* Hablar mientras la otra persona se encuentra hablando.
- *Burlar.* Decir frases que ridiculicen la conducta o aspecto de la otra persona.

3.8. Situaciones Analógicas

Para evaluar las habilidades de solución de problemas y las habilidades de comunicación, se diseñaron una serie de situaciones analógicas, en las cuales participó un confederado previamente entrenado, éstas se llevaron a cabo en la cámara de Gessell y consistieron en que el terapeuta encomendaba alguna tarea al sujeto por ejemplo armar un rompecabezas, hacer la copia de un dibujo o algunas operaciones matemáticas, y antes de salir de la cámara le decía que más tarde se revisarían, posteriormente el confederado entraba a la cámara y se dirigía al sujeto haciendo críticas negativas acerca de su ejecución en la tarea, además de dificultarle la realización de la misma por ejemplo quitándole el material. Estas situaciones analógicas se desarrollaron previamente a este estudio y fueron piloteadas con 15

sujetos, cabe mencionar también que se realizaron con apego a un guión y hubo un control de incidentes (Romero & Ayala, 1998).

3.9. Procedimiento

3.9.1. Fase de evaluación y línea base

Una vez seleccionados los sujetos mediante el CAI (Fulgencio, Chaparro & Mercado, 1997), se aplicó a los niños el Índice de Enojo para Niños (Mendoza, Ortiz & Ayala, 1997), y se les instruyó en la forma de registro de la conducta agresiva mediante el *Registro ACC* (Adaptación del Registro ACC de Ayala, González, Fulgencio, Téllez, Barragán, 1998). Además, se instruyó a las madres de los niños en el registro de la conducta agresiva de su hijo mediante el *Registro Diario de Agresión* (Romero & Ayala, 1998), ambos registros se recogieron a la siguiente semana y se les entregó otro formato para que continuaran registrando hasta concluir la línea base, es decir, hasta que se observó estabilidad en el comportamiento del niño. En cada una de estas sesiones en que el terapeuta se reunió con la madre y el niño para recoger los registros, con el niño se llevó a cabo alguna de las situaciones analógicas señaladas anteriormente (Romero & Ayala, 1998) para evaluar sus habilidades de comunicación y de solución de problemas, dichas situaciones analógicas se videograbaron y registraron.

3.9.2. Fase de tratamiento

Al concluir la línea base, se instrumentó el programa de intervención en dos grupos conformados por cinco y por cuatro niños correspondientemente. En este caso la existencia de dos grupos obedece únicamente a lograr un buen desarrollo de las sesiones, de hecho autores como Finch, Moos & Nelson (1993) indican que en el trabajo con niños con problemas de impulsividad y de conducta agresiva son recomendables los grupos integrados por no más de cinco niños y recurrir al apoyo de un coterapeuta.

El tratamiento estuvo conformado por ocho sesiones, de una duración aproximada de 50 minutos cada una, y se condujeron semanalmente por un terapeuta y un coterapeuta. A lo largo del tratamiento e incluso durante la fase de seguimiento, las madres y los niños continuaron con el registro de la conducta agresiva.

La intervención consistió en enseñar a los sujetos habilidades de relajación, habilidades de solución de problemas y habilidades de comunicación, mediante las

siguientes técnicas y procedimientos: modelamiento, instrucción guiada, ensayo conductual y reforzamiento contingente.

Para facilitar a los niños la comprensión de los contenidos de las sesiones, éstos fueron abordados a través de diversas viñetas a manera de caricatura.

Las actividades realizadas durante las sesiones de la fase de intervención son las siguientes:

Sesión 1. Presentaciones, establecimiento de reglas e introducción a la relajación

- Presentaciones entre los miembros del grupo.
- Establecimiento de reglas por parte del terapeuta y coterapeuta al interior del grupo, entre las cuales se encuentran: evitar interrupciones, críticas y burlas de las participaciones de los demás.
- Presentación y discusión de los resultados obtenidos en el Índice de Enojo para Niños (Mendoza, Ortiz & Ayala, 1997) para comprender las diferentes formas en que una persona puede reaccionar ante una misma situación problema.
- Discusión orientada a la identificación por parte de los niños (en base a sus registros ACC) de aquellas situaciones en que se comportan de manera agresiva y de los cambios que experimentan en su cuerpo cuando esto sucede, además de los resultados o consecuencias que obtienen en dichas situaciones.
- Introducción por parte del terapeuta a los beneficios de la relajación y a la técnica de relajación progresiva (Cautela & Groden, 1985), haciendo uso de técnicas de imaginación, en la cual el terapeuta daba las instrucciones verbalmente y el coterapeuta modelaba los ejercicios de tensión-distensión de distintos grupos de músculos.
- Práctica de la técnica de relajación progresiva.

Sesiones 2 y 3. Relajación

- Exposición por parte de cada uno de los niños de alguna situación registrada en su ACC.
- Práctica de la técnica de relajación progresiva y autoreporte de los niños de las habilidades enseñadas. Esta práctica continuó hasta que los niños reportaron haber cubierto el 100% de las habilidades sin recibir retroalimentación ni modelamiento.
- Enseñanza y práctica de la relajación sin tensión y en otras posiciones (sentado, de pie, mientras camina). Al igual que con la técnica de relajación progresiva, esta práctica fue modelada por el terapeuta y el coterapeuta y

continuó hasta que los niños alcanzaron el 100% de las habilidades enseñadas, esto con base en su autoreporte.

Sesiones 4, 5 y 6. Solución de problemas

- Introducción por parte del terapeuta de las etapas de solución de problemas.
- Identificar y definir problemas en situaciones hipotéticas representadas en viñetas y en situaciones reales registradas en los ACC.
- Generar alternativas para solucionar un problema.
- Evaluar las consecuencias de las alternativas para solucionar un problema. Para llevar a cabo estas últimas tres actividades los niños emplearon formatos diseñados específicamente para estos objetivos, mediante los cuales se evaluó el aprendizaje de las habilidades enseñadas. (Anexo 3).
- Llevar a la práctica soluciones asertivas de problemas reales registrados en los ACC a través de juegos de roles en los que participaron los niños y los terapeutas, retomando las técnicas de relajación.

En estas actividades el terapeuta proporcionó a los niños retroalimentación, reforzamiento y modelamiento, y continuaron hasta que cada uno de los niños alcanzó el 100% de las habilidades enseñadas en ensayos conductuales en una situación problema.

- En la última parte de la sesión 6, el terapeuta dio una breve introducción a la comunicación asertiva en la resolución de problemas interpersonales.

Sesiones 7 y 8. Habilidades de comunicación

- Identificar patrones de comunicación positivos (contacto visual, tono de voz adecuado, expresiones gestuales, expresiones de comprensión y expresión del problema y petición de un cambio o propuesta de solución) y negativos (gritos, interrupciones, críticas, burlas) al tratar de solucionar un problema.
- Aplicar habilidades de comunicación en la solución de problemas registrados en los ACC en ensayos conductuales.
- Practicar las habilidades de solución de problemas y de comunicación aprendidas para solucionar problemas de manera eficaz, retomando las técnicas de relajación.

En estas actividades el terapeuta proporcionó a los niños retroalimentación, reforzamiento y modelamiento, y continuaron hasta que cada uno de los niños

alcanzó el 100% de las habilidades enseñadas en ensayos conductuales en una situación problema.

Al finalizar cada una de las ocho sesiones de tratamiento, de manera individual se llevó a cabo con los niños una de las situaciones analógicas señaladas anteriormente. Al concluir cada una de éstas, el terapeuta daba retroalimentación al niño con respecto a su ejecución en la misma, haciendo énfasis en las actividades abordadas durante esa sesión y retomando aspectos revisados en las sesiones previas. Estas situaciones se videograbaron y registraron empleando los formatos correspondientes

Cuando concluyó la fase de intervención se realizó la aplicación del Cuestionario de Agresión Infantil (Fulgencio, Chaparro & Mercado, 1997) y del Índice de Enojo para Niños (Mendoza, Ortiz & Ayala, 1997).

3.9.3. Seguimiento

Con la finalidad de evaluar si los resultados obtenidos en la intervención se mantenían a través del tiempo, se llevaron a cabo tres sesiones de seguimiento: a 15, 30 y a 90 días después de haber concluido el tratamiento. En dichas sesiones se realizaron las situaciones analógicas y se recogieron los registros (Registro Diario de Agresión y Registro ACC).

Es importante mencionar que para lograr que los niños cumplieran con la entrega de sus registros, en cada sesión se reforzó la entrega de los mismos, proporcionándoles dependiendo de su elección, alguna golosina, un juguete sencillo o un cartel de su equipo de futbol o artista favorito.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados del estudio, los cuales se analizan mediante la inferencia visual de los datos obtenidos durante las fases de línea base, tratamiento y seguimiento. El impacto de estos resultados se mide en base a la robustez de los cambios generados por la intervención, más que de acuerdo a un nivel de significancia estadística (Baer, 1977).

Para optimizar la presentación de resultados, dada la amplitud de datos obtenidos por cada sujeto, se describe solamente uno de ellos (sujeto 1) y los resultados generales de los 9 sujetos. (Para una revisión detallada de los datos de cada sujeto, ver Anexo 4)

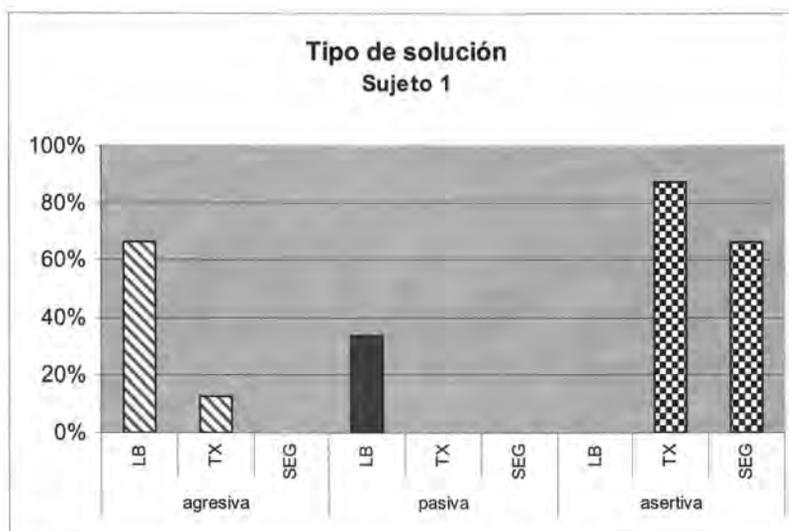
Resultados del sujeto 1

En la gráfica 1 se muestra la frecuencia semanal de conductas agresivas presentadas por el sujeto 1, reportada por sus padres a través del Registro Diario de Agresión y reportada por el propio sujeto mediante el Registro Antecedente, Conducta y Consecuencia. En esta gráfica se observa que tanto el niño como su madre reportan un decremento en la presentación de las conductas agresivas, ya que durante la línea base el número de éstas oscilaba entre 20 y 22 y en el tratamiento disminuyen hasta 1 o 2 conductas agresivas por semana, y así se mantienen durante el seguimiento.



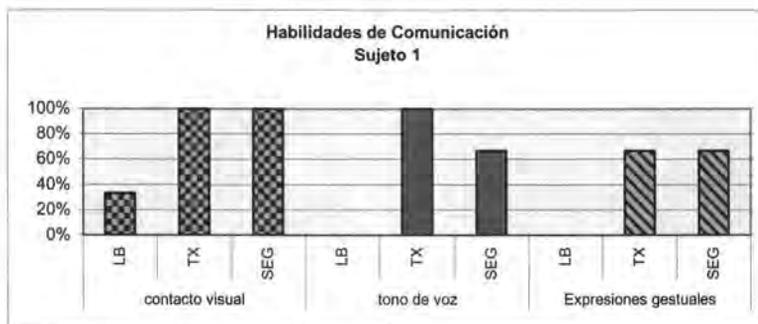
Gráfica 1. La gráfica 1 muestra la frecuencia de conductas agresivas por semana reportadas por los padres del sujeto 1 y por el propio sujeto.

La gráfica 2 muestra el porcentaje de ocurrencia del tipo de solución de problemas empleado por el sujeto 1 en las situaciones analógicas llevadas a cabo en la línea base, el tratamiento y el seguimiento. Se observa que el sujeto 1 recurre a una solución agresiva en un porcentaje promedio de 66.7% en la línea base, 12% en el tratamiento y 0% en la fase de seguimiento. Con respecto al tipo de solución pasiva, se observa que el sujeto recurre a ella en un porcentaje promedio de 33% durante la línea base, 0% en el tratamiento y 0% en el seguimiento. Finalmente, se observa que el sujeto emplea una solución asertiva en un porcentaje promedio de 0% durante la línea base, el cual incrementa a 75% en el tratamiento y se mantiene en 66.7% en el seguimiento.



Gráfica 2. En esta gráfica se presenta el porcentaje de ocurrencia del tipo de solución de problemas empleado por el sujeto 1.

En la gráfica 3 se presentan los porcentajes de ocurrencia de las habilidades de comunicación empleadas por el sujeto 1 al tratar de solucionar los problemas en las situaciones analógicas en las diferentes fases del estudio. Se observa que el sujeto en la línea base establece contacto visual en un porcentaje de 33% en la línea base, 100% en el tratamiento y 100% en la fase de seguimiento. La categoría tono de voz adecuado se observa un porcentaje promedio de 0% en la línea base, 100% en el tratamiento y 66.7 en el seguimiento. El sujeto presenta 0% de expresiones gestuales en la línea base, y 66.7% en el tratamiento y en la fase de seguimiento.



Gráfica 3. La gráfica 3 muestra el porcentaje de ocurrencia de las habilidades de comunicación del sujeto 1 presentadas en las situaciones analógicas.

Con respecto a otras de las habilidades de comunicación del sujeto 1 empleadas en las situaciones analógicas, en la gráfica 4 se muestran los porcentajes de ocurrencia de las categorías expresiones de comprensión y expresión del problema y petición de un cambio o propuesta de solución. Se observa que durante la línea base, el sujeto emitía expresiones de comprensión y expresión del problema en un porcentaje de 33%, el cual incrementó a un 100% durante el tratamiento y se mantuvo en un 66.7% en la fase de seguimiento. En referencia a hacer una petición de un cambio o hacer una propuesta de solución, durante la línea base, el sujeto obtuvo un porcentaje promedio de 0%, el cual aumentó a un 66.7 % durante el tratamiento, y se mantuvo en el mismo porcentaje en el seguimiento.



Gráfica 4. La gráfica 4 muestra el porcentaje de ocurrencia de las habilidades de comunicación del sujeto 1 presentadas en las situaciones analógicas.

En las gráficas 5 y 6 se observa un decremento en la presentación de las categorías negativas de las habilidades de comunicación del sujeto, sobre todo en ignorar e interrumpir que se encontraban en un porcentaje de 66.7% en la línea base y en el tratamiento disminuyen a 12.5% y a 0% respectivamente, y ambas se mantienen en 0% en el seguimiento. Las categorías insultar y gritar que la línea base se presentaron en un 33.3%, en el tratamiento disminuyeron a 0% y así se mantuvieron en el seguimiento. La categoría burlar no se presentó.



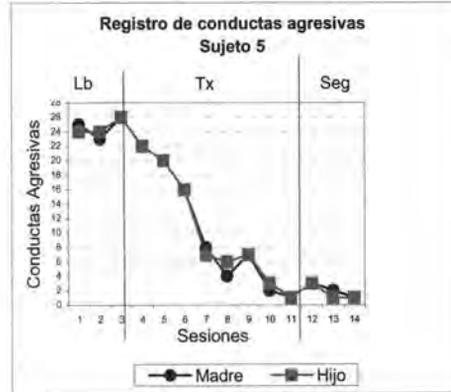
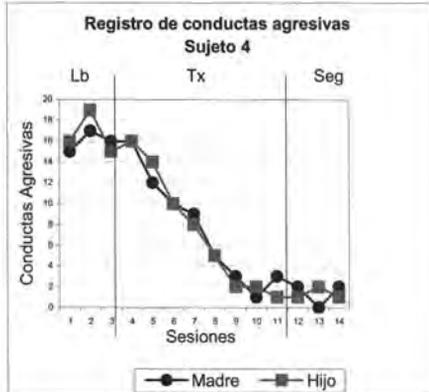
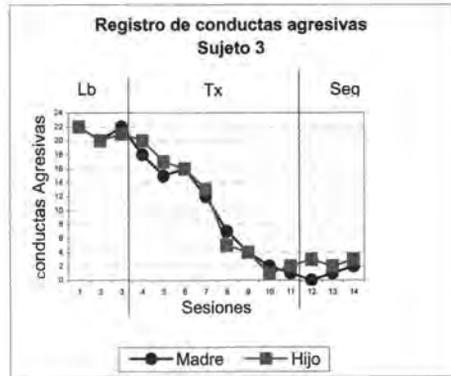
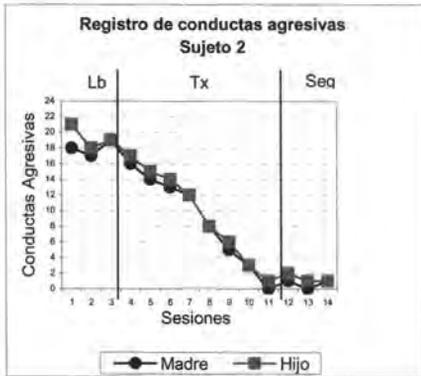
Gráfica 5. La gráfica 5 muestra el porcentaje de ocurrencia de las categorías negativas de comunicación del sujeto 1 presentados en las situaciones analógicas.



Gráfica 6. En la gráfica 6 se presenta el porcentaje de ocurrencia de las categorías negativas de comunicación del sujeto 1 derivadas de las situaciones analógicas.

Resultados Generales

Las siguientes gráficas muestran la frecuencia de conductas agresivas por semana de los sujetos. Dichas conductas fueron reportadas por sus padres y por el sujeto mediante el Registro Diario de Agresión y el Registro ACC, respectivamente. En todos los casos se observa una tendencia general hacia la disminución de conductas agresivas en la fase de tratamiento y un mantenimiento de las mismas en la fase de seguimiento.



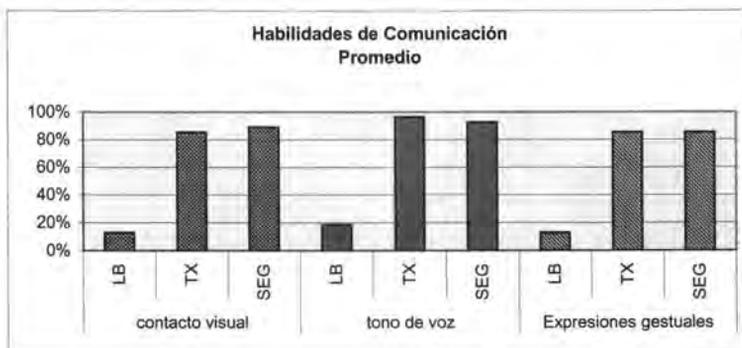


Con respecto al tipo de solución que emplearon los sujetos para resolver los problemas en las situaciones analógicas, en la gráfica 8 en las fases de tratamiento y seguimiento se observa un incremento en el porcentaje de ocurrencia promedio del tipo de solución asertiva y un decremento en el tipo de solución agresiva y pasiva.



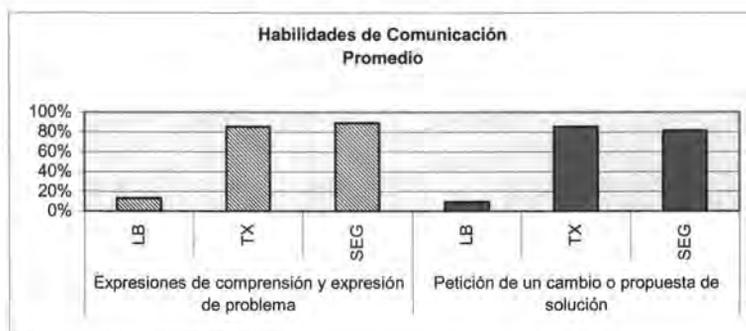
Gráfica 8. Esta gráfica muestra el promedio de los porcentajes de ocurrencia del tipo de solución empleado por los sujetos.

En la gráfica 9 se muestra el promedio de los porcentajes de ocurrencia de las habilidades de comunicación presentadas por los sujetos en las situaciones analógicas llevadas a cabo en las diferentes fases del estudio. En la fase de tratamiento se observa un incremento en el porcentaje de las categorías contacto visual, tono de voz y expresiones gestuales; el cual se mantiene en la fase de seguimiento.



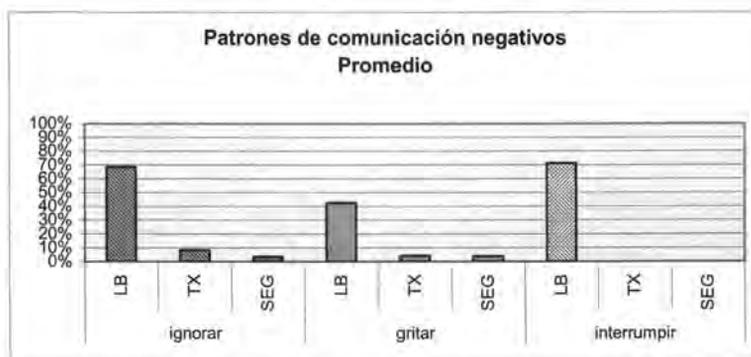
Gráfica 9. En esta gráfica se presenta el promedio de los porcentajes de ocurrencia de las categorías positivas de las habilidades de comunicación de los sujetos.

En relación a otras habilidades de comunicación como expresiones de comprensión y expresión del problema y petición de un cambio o propuesta de solución presentadas por los sujetos en las situaciones analógicas, la gráfica 10 muestra un incremento en el promedio de los porcentajes de ocurrencia para ambas categorías en la fase de tratamiento, mismo que se mantiene en el seguimiento.



Gráfica 10. Esta gráfica muestra el promedio de los porcentaje de ocurrencia de las categorías positivas de las habilidades de comunicación de los sujetos.

En la gráfica 11 en la fase de tratamiento se observa una disminución en el promedio de los porcentajes de ocurrencia de las categorías negativas ignorar, gritar e interrumpir presentadas por los sujetos en las situaciones analógicas. Esta disminución en el porcentaje de ocurrencia continúa presente en la fase de seguimiento.



Gráfica 11. Esta gráfica muestra los promedios de los porcentajes de las categorías negativas de las habilidades de comunicación de los sujetos.

Con respecto a las categorías negativas burlar e insultar , en la gráfica 12 se puede observar que aún cuando su porcentaje de ocurrencia es bajo durante la línea base, éste disminuye en la fase de tratamiento y así se mantiene en la fase de seguimiento.



Gráfica 12. En esta gráfica se presenta el promedio de los porcentajes de ocurrencia de las categorías negativas de las habilidades de comunicación de los sujetos.

Resultados de los instrumentos empleados

Los datos obtenidos de la aplicación pre y post tratamiento del Cuestionario de Agresión Infantil (CAI) y del Índice de Enojo Infantil, se analizaron estadísticamente mediante la prueba t de Student para grupos pequeños. Estos resultados se presentan en la siguiente tabla e indican que entre los puntajes de la aplicación pre y post de los instrumentos empleados existen diferencias estadísticamente significativas.

Instrumentos	Análisis pre y post tratamiento Prueba t de Student	Grados de libertad	Existen diferencias entre las medias. Resultados significativos al .05
Cuestionario de Agresión Infantil	t = 15.64	8	*
Índice de Enojo Infantil			
1. Escala de agresión física	t = 7.8	8	*
2. Escala de enojo verbal (agresión verbal)	t = -10.33	8	*
3. Escala de enojo no verbal (pasivo)	t = -7.16	8	*
4. Escala de comportamiento prosocial	t = 21.77	8	*

CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio indican que el tratamiento fue efectivo para disminuir la frecuencia de las conductas agresivas de los niños, a través del entrenamiento de habilidades de solución de problemas (que incluye técnicas de relajación y habilidades de comunicación). Lo cual se observa claramente en los datos obtenidos de los registros conductuales realizados tanto por los niños como por sus padres.

Estos resultados concuerdan con los estudios llevados a cabo por varios autores en los que el entrenamiento en habilidades de solución de problemas resulta ser una intervención efectiva en el tratamiento de la conducta agresiva infantil, pues en éste se enseña al niño a desarrollar una serie de competencias cognitivas y conductuales necesarias para dar soluciones alternativas a la agresión en diferentes situaciones interpersonales.

Dado que en numerosos estudios se ha encontrado que los niños que presentan conducta agresiva difieren de los niños no agresivos en términos de sus percepciones de las situaciones sociales, sus procesos de pensamiento y sus habilidades para solucionar problemas (Webster-Stratton & Reid, 2003; Shure, 2001; Fraser, 1996; Dorsh & Kaene, 1994; Kazdin, 1993; Finch y cols., 1993; Prinz, 1991; Eron, 1991; Evans & Short, 1991); se enfatiza la necesidad de incidir en estos déficits y distorsiones cognoscitivos y se reporta al entrenamiento en habilidades de solución de problemas como una intervención eficaz para disminuir conductas agresivas, ya que esta intervención precisamente se enfoca a enseñar a los niños a reconocer cuándo existe un problema y en qué consiste, a generar posibles alternativas para solucionarlo, a elegir una alternativa anticipando consecuencias y a valorar el éxito o fracaso de la alternativa puesta en práctica; es decir, a fortalecer conductas alternativas a la agresión.

De manera específica, los hallazgos de los estudios relacionados con los déficits y distorsiones cognoscitivos de los niños identificados como agresivos indican que éstos hacen una interpretación errónea de su propia agresividad y de su relativa responsabilidad en un conflicto, tienen dificultades para anticipar consecuencias, están excesivamente orientados hacia la acción, dan soluciones no verbales a los problemas interpersonales y eligen soluciones más agresivas para resolver los problemas (Bernstein, 1999; Bloomquist y cols., 1997; Lochman, White & Wayland, 1999; Matthys, Cuperus & Van Engeland, 1999; Gorski, 1998; Bloomquist, 1997; Dorsh & Kaene, 1994; Mott & Krane, 1994; Vitaro & Pelletier,

1992, Dorsh & Kaene, 1994; Evans & Short, 1991; Rabiner, Lenhart & Lochman, 1991; Lochman & Lampron, 1988; Dodge, 1986); y los aspectos que se abordan en el entrenamiento en habilidades de solución de problemas precisamente están diseñados para incidir en dichos déficits y distorsiones, por lo que su implementación redundará en resultados favorables en el tratamiento de la conducta agresiva.

Sin embargo, en el desarrollo de la presente investigación estos déficits y distorsiones cognoscitivos no fueron evaluados en los niños, y aunque los autores de los estudios citados anteriormente señalan su existencia en los niños identificados como agresivos, se sugiere que en estudios posteriores se realice una evaluación de los mismos previo al entrenamiento en habilidades de solución de problemas que permita observar la incidencia de éste en la modificación de dichos déficits y distorsiones.

Con respecto a las habilidades de comunicación enseñadas a los niños como parte del programa de entrenamiento en habilidades de solución de problemas, los resultados obtenidos en el presente estudio señalan que éstas mejoraron significativamente, ya que las categorías positivas (contacto visual, tono de voz adecuado, expresiones gestuales, expresiones de comprensión y expresión del problema y petición de un cambio o propuesta de solución) incrementaron, mientras que las categorías negativas (ignorar, gritar, interrumpir, burlar e insultar) disminuyeron de manera significativa, lo cual tuvo implicaciones en la manera en que los niños resolvieron las situaciones conflictivas a las que se enfrentaron en las situaciones analógicas. Es decir, el tipo de solución que emplearon en la fase de tratamiento fue asertivo, a diferencia del tipo de solución agresivo y/o pasivo que poseían en su repertorio conductual antes de la intervención.

Esto último también se observa en los puntajes obtenidos en la aplicación post tratamiento del Índice de Enojo Infantil, en la cual disminuye en los niños la presentación de conductas agresivas tanto físicas como verbales, así como de las pasivas para demostrar su enojo ante diversas situaciones problemáticas, y se observa un incremento de repuestas prosociales comparadas con los resultados de la aplicación pre tratamiento.

Se encontró también una modificación en la percepción de los padres con respecto a la agresión de sus hijos, ya que después del tratamiento éstos reportan menos comportamientos agresivos por parte de los niños, lo cual se apoya en las diferencias estadísticamente significativas obtenidas en los resultados de la aplicación pre y post del Cuestionario de Agresión Infantil.

Como se señaló anteriormente, esto también se refleja en los registros de la conducta agresiva realizados por los padres y por los niños. De dichos registros es importante mencionar que se llevó un registro doble por dos razones: una de ellas se refiere a la utilidad que los autores reportan que tiene para el tratamiento el hecho de que los niños autorregistren sus conductas agresivas, las circunstancias en que ocurrieron y las consecuencias que obtuvieron para que puedan hacer un análisis de relación entre su conducta y las relaciones que la controlan, parte esencial en el proceso de resolución de problemas; y la otra fue para asegurarse de contar con el registro de la conducta al menos por una de las partes. Dado que en los nueve casos, la entrega de los registros fue positiva, al cotejar la correspondencia de los datos entre los niños y sus padres, en general, se observa congruencia entre ambos con un ligero aumento en la frecuencia de comportamientos agresivos reportados por los niños.

Con respecto a las situaciones analógicas a través de las cuales se evaluaron las habilidades de comunicación y el tipo de solución de problemas de los niños, cabe mencionar que éstas resultaron efectivas para dicho fin, ya que en permitieron observar los cambios generados en las diferentes fases del estudio. Sin embargo, las categorías negativas de las habilidades de comunicación se presentaron en porcentajes bajos, contrario a lo que esperaría que sucediera en situaciones naturales, por lo cual en estudios posteriores, se sugiere recurrir a evaluaciones en contextos naturales para obtener datos que sean más cercanos a la manera natural de interactuar de los niños.

En relación a las habilidades de relajación que se emplearon como uno de los componentes del tratamiento, cabe mencionar que la adquisición de éstas únicamente se evaluó a través del autorreporte de los niños, sin embargo, ya desde las primeras sesiones de tratamiento en las cuales se trabajaron las técnicas de relajación, se observa una disminución de los comportamientos agresivos registrados, lo cual va acorde con los señalamientos de autores como Webster-Stratton & Reid, (2003) y Cautela & Groden (1985), quienes sostienen que el aprendizaje de habilidades de relajación en niños ayuda a disminuir las conductas agresivas y que los procedimientos de relajación son muy útiles para contrarrestar la alta excitación y la tensión que se experimentan ante situaciones conflictivas.

Dado que una serie de estudios referidos previamente (e.g. Kazdin, 1993, 1987; Shure, 2001; Fraser, 1996; Serrano, 1996; Finch y cols., 1993) señalan que el entrenamiento en habilidades de solución de problemas de la terapia cognitivo conductual resulta ser una intervención prometedora en el tratamiento de la conducta agresiva de los niños debido no solamente a los resultados obtenidos en términos de la reducción del comportamiento agresivo, sino también en términos de su generalización y mantenimiento a un año de seguimiento; se sugiere que en estudios

subsecuentes el seguimiento se lleve a cabo a un plazo mayor de que se realizó en el presente estudio.

Asimismo, es importante que en otros estudios se programe la generalización de la intervención para evaluar los cambios conductuales generados en escenarios como la escuela y el hogar. Es oportuno mencionar que en el presente estudio, uno de los niños estaba en riesgo de reprobado el año escolar, ya que sus calificaciones antes de iniciar la intervención eran muy deficientes, sin embargo, en la fase de seguimiento, la madre del niño reportó que el rendimiento escolar de éste mejoró de manera significativa. En otros dos casos, en la fase previa al tratamiento, las madres de los niños recibían diariamente reportes de conducta de la escuela e incluso las habían amenazado con suspender a los niños definitivamente si éstos no mejoraban su conducta, y al finalizar la intervención, los profesores reportaron a las madres una notable mejoría en la conducta de los niños.

Por otra parte, se sugiere también que en posteriores estudios se involucre a los padres de los niños en el entrenamiento de habilidades de solución de problemas, ya que de acuerdo con Nezu & Nezu (1991) y Spivack & Shure (1974), dichas habilidades se aprenden a través de la experiencia directa y vicaria con otras personas, especialmente con adultos significativos como por ejemplo padres o educadores, y que la forma en que los modelos adultos significativos afrontan los problemas reales probablemente juegue un papel clave en la adquisición por parte de un niño de las capacidades para la solución de problemas.

El tratamiento del presente estudio denominado *habilidades de solución de problemas* estuvo conformado por tres componentes: relajación, habilidades de solución de problemas y habilidades de comunicación, los cuales se reportan en la literatura como intervenciones con un alto grado de efectividad en el tratamiento de la conducta agresiva, y aunque los efectos de cada componente no se analizan por separado, dado que no era el objetivo de este estudio; en su conjunto los resultados son satisfactorios, pues las habilidades abordadas en cada uno de los componentes se complementan.

Sin embargo, sería recomendable que en otros estudios, los efectos de cada componente se evalúen por separado, lo que permitiría analizar el grado de efectividad que cada uno aporta al decremento de la conducta agresiva. Esto podría llevarse a cabo por ejemplo a través de un diseño de investigación de línea base múltiple; y recurriendo a controles experimentales como el contrabalanceo, con el que se podrían además analizar los efectos de orden y de secuencia.

Como se señaló anteriormente, el presente estudio forma parte un estudio más amplio "*Estudio longitudinal del desarrollo de la conducta agresiva en niños y su relación con la evolución de la conducta antisocial en la adolescencia*, por lo que en

su realización era necesario apegarse a la logística de éste otro, lo cual implica limitaciones prácticas como tiempos, recursos humanos y financieros, entre otras; y dadas estas circunstancias, se procedió a trabajar con un diseño simple (A- B con seguimiento), en el cual la repetición de las mediciones de la línea base y del tratamiento permiten cierto grado de control, pero por supuesto existe la posibilidad de confundir los efectos del tratamiento con factores extraños. No obstante, los datos obtenidos a partir de los registros conductuales, muestran poca variabilidad en la fase de línea base, y los cambios observados en la fase de tratamiento son bastante evidentes, aún con una simple inspección visual; por lo que los resultados del estudio se pueden evaluar como favorables.

A este respecto, también es menester señalar que los niños que participaron en este estudio antes no estuvieron expuestos previamente a alguna otra de las intervenciones que constituyen el estudio longitudinal, con la finalidad de evitar algún tipo de contaminación en los datos obtenidos.

En términos generales los resultados del presente estudio permiten concluir que:

- El entrenamiento en habilidades de solución de problemas (que incluye técnicas de relajación y habilidades de comunicación) resultó efectivo para disminuir las conductas agresivas de los niños.
- Las habilidades de comunicación de los niños mejoraron significativamente.
- Los niños aprendieron conductas alternativas a la agresión para dar solución a problemas interpersonales.
- Las habilidades aprendidas y la disminución de los comportamientos agresivos se mantuvieron al menos a tres meses de seguimiento.

Finalmente, de acuerdo con la literatura revisada, en la cual se señala que a la conducta agresiva subyacen ciertos procesos cognoscitivos deficientes o desadaptativos, se puede fundamentar la adopción de un tratamiento cognoscitivo conductual y específicamente un entrenamiento en habilidades de solución de problemas en el tratamiento de niños que presentan comportamiento agresivo.

Sin embargo, es importante que se le considere solamente como una parte del programa de intervención, ya que las intervenciones dirigidas a tratar esta problemática deben enfocarse a modificar las diferentes influencias que interactúan en el desarrollo de la misma, por lo que es necesaria la adopción de tratamientos con énfasis tanto en el niño como en los padres y los profesores.

REFERENCIAS

Ayala, H. & Barragán, N. (1997). *Estudio Longitudinal del desarrollo de la conducta agresiva en niños y su relación con la evolución de la conducta antisocial en la adolescencia*. Proyecto PAPIIME No. IN301297. México, UNAM.

Ayala, H., Fulgencio, M., Chaparro, A. & Pedroza F. (2000). Resultados preliminares del proyecto estudio longitudinal del desarrollo de la conducta agresiva en niños y su relación con el establecimiento de conducta antisocial en la adolescencia. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 26 65-89.

Ayala, H., González, J.L., Fulgencio, M., Téllez, G. & Barragán, N. (1998). Registro ACC (Antecedente, Conducta y Consecuencias). En *Manual de entrenamiento a padres*. México, M.A. Porrúa Editores.

Baer, D. M. (1977). Perhaps it would be better not to know everything. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 10, 167-162.

Ballesteros, S. (1983). En P.K. Mackal: *Teorías psicológicas de la agresión*. Madrid: Pirámide.

Bandura (1973). *A social learning analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Bandura, A. (1975) Análisis del aprendizaje social de la agresión. En A. Bandura y Ribes, E. (Eds). *Modificación de conducta: Análisis de la agresión y la delincuencia*. México, Trillas.

Barkstrom, S.R. (1998). School-based intervention and adolescent aggression: A comparison of behavioral social skills and social problem-solving approaches to modifying student behavior. *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences & Engineering*, vol 58 (8-B).

Barlow, D. & Hersen, M. (1988). *Diseños experimentales de caso único*. Barcelona: Martínez Roca.

Bedell, J.R., Archer, R.P. & Marlowe, H.A. (1980). A description and evaluation of a problem solving-skill training program. En D. Upper & S. Ross (comps.) *Behavioral group therapy: An annual review*, Champaign, Ill., Research Press.

Behar, D. & Stewart, M.A. (1982). Aggressive conduct disorder of children. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 65, 210-220.

Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55, 83-96.

Berkowitz (1977). Situational and personal conditions governing reactions to aggressive cues. En D. Magnusson & N.S. Endler (Eds.) *Personality at the crossroads: Current issues in interactional psychology* (pp.165-171). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Bernstein, J. Y. (1999). Interpersonal problem-solving styles of aggressive and victimized children: The aggressor/victim system. *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences & Engineering*, 60 (2).

Black D.R. & Trelfall, W.E. (1986). A stepped approach to weight control: A minimal intervention and a bibliotherapy problem-solving program, *Behavior Therapy*, 17, 144-157.

Black, D.R. & Sherba, D.S. (1983). Contracting to problem solve versus contracting to practice behavioral weight loss skills. *Behavior Therapy*, 14, 100-109.

Black, D.R. (1987). A minimal intervention program and a problem-solving program for weight control, *Cognitive Therapy and Research*, 11, 107-120.

Bloomquist, M. L.; August, G.J.; Cohen, C.; Doyle, A. (1997). Social problem-solving in hyperactive-aggressive children: How and what they think in conditions of automatic and controlled processing. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26, 172-180.

Buss, A. H. (1966). *Psychopathology*. New York: Wiley.

Cadoret, R. J. (1978). Psychopathology in adopted-away offspring biological parents with antisocial behavior. *Archives of General Psychiatry*, 35, 176-184.

Cadoret, R. J., Cain C.A. & Crowe, R.R. (1983). Evidence of gene-environment interaction in the development of adolescent antisocial behavior. *Behavior Genetics*, 13, 301-310.

Cairns, R. B. (1979). *The analysis of social interaction: Methods, issues and illustrations*.

Camp, B. W., Blom, G. E., Herbert, F. & Van Doornick, J. W. (1977). "Think Aloud": A program for developing self-control in young aggressive boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 5, 157-169.

Caprara, C. (2001). *Constructive & destructive behavior: Implications for family, school, & society*. Washington, DC, US: American Psychological Association.

Cates, D.S.; Shontz, F.C.; Fowler, S.; Vavak, C.R.; Dell'Oliver, C. & Yoshinobu, L. (1996). The effects of the time pressure on social cognitive problem-solving by aggressive and non aggressive boys. *Child Study Journal*, 26, 163-191.

Cautela J. & Groden J. (1978). *Relaxation*. Illinois, EEUU. Research Press Company.

Cautela J. & Groden J. (1985). *Técnicas de relajación*. Barcelona. Martínez Roca.

Cautela J. (1977). Behavior analyses for clinical intervention. *Behavior Therapy*, 1, 33-50.

Cloninger, C.R., Reich, T., & Guze, S.B. (1978). Genetic environmental interactions and antisocial behavior. En R.D. Hare & D. Shalling (Eds.), *Psychopathic behaviour: Approaches to research* (pp. 225-237). Chichester: John Willey & Sons.

- Cloninger, C.R., Sigvardsson, S., Bohman, M. & von Konorring, A. (1982). Predisposition to petting criminality in Swedish adoptees: II. Cross fostering analysis of gene environment interaction. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1242-1247.
- Coats, K. I. (1979). Cognitive self-instructional training approach for reducing disruptive behavior of young children. *Psychological Reports*, 44, 127-134.
- Coche, E. & Douglass, A.A. (1977). Therapeutic effects of problem-solving training and play-reading groups, *Journal of Clinical Psychology*, 33, 820-827.
- Coche, E. & Flick (1975). En Caballo, E.V. (comp.) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*, España, Siglo Veintiuno.
- Coie, J. D., & Jacobs, M. R. (1993) The role of social context in the prevention of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5, 263-275).
- Cole, J. D., Underwood, M., & Lochman, J. E. (1990). Preventive intervention with aggressive children in the school setting. In D. J. Pepler & K. H. Rubin (Eds.), *Development and treatment of childhood aggression*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cooper, J.O., Heron, T. E. & Heward, W. L. (1987). *Applied Behavior Analysis*, Merrill Publishing Company, Columbus, Ohio.
- Coperman, C.D. (1973). *Aversive counterconditioning and social training: A learning theory approach to drug rehabilitation*. University of New York at Stony Brook.
- Crik, N. R.; Casas, J. & Mosher, M. (1997). Relational and overt aggression in preschool boys. *Developmental Psychology*, 33 (4) 579-588.
- Crowe, R. (1974). An adoption study of antisocial personality. *Archives of General Psychiatry*, 31, 785-791.
- Crutchfield, R. S. (1969). Nurturing the cognitive skills of productive thinking. In, *Life skills in school and society*. Washington, D. C.: Asociación for supervision and curriculum and development.
- Dadds, M.R.; Marrett, P.M. & Rapee, R.M. (1996). Family process and anxiety and aggression: An observational analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 715-734.
- Deluty, R. H. (1981). Adaptivness of aggressive, assertive, and submissive behavior for children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 10, 155-158.
- Dishion, T.J., Capaldi, D., Spracklen, K.M. & Li, F. (1995). Peer ecology of male adolescent drug use. Special Issue: Developmental processes in peer relations and Psychopathology. *Developmental and psychopathology*, 7, 803-824.
- Dixon, D.N., Heppner, P.P., Petersen, C.H. & Ronning, R.R. (1979). Problem-solving workshop training, *Journal of Counseling Psychology*, 26, 133-139.

- Dodge, K. A. (1990). Nature versus nurture in childhood conduct disorder: It is time to ask a different question. *Developmental Psychology*, 26, 698-701.
- Dodge, K. A. (1993). The future research on the treatment of conduct disorder. *Developmental Psychopathology*, 5, 311-319.
- Dodge, K. A. (1986). A social information processing model of social competence in children. En M. Permuter (Ed.) *Minnesota Symposium on child psychology*. Vol 18, Hillsdale NJ: Laurence Erlbaum Associates.
- Dodge, K. A. (1980). Social cognition and children's aggressive behavior. *Child Development*, 51 162-170.
- Dorsch, A., Kaene, S.P. (1995). Contextual factors in children's social information processing. *Developmental Psychology*, 5, 611-616.
- Douglas, J.W. (1966). The school progress of nervous and troublesome children. *British Journal of Psychiatry*, 112, 1115-1116.
- Dubow, E. F., Huesmann, L. R. & Eron, L. D. (1987). Mitigating aggression promoting pro-social behavior in aggressive elementary school boys. *Behavior Research and Therapy*, 25, 527- 531.
- Dumas, J. E. (1989). Treating antisocial behavior in children: Child and family approaches. *Clinical Psychology Review*, 9, 197-222.
- Dumas, J.E. (1984b). Interactional correlates of treatment outcome in behavioral parent training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 946-954.
- Dumas, J.E., & Wahler, R.G. (1983). Predictors of treatment outcome in parent training: Mother insularity and socioeconomic disadvantage. *Behavioral Assessment*, 5, 301 – 313.
- Dumas, J.E., & Wahler, R.G. (1985). *Indiscriminate mothering as a contextual factor in aggressive-oppositional child behavior: "Damned if you do, damned if you don't."* Hillsdale, N.J: Erlbaum.
- Dunn, S.E.; Lochman, J.E. & Colder, C.R. (1997). Social problem-solving skills in boys with conduct and oppositional defiant disorders. *Aggressive Behavior*, 23, 457-469.
- Duyme, M. (1989). Antisocial behaviours and postnatal environment: A French adoption study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 7, 285-291.
- D'Zurilla, T. J. & Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, (1), 107-126.
- D'Zurilla, T. J. (1971). *Problem-solving therapy: a social competence approach to clinical intervention*, Nueva York, Springer.

- D'Zurilla, T. J. & Nezu, A.M. (1982). Social problem solving in adults. En P.C. Kendall (comp.), *Advances in cognitive behavioral research and therapy*, vol. 1, Nueva York, Academic Press.
- D'Zurilla, T. J. (1986). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention*, Nueva York, Springer.
- D'Zurilla, T.J. & Nezu, A.M. (1990). Development and preliminary evaluation of the Social Problem Solving Inventory (SPSI), *Psychological Assessment: Journal of Consulting and clinical Psychology*.
- D'Zurilla, T.J. & Nezu, A.M.(1987). The Heppener and Krauskopf approach: A model of personal or social skills?, *The Counseling Psychologist*, 15, 463-470.
- Edelstein, B.A., Couture, E.T., Cray, M. Dickens, P. & Lusebrink, N. (1980). Group training of problem-solving with chronic psychiatric patients. En D. Upper & S. Ross (comps.) *Behavioral group therapy: An annual review*, Champaign, Ill., Research Press.
- Eron, L. D. (1990). Understanding aggression. *Bulletin of International Society for Research on Aggression*, 12, 5-9.
- Eron, L. D. (1991). Iowa and aggression. En J.H. Cantor et al., *Psychology at Iowa: Centennial essays*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Erdley, C.A. & Asher, S.R. (1996). Children's social goals and self-efficacy perceptions as influences on their responses to ambiguous provocation. *Child Development*, 67, 1329-1344.
- Estadísticas del Consejo de Menores del Distrito Federal. Secretaría de Seguridad Pública. Año 2003, consultadas en www.ssp.gob.mx el 1 de marzo de 2005.
- Evans, S.W. & Short, E.J. (1991). A qualitative and serial analysis of social problem-solving in aggressive boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 331-340.
- Ewart, C. K., Taylor, C. B., Kraemer, H.C. & Agras, W.S. (1984). Reducing blood pressure reactivity during interpersonal conflict: Effects of marital communication, *Behavior Therapy*, 15, 473-484.
- Famworth, M., Schweinhart, L.J., & Berrueta-Clement, J-R. (1985). Preschool intervention, school success and delinquency in a high-risk sample of youth. *American Educational Research Journal*, 22, 445-464.
- Farrington, D. P. (1991). Childhood aggression and adult violence: Early precursors and later life outcomes. En D. J. Pepler & K. H. Rubin (Eds.). *The development and treatment of childhood aggression*. 5-29. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Farrington, D. P. , Ohilin, L.E. & Wilson, J.Q. (1986). *Understanding and controlling crime: Toward a New Research Strategy*, Springer, N.Y.

- Farrington, D. P., Loeber, R., Elliot, D. S., Hawkins, J. D., Kandel, D. B., Klein, M. W., McCord, J., Rowe, D. C. & Tremblay, R. E. (1990). Advancing knowledge about the onset of delinquency and crime. In B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology*, 13, 283-342 NY: Plenum.
- Feindler, E. L. & Ecton, R. B. (1986). *Adolescent Anger Control: Cognitive-behavioral techniques*. New York: Pergamon Press.
- Feshbach, S. (1970). Agresión. En *Carmichel's Manual of Child psychology*. Nueva York: Willey.
- Finch, A. J. Jr., Moss, J. H. & Nelson III, W. M. (1993). En *Childhood aggression; Cognitive-behavioral Therapy Strategies and Interventions*, A. J. Jr. Finch, & W. M. Nelson III (Eds.), *Cognitive-behavioral procedures with children and adolescents: A practical guide*, U.S.A. Allyn and Bacon.
- Forman, S. G. (1980). A comparison of cognitive training and response cost procedures in modifying aggressive behavior of elementary school children. *Behavior Therapy*, 11, 594-600.
- Fraser, M. W. (1996). Cognitive problem solving and aggressive behavior among children. *Families in Society*, 77 (1).
- Freedman, B. J. (1974). *Analysis of social-behavioral skill deficits in delinquent and non delinquent adolescent boys*. Unpublished manuscript, University of Wisconsin.
- Frick, P. J., Lahey, B.B., Loeber, R., Stouthammer-Loeber, M., Christ, M. A & Hanson, K. (1992). Familial risk factors to oppositional defiant disorder and conduct disorder: Parental psychopathology and maternal parenting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 49-55.
- Fulgencio, M., Chaparro, A. & Mercado, D. (1997). Cuestionario de Agresividad Infantil (CAI). Instrumento elaborado para el programa *Estudio Longitudinal del desarrollo de la conducta agresiva en niños y su relación con la evolución de la conducta antisocial en la adolescencia*. Proyecto PAPIME No. IN301297. México, UNAM.
- Garrison, S. R. & Stolberg, A. (1983). Modification of anger in children by affective imagery training. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11, 115-130.
- Glueck, S. & Glueck, E. (1968). *Delinquents and non delinquents in perspectives*. Cambridge, M.A: Harvard University Press.
- Gorski, J.A. (1998). Peer acceptance in elementary school children: The role of social problem-solving ability. *Dissertation Abstracts International: Section B: the sciences & Engineering*, vol 58 (12.B).
- Guilford, J. P. (1967). *The nature of human intelligence*, Nueva York, McGraw Hill.
- Hann & Borek, (2001). En Henggeler, W.S & Sheidow, J.A. Conduct disorder and delinquency. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 4.

- Hartup, W. W. (1974). Aggression in Childhood: developmental perspectives. *American Psychologist*, 29, 336-341.
- Henggeler, W.S & Sheidow, J.A. (2003). Conduct disorder and delinquency. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 4.
- Heppener, P.P. & Petersen, C. H. (1982), The development and implications of a personal problem solving inventory, *Journal of Counseling Psychology*, 29, 66-75.
- Hetherington, E. M., Cox, M., & Cox, R. (1979). Family interaction and the social, emotional and cognitive development of children following divorce. En V. Vaughn y T. Brazelton (Eds.), *The family: Setting priorities*. New York: Science y Medicine. Hillsdale. N.J. Erlbaum.
- Hinshaw & Erhardt (1994). En S. H. Spence (Ed.), Practitioner Review: Cognitive therapy with children and adolescents: From therapy to practice. *Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 35 (7).
- Hirschi, T., & Hindenlan, M.J. (1977). Intelligence an delinquency: A revision revisionist view. *American Sociological Review*, 42, 571-587.
- Horne, A.M. & Patterson, G.R.(1979). Working with parents of aggressive children. En R.R. Abidin (Ed.), *Parent education handbook*. Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Huesman, L.R., Eron, L. D., Lefkowitz, M.M. & Walter, L.O. (1984). Stability of Aggression over time and generations. *Developmental Psychology*, 20, 120-134.
- Huesman, L.R., Eron, L. D. & Yarmel, P. W. (1987). Intellectual functioning and aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 20, 232-240.
- Hussian, R.A. & Lawrence, P.S. (1981). Social reinforcement of activity and problem- solving training in the treatment of depressed institutional elderly patients, *Cognitive Therapy and Research*, 5, 57-69.
- Jannoun, L., Munby, M., Catalan, J. & Gelder, M. (1980). A home-based treatment program for agoraphobia : Replication and controlled evaluation, *Behavior Therapy*, 11, 294-305.
- Karol, R.L. & Richards, C.S. (1978). Making treatment effects last: An investigation of maintenance strategies for smoking reduction, en Caballo, E.V. (comp.) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*, España, Siglo Veintiuno.
- Kazdin, A. (1985). *Treatment of antisocial behavior in children and adolescents*, Illinois, Dorsey Press, Homewood.
- Kazdin, A. (1987). Treatment of antisocial behavior in children: Current status and future directions. *Psychological Bulletin*, 102, 187-203.
- Kazdin, A. (1993). Adolescent mental health, prevention and treatment programs. *American Psychologist*, 48, 127-141

- Kazdin, A. E., Bass, D., Siegel, T. & Thomas, C. (1989). Cognitive-behavioral therapy and relationship therapy in the treatment of children referred for antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 522-535.
- Kazdin, A. E., Esveldt-Dawson, K., French, N. H. & Unis, A. S. (1987a). Effects of parent management training and problem solving skill training combined in the treatment of antisocial child behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 416-424.
- Kazdin, A. E., Siegel, T. & Bass, D. (1992). Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, (5), 733-747.
- Kazdin, A. E. & Whitley, M. K. (2003). Treatment of parental stress to enhance therapeutic change among children referred for aggressive and antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, (3) 504-515.
- Kelly, J. A. (1992). *Entrenamiento de las habilidades sociales*. Bilbao: DBD.
- Kendall, P. C. & Braswell, L. (1984). *Cognitive behavioral therapy for impulsive children*. Nueva York: Guilford.
- Kendall, P. C. & Williams, C. L. (1982). Assessing the cognitive and behavioral components of children's self-management. In P. Karoly / F. Kanfer (Eds.). *Self management and behavior change: From theory to practice*. New York: Pergamon Press.
- Kendall, P.C. & Fischler, G.L. (1984). Behavioral and adjustment correlates of problem solving: Validation analyses of interpersonal cognitive problem solving measures, *Child Development*, 55, 879-892.
- Kendall, P.C., Ronan, K. R. & Epps, J. (1991). Aggression in children-adolescents: Cognitive-Behavioral treatment perspectives. En D. Popler & K. Rubin, (Eds.), *Development and Treatment of Childhood Aggression*. Toronto: Erlbaum.
- Ketilkangas, J.L. & Pakaslathi, L. (1999). Development of social problem-solving strategies and changes in aggressive behavior: A 7 year follow-up from childhood to late adolescence. *Aggressive Behavior*, 25, 269-279.
- Kettlewell, P. W. & Kausch, D. F. (1983). The generalization of the effects of a cognitive-behavioral treatment program for aggressive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11, 101-114.
- Knutson, J.F. & Hyman, M. (1973). Predatory aggression and irritable aggression. *Psychology and Behavior*, 11, 113-115.
- Koeppe (1974). Relaxation training for children. *Elementary School Guidance and Counseling*, 14-21.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

LaFreniere, P. J. Dumas, J. E. (1996). Social competence and behavior evaluation in children ages 3 to 6 years: The short form (SCBE-30). *Psychological Assessment*, 8(4) 369-377.

Lahey, B.B., Hartdagen, S.E., Frick, P.J., McBurnett, K., Connor, R. & Hynd, G.W. (1988). Conduct disorder: Parsing the confounded relationship to parental divorce and antisocial personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 334-337.

Lambert, W.W. (1974). Promise and problems of cross cultural explorations of Childrens aggressive strategies. En J. Dewit & W.W. Hartup (Eds.). *Determinants and origins of aggressive behavior: The Argue*, Paris: Mounon.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*, Nueva York, Springer.

Ledingham, J. E. & Schwartzman, A.E. (1984). A 3-year follow-up of aggressive and withdrawn behavior in childhood: Preliminary findings. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 12, 157-168.

Lewis, D. O., Shanok, S.S., Grant, M., & Ritvo, E. (1983). Homicidally aggressive young children: Neuropsychiatric and experiential correlates. *American Journal of Psychiatry*, 140, 148-153.

Little, V. L. & Kendall, P. C. (1979). Cognitive-behavioral interventions with delinquents: problem solving, role taking, and self control. En P.C. Kendall & S. D. Hollon. *Cognitive-Behavioral Interventions, Theory, Research, and Procedures*. Academic Press, NJ: Sn Francisco, London, 81-115.

Lochman, J. E. & Curry, J. F. (1986). Effects of Social problem solving training and self-instruction training with aggressive boys. *Journal of Clinical Child Psychology*, 15, 159-164.

Lochman, J. E. & Lampron, L. B. (1988). Cognitive behavioral intervention for aggressive boys: Seven months follow-up effects: *Journal of Child and Adolescent Psychotherapy*, 5, 15-23.

Lochman, J. E. (1992). Cognitive-behavioral intervention with aggressive boys: Three-year follow-up and preventive effects, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, (3) 426-432.

Lochman, J. E., Lampron, L. B., Gemmer, T.V. & Harris, R. (1987). In P. A. Keller & S. R. Heyman (Eds.), *Innovations in Clinical Practice: A source book* (Vol. 6) Sarasota, FL. Professional Resource Exchange.

Lochman, J. E., Lampron, L. B., Gemmer, T.V., Harris, R. & Wickoff, G. M. (1989). Teacher consultation and cognitive-behavioral intervention with aggressive boys. *Psychology in the Schools*, 26, 179-188.

Lochman, J. E., Burch, P. R., Curry, J. F. & Lampron, L. B. (1984). Treatment and generalization effects of cognitive-behavioral and goal-setting interventions with aggressive boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 915-916.

- Lochman, J. E., White, K.J. & Wayland, K.K. (1991). Cognitive behavioral assessment and treatment with aggressive children. En P. Kendall (Ed.), *Therapy with children and adolescents: Cognitive behavioral procedures*. Nueva York: Guilford Press.
- Loeber, R. (1988). Natural histories of conduct problems, delinquency, and associated substance use: Evidence for developmental progressions. En B.B. Lahey & A.E. Kazdin (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology* (Vol. II, pp. 73-124) New York: Plenum Press.
- Loeber, R. & Dishion, T. (1983). Early predictors of male delinquency: A review. *Psychological Bulletin*, 93, 68-99.
- Loeber, R. & Scmaling, K. (1985). The utility of diferentiating between mixed and pured forms of antisocial child behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 337-352.
- Loeber, R. & Stouthammer-Loeber, M. (1986). Family factor as correlates and predictors of juvenile conduct problems and delinquency. En M. Tonrry & N. Morris (Eds.) *Crime and Justice: An annual review of research*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lovas, L. (1997). Aggressiveness and behavior strategies in demanding situations. *Studia Psychologica*, 39, 129-132.
- Lytton, H. (1990). Child and parent effects in boys: Conduct disorder: A reinterpretation. *Developmental Psychology*, 26, 683-697.
- Maccoby, E. (1980). En I. Pintado. *Agresividad infantil*. Madrid. Pirámide.
- Maccoby, E. & Jacklin, C. (1974). *The psychology of sex differences*. Palo Alto, CA: Stanford University Press.
- McCord, J. (1993). Conduct disorder and antisocial behavior: Some thoughts about process. *Development and Psychology*, 5, 321-329.
- Matthys, W.; Cuperus, J.M. & Van Engeland, H. (1999). Deficient social problem-solving in psychiatrically defined aggressive boys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 311-321.
- Mednick, S.A., Gabrielli, W.F. & Hutchings, B. (1985). Genetics factors in the etiology of criminal behavior. En S.A. Mednick, T.E. Moffitt & S.A. Stack (Eds.), *The causes of crime: New biological approaches* (pp. 74-91). New York: Cambridge University Press.
- Mendonca, J.D. & Siess, T.F. (1976). Counseling for indecisiveness: Problem solving and anxiety in management training, *Journal of Counseling Psychology*, 23, 330-347.
- Mendoza, B., Ortiz, A. & Ayala, H.(1997). Índice de Enojo Infantil. Instrumento elaborado para el programa *Estudio Longitudinal del desarrollo de la conducta agresiva en niños y su relación con la evolución de la conducta antisocial en la adolescencia*. Proyecto PAPIME No. IN301297. México, UNAM.

- Miechenbaum, D. (1975). A self-instructional approach to stress management: A proposal for stress inoculation training. In C. Spielberg & I. Sarasen (Eds.), *Stress and Anxiety* (Vol. 1) NY: Willey.
- Mischel, (1966). En G.R. Patterson . *Coercitive family process*. Eugene, OR: Castalia Publishing Company.
- Moon, J.R. & Eisler, R.M. (1983). Anger Control: An experimental comparison of three behavioral treatments, *Behavior Therapy*, 14, 493-505.
- Mott, P. & Krane, A. (1994). Interpersonal cognitive problem-solving and childhood social competence. *Cognitive Therapy & Research*, 2, 127-141.
- Nasby, W., Hayden, B. & D' Paulo, B.M. (1980). Attributional bias among aggressive boys to interpret unambiguous social stimuli as display of hostility. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 459-468.
- Nezu, A.M. (1986). Efficacy of a social problem solving therapy approach for unipolar depression, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 1966-202.
- Nezu, A.M. & Nezu, C. M. & Perri, M. G. (1989). *Problem-solving therapy for depression: theory, research and clinical guidelines*, Nueva York, Willey.
- Nezu, A.M. & Nezu, C. M. (comps.) (1989). *Clinical decision making in behavior therapy: a problem solving perspective*, Champaign, Ill., Research Press.
- Nezu, A.M. (1987). A problem solving formulation of depression: A literature review and proposal of a pluralistic model, *Clinical Psychology Review*, 7, 121-144.
- Nezu, A.M., Mahoney, D.J., Perri, M.J., Renjilian, D.J., Arean, P.A. & Joseph, T.X. (1989). Effectiveness of problem-solving therapy for severely hospitalized veterans. En E.V. Caballo, (comp.) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*, España, Siglo Veintiuno.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M., Arean, P.A. & Kuehl, E. (1989). Assertiveness and problem solving training for mentally retarded persons with dual diagnoses. En E.V. Caballo, (comp.) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*, España, Siglo Veintiuno.
- Nezu, C.M. & Nezu A.M. (1991). Entrenamiento en solución de problemas. En E.V. Caballo, (comp.) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*, España, Siglo Veintiuno.
- Novaco, R. W. (1975). *Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment*. Lexington, MA: Health, Lexington Books.
- Novaco, R. W. (1978). Anger and coping with stress: Cognitive behavioral intervention. En J.P. Foreyt & D.P. Rathjen (Eds.) *Cognitive behavioral therapy: Research and application*. Nueva York: Plenum.
- Olweus, (1979). Stability of aggressive reactions patterns in males: A Review. *Psychological Bulletin*, 86, 852-875.

Osborn, A., (1963). *Applied imagination: Principles and procedures of creative problem solving*. Nueva York, Charles Scribner's Sons.

Parnes, S. J. (1967). *Creative behavior guidebook*. New York: Scribner's.

Patterson, G. R. (1976). The aggressive child: Victim and architect of coercive system. In E. J. Mash, L. A. Hamerlynck & L. C. Handy (Eds.) *Behavior modification and families: I. Theory and research* (pp. 267-316). New York: Brunner/Mazel.

Patterson, G.R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia Publishing Company.

Patterson, G.R., De Garmo, D.S. & Knutson, N. (2000). Hyperactive and antisocial behaviors: Comorbid or two points in the same process? *Development and Psychopathology*, 12, 91-116.

Patterson, G.R., & Reid, J.B. (1984). Social interactional processes within the family: The study of the moment-by-moment family transactions in which human behavior is embedded. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 5, 237-262.

Pepler, D. J. & Rubin, K. H. (1991). *The Development and Treatment of Childhood Aggression*. Hillsdale, NJ:LEA.

Perri, M.G., McAdoo, W.G., McAllister, D.A., Lauer, J.B., Jordan, R.C., Yancey D.Z. & Nezu, A.M. (1987). Effects of peer support and therapist contact on long-term weight loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 615-617.

Platt, J.J. & Spivack, G. (1975). *Manual for the means-ends problem-solving procedures (MEPS): A measure for interpersonal cognitive problem-solving skills*, Filadelfia, Hannemann Community Mental Health/Mental Retardation Center.

Platt, J.J., Spivack, G., Altman, N. Altmant, D. & Peizer, S. B. (1974). Adolescent problem-solving thinking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 787-793.

Plomin, R., Nitz, K. & Rowe, D.C. (1990). Behavioral genetics and aggressive behavior in childhood. En M. Lewis & S.M. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (pp. 119-133). New York: Plenum Press.

Prinz, R.J. (1991). *Advances in behavioral assessment of children and families: A research annual*, London, England UK: Jessica Kingsley Publishers.

Quay, H.C. (1979). Classification en H.C. Quay & J.S. Werry (Eds.). *Psychopathological disorders of childhood*. Nueva York: Wiley & Sons.

Rabiner, D.L., Lenhart, L. & Lochman, J.E. (1991). Automatic versus reflective social problem-solving in relation to children's sociometric status. *Developmental Psychology*, 26, 1010-1016

Reid, J.B. (1978). *A social learning approach to family interaction*. Vol.2, De. Castalia Publishing Company, Oregon, U.S.A.

Reid, J.B. (1993). Prevention of conduct disorder before and after school entry: Relating intervention to developmental findings. *Development and Psychopathology*, 5, 243-262.

Robins & Rutter, M. (1990). En D. J. Pepler, & K. H Rubin., *The Development and Treatment of Childhood Aggression*. Hillsdale, NJ:LEA.

Romero, G. & Ayala, H. (1998a). Registro Diario de Agresión, registro elaborado para el programa *Estudio Longitudinal del desarrollo de la conducta agresiva en niños y su relación con la evolución de la conducta antisocial en la adolescencia*. Proyecto PAPIME No. IN301297. México, UNAM.

Romero, G. & Ayala, H. (1998b). Situaciones Analógicas para la Evaluación de Solución de Problemas, elaboradas para el programa *Estudio Longitudinal del desarrollo de la conducta agresiva en niños y su relación con la evolución de la conducta antisocial en la adolescencia*. Proyecto PAPIME No. IN301297. México, UNAM.

Rowe, D.C. (1993). *The limits of family influence: Genes, experience, and behavior*. New York: Guilford Press.

Rutter, M. & Giller, H. (1983). *Juvenile delinquency: Trends and perspectives*. New York: Penguin Books.

Rutter, M. (1967). A children's behavior questionnaire for completion by teachers: preliminary findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 8, 1- 11.

Serbin, L.A., Peters, P.L., McAffer, V.J. & Swartzman, A.E. (1991). Childhood aggression and withdrawal as predictors of adolescent pregnancy, early parenthood, and environmental risk for the next generation. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 23, 318-331.

Serrano, I. (1996). *Agresividad infantil*. Madrid. Pirámide.

Shaw, D.S. & Bell, R.Q. (1993). Developmental Theories of parental contributors to antisocial behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 493-518.

Shrader, C., Long, J., Panzer, C., Gillet, D. & Kornblath, R. (1993). An anger control package for adolescent drug abusers. En A. J. Finch Jr., & M.W. Nelson, (Eds.), *Cognitive-behavioral procedures with children and adolescents: A practical guide*. U. S A., Allyn and Bacon.

Shure, M.B. (2001). How to think, not what to think: A problem solving approach to prevention of early high-risk behaviors. En A. C. Bohart & D. J. Stipek (Eds.) *Constructive and destructive behavior: Implications for family, school, & society*. Washington D.C., American Psychological Association.

Shure, M.B., Spivack, G.P. (1978). *Problem-solving techniques in child-rearing*. San Francisco: Jossey-Bass.

Siegel, J.M. & Spivack, G. (1976). Problem-solving therapy: The description of a new program for chronic psychiatric patients, *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 13, 368-373.

- Snyder, J.J (1977). Reinforcement analysis of interaction in problem and nonproblem families. *Journal of abnormal Psychology*, 22, 124-131.
- Spence, S. H. (1994). Practitioner Review: Cognitive therapy with children and adolescents: From therapy to practice. *Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 35 (7).
- Spivack, G. & Shure, M.B. (1974). *Social adjustment of young children: A cognitive approach to solving real-life problems*. San Francisco: Josey Bass.
- Spivack, G. & Shure, M.B. (1982). The cognition of social adjustment: Interpersonal cognitive problem solving thinking. En B.B. Lahey & Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 5, 323-372). Nueva York: Plenum.
- Spivack, G., Marcus, J., & Swift, M (1986). Early classroom behavior and later misconduct. *Developmental Psychology*, 22, 124-131.
- Spivack, G., Platt & Shure, M.B. (1976). *The problem solving approach to adjustment*. San Francisco: Josey Bass.
- Stark (1994). En , S. H. Spence (Ed.), Practitioner Review: Cognitive therapy with children and adolescents: From therapy to practice. *Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 35 (7).
- Straw, M.K. & Terre, L. (1983). An evaluation of individualized behavioral obesity treatment and maintenance strategies, *Behavior Therapy*, 14, 255-266.
- Tomy, M., Ohlin, L.E., Farrington, D.P., Adams, K., Earls, F., Rowe, D.C., Sampkson, R.J., & Tremblay, R.E. (1991). *Human development and criminal behavior: New ways of advancing knowledge*. N.Y: Springer-Verlag.
- Tremblay, R.E., Pagani-Kurtz, L., Vitaro, F., Masse, L. C. & Phil, R. O. (1995). A bimodal preventive intervention for disruptive kindergarten boys: Its impact thorough mind-adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (4).
- Verda & Kendall. (1979). En P. C. Kendall & S. D. Hollon (Eds.) *Cognitive-Behavioral Interventions, Theory, Research, and Procedures*. Academic Press, New York San Francisco London.
- Vitaro, F. & Pelletier, D. (1992). Assessment of children's social problem-solving skills in hypothetical and actual conflict situations. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 5, 505-518.
- Wadsworth, M. (1979). *Roots of delinquency: Infancy, adolescence and crime*. New York: Barnes & Noble.
- Wahler R. G. & Fox, J.J. (1980). Solitary toy play and time out: A family treatment package for children with aggressive and oppositional behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 13, 23-39.

- Webster-Stratton, C. & Reid, M.J. (2003). Treating conduct problems and emotional competence in youth children: The Dina Dinosaur Treatment Program. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 11, 3.
- West, D. J. (1982). *Delinquency: Its roots, carriers and prospects*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- West, D.J., & Farrington, D.P. (1973). *Who becomes delinquent?*. London: Heinemann Educational Books.
- Whisman, M.A. & Jacobson, N.S. (1989). Marital distress, en A.M., Nezu & C.M. Nezu (comps.), *Clinical decision making in behavior therapy: A problem-solving perspective*. Champaign, Ill., Research Press.
- Wilson, H. (1980). Parental supervision: A neglected aspect of delinquency. *British Journal of Criminology*, 20, 203-235.
- Wolfgang, M.E., Figlio, R. & Sellin, T. (1972). *Delinquency in a birth cohort*. Chicago: University of Chicago Press.
- Zigler, E. & Philips, L. (1961). Social competence and outcome in psychiatric disorder, *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 231-238.

ANEXOS

ANEXO 1. REGISTRO DIARIO DE AGRESIÓN FÍSICA Y VERBAL

Nombre del Niño: _____

Nombre del Padre: _____

Fecha: _____

Por favor marque con una "X" en el día de la semana correspondiente cada una de las veces que su hijo:

- Agreda física y/o verbalmente a alguna persona o animal.
- Dañe o destruya objetos, muebles, plantas.

Día	Agresión	Total
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		
Domingo		

Firma del Padre

ANEXO 2. REGISTRO ACC

Conductas Agresivas

Nombre: _____

Fecha	Hora	¿Qué pasó antes?	¿Cuál fue la conducta agresiva?	¿Qué sucedió después?

ANEXO 3. SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Nombre: _____

Fecha _____

¿Cuál fue el problema?

¿Qué podías hacer para solucionar el problema?

¿Qué sucedería si lo haces?

¿Qué hiciste?

¿Funcionó? Si _____ No _____

¿ Por qué? _____

ANEXO 4

**Resultados desglosados por cada uno de los sujetos, derivados
de la evaluación en las situaciones analógicas**

Tabla 1. Porcentajes del **tipo de solución** de problemas empleado por los sujetos en las fases de línea base, tratamiento y seguimiento.

sujetos	Agresiva			Pasiva			Asertiva		
	LB	TX	SEG	LB	TX	SEG	LB	TX	SEG
1	66.7%	12.5%	0.0%	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%	87.5%	66.7%
2	33.3%	0.0%	0.0%	66.7%	12.5%	0.0%	0.0%	87.5%	100.0%
3	66.7%	12.5%	0.0%	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%	87.5%	66.7%
4	66.7%	0.0%	0.0%	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%	87.5%	100.0%
5	100.0%	25.0%	33.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	75.0%	66.7%
6	50.0%	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
7	50.0%	0.0%	0.0%	50.0%	25.0%	0.0%	0.0%	75.0%	100.0%
8	75.0%	0.0%	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%	0.0%	87.5%	66.7%
9	50.0%	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%

Tabla 2 . Porcentajes de las **categorías positivas** de las habilidades de comunicación presentadas por los sujetos en las fases de línea base, tratamiento y seguimiento.

sujetos	Contacto visual			Tono de voz			Expresiones gestuales		
	LB	TX	SEG	LB	TX	SEG	LB	TX	SEG
1	33.3%	100.0%	100.0%	0.0%	100.0%	66.7%	0.0%	66.7%	66.7%
2	0.0%	66.7%	66.7%	33.3%	100.0%	100.0%	33.0%	100.0%	100.0%
3	33.3%	100.0%	100.0%	0.0%	66.7%	66.7%	0.0%	66.7%	66.7%
4	0.0%	66.7%	100.0%	33.3%	100.0%	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%
5	0.0%	66.7%	66.7%	0.0%	100.0%	100.0%	33.3%	100.0%	66.7%
6	25.0%	100.0%	100.0%	50.0%	100.0%	100.0%	25.0%	100.0%	100.0%
7	25.0%	100.0%	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%	0.0%	66.7%	66.7%
8	0.0%	66.7%	66.7%	25.0%	100.0%	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%
9	0.0%	100.0%	100.0%	25.0%	100.0%	100.0%	25.0%	66.7%	100.0%

Tabla 3. Porcentajes de las **categorías positivas** de las habilidades de comunicación presentadas por los sujetos en las fases de línea base, tratamiento y seguimiento.

sujetos	Expresiones de comprensión y expresión del problema			Petición de un cambio o propuesta de solución		
	LB	TX	SEG	LB	TX	SEG
1	33.3%	100.0%	100.0%	0.0%	66.7%	66.7%
2	0.0%	66.7%	66.7%	0.0%	100.0%	66.7%
3	33.3%	100.0%	100.0%	0.0%	100.0%	100.0%
4	0.0%	66.7%	66.7%	33.3%	100.0%	100.0%
5	0.0%	66.7%	100.0%	0.0%	66.7%	66.7%
6	25.0%	100.0%	100.0%	0.0%	66.7%	66.7%
7	25.0%	100.0%	100.0%	25.0%	100.0%	100.0%
8	0.0%	66.7%	66.7%	0.0%	66.7%	66.7%
9	0.0%	100.0%	100.0%	25.0%	100.0%	100.0%

Tabla 4. Porcentajes de las **categorías negativas** de las habilidades de comunicación presentadas por los sujetos en las fases de línea base, tratamiento y seguimiento.

sujetos	Ignorar			Gritar			Interrumpir		
	LB	TX	SEG	LB	TX	SEG	LB	TX	SEG
1	66.7%	12.5%	0.0%	33.0%	0.0%	0.0%	66.7%	0.0%	0.0%
2	33.0%	0.0%	0.0%	66.7%	12.5%	0.0%	66.7%	25.0%	0.0%
3	100.0%	12.5%	0.0%	33.3%	0.0%	0.0%	66.7%	0.0%	0.0%
4	66.7%	12.5%	0.0%	33.3%	0.0%	0.0%	66.7%	0.0%	0.0%
5	100.0%	25.0%	33.0%	66.7%	0.0%	0.0%	100.0%	12.5%	0.0%
6	75.0%	12.0%	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%	75.0%	0.0%	0.0%
7	50.0%	0.0%	0.0%	50.0%	12.5%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%
8	75.0%	0.0%	0.0%	25.0%	0.0%	33.3%	75.0%	25.0%	33.3%
9	50.0%	0.0%	0.0%	50.0%	12.5%	0.0%	75.0%	0.0%	0.0%

Tabla 5. Porcentajes de las **categorías negativas** de las habilidades de comunicación presentadas por los sujetos en las fases de línea base, tratamiento y seguimiento.

sujetos	Burlar			Insultar		
	LB	TX	SEG	LB	TX	SEG
1	0.0%	0.0%	0.0%	33.0%	0.0%	0.0%
2	33.0%	0.0%	0.0%	66.7%	12.5%	0.0%
3	66.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
4	66.7%	0.0%	0.0%	33.3%	0.0%	0.0%
5	33.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
6	75.0%	12.5%	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%
7	50.0%	0.0%	0.0%	50.0%	12.5%	0.0%
8	25.0%	0.0%	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%
9	50.0%	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%