



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Eficacia del Tratamiento Cognitivo-Conductual dirigido a
Niños con Conducta Agresiva. Estudio de Casos.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

MARIANNA ESCOBAR PACHECO

DIRECTORA DE TESIS: DRA. LAURA HERNÁNDEZ-GUZMÁN

REVISOR DE TESIS: MTRO. JORGE ÁLVAREZ MARTÍNEZ

Ciudad Universitaria México, D. F. Marzo de 2014.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

ÍNDICE

Agradecimientos	II
Resumen	V
Introducción	1
Capítulo 1. Agresividad infantil. Características, origen y relevancia.	4
1.1. Definiciones de la conducta agresiva.....	4
1.2. Origen de la conducta agresiva infantil.....	8
1.3. El curso de la agresividad infantil. Consecuencias a corto, mediano y largo plazos.....	15
Capítulo 2. Agresividad infantil en la escuela	17
Capítulo 3. El éxito de las intervenciones para reducir la conducta agresiva infantil	21
3.1. Tratamiento de la conducta agresiva.....	21
3.2. Investigación sobre la eficacia de los tratamientos dirigidos a la agresividad infantil.....	24
3.3. Los estudios sobre la eficacia del tratamiento de la conducta agresiva.....	27
Capítulo 4. Método	34
Participantes.....	34
Escenario.....	34
Instrumentos.....	34
Procedimiento.....	35
Tratamiento.....	35
Capítulo 5. Resultados	37
Capítulo 6. Discusión	60
Referencias	67
Anexo1 Consentimiento Informado	76
Anexo 2 Hoja de Control y seguimientos de niños en el tratamiento	77
Anexo 3 Instrumentos de Evaluación (ejemplo de algunos reactivos)	78

Agradecimientos

A los niños de las escuelas que participaron en el proyecto Prevención y tratamiento de Problemas de Conducta Agresiva por habernos permitido interactuar con ellos y ayudarlos a mejorar su comportamiento con la intervención y a sus papás por haber accedido a participar con nosotros.

A Laura, gracias por permitirme formar parte de tu equipo de investigación por todo el aprendizaje y las herramientas adquiridas durante estos años que me impulsan a seguir formándome para ser una psicóloga mejor preparada.

A Violeta, gracias por dejarme participar en el proyecto de agresividad, eres una parte esencial en la conformación de esta tesis. También gracias por brindarme tu amistad y ser mi mentora en otros proyectos que hemos compartido en estos años. Eres para mí un ejemplo de determinación y profesionalismo.

A los integrantes del cubículo I edificio E, Laboratorio de Ansiedad: Anel, Erika, Jorge, Marco, Yalin, Verónica, Rebeca, Jonathan, Flor, Joaquín, Toño, Martha, Adriana, Mayra y Malú por compartir una etapa muy importante en mi formación como psicóloga y brindarme su amistad.

Gracias.

A mis padres que siempre me han apoyado en mis decisiones escolares y personales. Gracias porque han sido mi guía y me han alentado a superarme y alcanzar mis metas todos los días de mi vida.

A Jessica, gracias por ser mi ejemplo de lo que se debe y no hacer, eres una persona muy importante para mí y así como hemos compartido una nueva etapa en tu vida te agradezco que seas parte de esta nueva etapa en la mía.

A *mis abuelos*, que aunque ya no están conmigo les agradezco haber sido siempre un ejemplo de vida y animarnos siempre a ser los mejores en cualquier cosa que hiciéramos y a disfrutar cada momento.

A *mi familia* que siempre han demostrado ser un apoyo cuando los necesito, gracias por toda la confianza y cariño.

A *los maestros de la Facultad, Rosa María, Lamberto, Eva, Mirna, Samuel, Roberto y demás* les agradezco que al compartir sus conocimientos conmigo como alumna y en algunos momentos como amiga, me hayan enseñado lo importante que es estar comprometido con la psicología y transmitir este amor a la carrera a sus alumnos.

A *mis amigos de toda la vida Dianina, Joel, Giovanni, Miguel, Sergio, Erick, Joyce, Marisol, Elena, Alejandro y Víctor*, que desde siempre nos hemos brindado apoyo y amistad demostrando que podemos contar los unos con los otros en cada cambio en nuestras vidas. Los quiero mucho chicos.

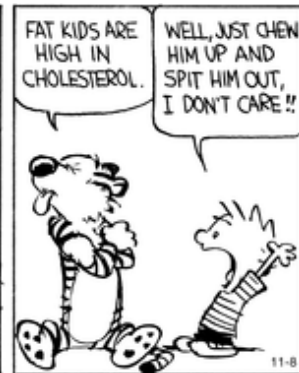
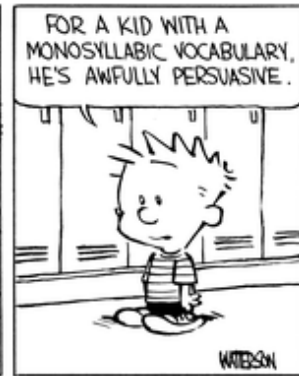
A *Bety*, gracias por ser mi amiga durante la carrera, juntas aprendimos muchas cosas y vivimos cambios muy importantes en nuestras vidas. A pesar de la distancia siempre estás en mi lista de referencias porque sé que eres una de las mejores en lo que haces. Te quiero mucho amiguita.

A *los amigos de la prepa 6 Augusto, Javier, Rafael, Felipe, Oscar*, que siempre es un gusto compartir con ustedes nuevas aventuras y logros.

A *mi comadre y amiga Paloma* que más que amigas somos como hermanas gracias por compartir conmigo tantos momentos felices, tristes y logros alcanzados. Gracias por ser una confidente y compañera de aventuras.

A *Irvin*, gracias por brindarme tu amistad, por ser un impulso para cerrar este ciclo y alcanzar esta meta tan importante en mi vida. Gracias por compartir conmigo sueños, metas, alegrías y tristezas, pero por sobre todo una vida.... Te amo.

A todos ustedes gracias por acompañarme en este camino.



Resumen

En los últimos años, se ha hecho evidente la necesidad de estudiar la naturaleza, la evaluación y el tratamiento de los trastornos infantiles. No obstante, es claro que los modelos que la explican son sólo una adaptación de los modelos de la psicopatología adulta, pero con una casi nula o inexistente base de investigación científica enfocada en los niños. Lo que repercute en su evaluación y tratamiento.

Los niños en desarrollo representan una población singular para la que existen consideraciones, de naturaleza conceptual, metodológica y práctica, distintas con respecto a la clasificación, la evaluación y el tratamiento (Marsh & Graham, citados en Caballo & Simón, 2001).

Algunos estudios encaminados a explicar la conducta agresiva (Eddy, 2003), muestran una continuidad de ésta. Es decir, se observa que conductas que inician en la infancia, se exacerban en la adolescencia y tienden a agravarse al llegar a la adultez.

La prevención y el tratamiento de la psicopatología infantil se han beneficiado también de la investigación sobre técnicas conductuales diseñadas para alterar las interacciones del niño en diferentes ambientes. La prevención de la conducta agresiva en niños y adolescentes se ha convertido en una prioridad que de no atenderse podría devenir en delincuencia, abuso de sustancias y conducta antisocial (Reid, Webster-Stratton & Beauchaine, 2001). En este sentido es importante entender los mecanismos que provocan la aparición de la conducta agresiva e implementar tratamientos o intervenciones adecuados para prevenir su crecimiento.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad es común observar a través de los medios de comunicación un incremento en la incidencia de actos violentos. En la televisión, en el periódico, en el internet, entre otros, se pueden observar muestras de la violencia que se vive hoy en día.

En la investigación científica hay cada vez más datos que intentan dar una explicación al origen del problema. Algunos estudios encaminados a explicar la conducta agresiva (Eddy, 2003), muestran una continuidad de ésta. Es decir, se observa que conductas que inician en la infancia, se exacerban en la adolescencia y tienden a agravarse al llegar a la adultez.

La prevención de la conducta agresiva en niños y adolescentes se ha convertido en una prioridad que de no atenderse podría devenir en delincuencia, abuso de sustancias y conducta antisocial (Reid, Webster-Stratton & Beauchaine, 2001). En este sentido es importante entender los mecanismos que provocan la aparición de la conducta agresiva e implementar tratamientos o intervenciones adecuados para prevenir su crecimiento.

Como ejemplo, la delincuencia ha tenido una escalada sobre todo en las últimas dos décadas. En el 2004, más de 30 millones de personas fueron víctimas de la delincuencia. 46% de los robos se cometió con violencia, el 4% lo representaron las ofensas de tipo sexual, siendo las más agredidas las mujeres. Para el 2007 se informó sobre 819,919 denuncias de delitos, el robo representó el primer delito cometido (1er Informe de Gobierno, *Estadísticas de delincuencia y seguridad pública*, 2007). Para el 2012 la violencia y la agresividad son una preocupación constante a nivel nacional y las consecuencias de esta conducta tienen repercusiones importantes en la sociedad. El mantenimiento de las conductas agresivas y su evolución en trastornos disociales ya no sólo afecta directamente

a quienes las presentan, sino que representan una gran inseguridad para las comunidades enteras. A nivel mundial la violencia se ha vuelto la principal causa de muerte en la población de 15 a 44 años (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2002; Slaby, 1997; Yunes, 1993) y en América Latina es uno de los problemas más serios que enfrentan nuestros gobiernos.

Como primer propósito del presente trabajo es explorar si es eficaz aplicar una intervención cognitivo-conductual con énfasis en solución de problemas para disminuir la conducta agresiva en niños mexicanos. Como segundo propósito se pretende documentar si el cambio observado se mantiene a largo plazo. Y como propósito final identificar si el efecto del tratamiento de conducta agresiva repercute también en la medición de problemas sociales de los niños.

En el capítulo 1 se analizan las definiciones más importantes sobre conducta agresiva. Después de identificar los elementos que las diversas definiciones comparten se arriba a una definición que se adopta a lo largo del presente trabajo. Asimismo se discute el origen de la conducta agresiva y se identifica los factores más importantes a los que ésta se ha atribuido.

En el segundo capítulo se revisa el papel que desempeña la agresividad infantil en la escuela. A lo largo del mismo se considera el fenómeno del bullying como una manifestación de agresividad en el contexto escolar. Este capítulo conduce a la necesidad de abordar la agresividad dentro del contexto escolar para ubicar las posibles intervenciones.

En el tercer capítulo se revisa los distintos tipos de intervención que se han propuesto a lo largo del tiempo a partir de la literatura de investigación. Destaca el entrenamiento de estrategias cognitivas y de solución de problemas en las que se basa el presente trabajo.

El capítulo 4 presenta el método mediante el cual se aplicó la intervención a los niños con conducta agresiva. Se describe el tratamiento y el diseño que se empleó y las comparaciones intrasujeto que se llevó a cabo.

En el capítulo 5 de resultados se describe cada uno de los 5 casos estudiados en la presente tesis, los efectos de tratamiento para cada uno de los niños intervenidos y los resultados de cada uno de los casos.

El capítulo 6 discute los hallazgos en los casos y se analizan a la luz de la literatura de investigación. La interpretación arriba a conclusiones acerca de la eficacia del tratamiento a partir de la réplica directa al mismo tiempo que se comprara los resultados con los resultados de otras investigaciones y se propone estudios a futuro.

Capítulo 1. Agresividad Infantil: Características, origen y relevancia

1.1. Definiciones de la conducta agresiva

Es importante caracterizar la conducta agresiva infantil, conocer sus consecuencias a corto, mediano y largo plazos, e identificar las teorías que intentan explicar su etiología para distinguirla de otros trastornos a los que a menudo se asocia. Dado que la conducta agresiva es un elemento diagnóstico común en trastornos como el disocial, el negativista desafiante y el déficit de atención, por ejemplo, es importante establecer de inicio a qué nos referimos cuando hablamos de *conducta agresiva*.

En la literatura sobre el tema es posible encontrar diferentes enfoques de la conducta agresiva infantil. Algunos autores dividen este tipo de comportamiento por sus componentes operacionales, otros por sus componentes subjetivos, otros más le dan importancia al ambiente donde se desarrolla la conducta, y hay quienes combinan todos estos elementos para definir la conducta agresiva.

Dentro de esta línea Ross Allan (1987) considera los elementos que comparten la mayoría de las definiciones, y define la conducta agresiva como conducta excesiva que puede reducirse cambiando sus consecuencias reforzantes, se caracteriza principalmente por ataques físicos a otra persona, la destrucción o el robo de propiedades, el abuso verbal y/o la lesión a un animal. Añade este autor que este tipo de conducta tiene como característica el violar las relaciones interpersonales, lo que representa un problema social para el individuo.

Dentro del contexto de la medición de la conducta agresiva autores como Achenbach y Rescorla (2001) comparten los elementos anteriores al definir al niño agresivo como aquel que discute mucho, es cruel, demanda atención, destruye sus cosas y las de los demás, desobedece en la casa y en la escuela, riñe, ataca

a las personas, grita mucho, es necio, presenta cambios de estado de ánimo, amenaza a otras personas, etcétera”.

Siguiendo la misma línea de pensamiento Connor (2002) ha sugerido que los niños aprenden la conducta agresiva como una buena estrategia para conseguir lo que quieren en el ambiente del hogar, cuando las condiciones de crianza no son favorables. Los padres al reforzar la conducta agresiva facilitan el que ésta se extrapole a otros escenarios como el salón de clase o la escuela. La definición que proponen estos autores incluye pleitos, desobediencia, discusiones.

Aunque no tan completas como las definiciones descritas anteriormente, hay autores como Schor (1996) quien no incluye los fraudes y los robos en su definición de conducta agresiva. Esta definición incorpora el infligir daño físico, destruir propiedades e incluye la violación a las normas sociales. Este autor caracteriza al niño agresivo como aquél que pega, muerde, amenaza, maltrata, demanda y destruye. No obstante considera que la agresividad es parte de la naturaleza humana, y sin embargo mucha gente aprende a afrontar las situaciones sociales de manera apropiada y aceptable socialmente. Su definición distingue entre agresividad y asertividad la que conceptúa como el esfuerzo para alcanzar una meta deseada. Finalmente existen definiciones que incluyen sólo dos de los elementos que se han identificado como propios de la conducta agresiva.

Para Buss (1961) la conducta agresiva es todo el comportamiento que lastima o lleva a perjuicio a otro, define 3 dimensiones que caracterizan a la agresividad: a) agresión física o verbal; b) la agresión directa o indirecta y c) el grado de actividad implicada activa o pasiva, la agresión pasiva suele ser directa, pero a veces puede manifestarse indirectamente.

Otros autores que comparten el hecho de causar perjuicio a otro así como destruir o dañar la propiedad de otros, ofrecen también explicaciones acerca de las causas por las que ocurre la agresividad.

Berkowitz (1974) ha explicado que la frustración crea una predisposición para generar respuestas hostiles por la activación del enojo. Para él la frustración es un factor asociado con el enojo y con la agresión lo que provoca la conducta con la intención de herir o lastimar a otros.

Congruente con la definición de Berkowitz, Kempes (2005) ha propuesto que la conducta agresiva es una conducta deliberada cuyo objetivo es dañar personas u objetos. La respuesta agresiva de los niños se asocia con el rechazo social y una frecuente victimización. La conducta agresiva para Kempes se caracteriza por ser explosiva e incontrolada y está acompañada por altos niveles de activación y alteración emocional. Las conductas observables más frecuentes que menciona son herir a alguien físicamente y patear, y su manifestación psicológica sería humillar y decir chismes. Las emociones implícitas informadas por el niño durante su actividad agresiva son enojo y miedo, por lo que Kempes define dos tipos de agresividad: a) la reactiva, que es la respuesta agresiva que se da ante una amenaza o provocación y b) la proactiva que se define como la conducta que anticipa una recompensa. Este autor incluye también una modalidad patológica de la conducta agresiva que es aquella que se caracteriza por rasgos como el dominio, la insensibilidad el aplanamiento emocional y la ausencia de culpa.

Al sistematizar los elementos que comúnmente comparten las definiciones más importantes de conducta agresiva se arribó a la siguiente tabla:

Tabla 1. 1 Elementos de las definiciones de conducta agresiva

Autor	Conducta	Daño físico o amenazas a personas o animales	Dstrucción de la propiedad de personales, de otras personas	Fraudes ó robos	Violaciones graves de las normas sociales	Totales
Achenbach y Rescorla, 2001		√	√	√	√	4

Connor, 2002	√	√	√	√	4
Ross Allan, 1987	√	√	√	√	4
Schor, 1996	√	√		√	3
Buss, 1961	√	√			2
Berkowitz, 1974	√	√			2
Kempes, 2005	√	√			2

En conclusión son cuatro los elementos que es posible considerar como definitorios de la conducta agresiva:

- 1) el daño físico o amenaza
- 2) destrucción de la propiedad personal y de otras personas
- 3) fraudes ó robos
- 4) violaciones graves de las normas sociales

Estos cuatro elementos son fundamentales, sin embargo el daño físico y la destrucción de la propiedad son los que todas las definiciones incluyen.

Es importante subrayar que algunos autores como Berkowitz, Schor, Ross, entre otros proponen incluir elementos subjetivos en la comprensión de la conducta agresiva, como la interpretación del contexto y las emociones que experimenta el individuo durante la respuesta agresiva. Así, para Berkowitz (1978) la interpretación del medio, la percepción de amenaza del ambiente y la sobrerreacción son variables importantes que dependen del contexto y que influyen en el comportamiento agresivo. En esta misma línea, Schor (1996) considera que la conducta agresiva es inapropiada o excesiva cuando causa deterioro en el desarrollo del niño, en sus relaciones interpersonales, en sus logros en casa y escuela o cuando afecta a su comunidad.

Efectivamente el comportamiento agresivo interfiere con el funcionamiento de la sociedad en el sentido de que quebranta las relaciones interpersonales, lo que lo convierte en un problema social y no en uno que afecta únicamente al individuo.

La ventaja importante de las definiciones revisadas es que incluye elementos operacionales que permiten la medición objetiva de la conducta agresiva en los participantes, para fines de esta investigación se tomará la concepción de Achenbach y Rescorla (2001). Estos autores consideran que un niño agresivo es aquél que: discute mucho, es cruel, demanda atención, destruye sus cosas y las de los demás, desobedece en la casa y en la escuela, riñe, ataca a las personas, grita mucho, es necio, presenta cambios de humor, amenaza a otras personas, etcétera.

1.2. Origen de la conducta agresiva infantil

La investigación sobre la conducta agresiva infantil ha encontrado que existen diversos factores que facilitan la aparición y el mantenimiento de ésta e intenta explicar su origen. Ha sido a partir de tres tipos factores que se ha intentado explicar el origen y mantenimiento de la conducta agresiva:

- a) *Biológicos*: comprenden los factores genéticos y hormonales en los que participan neurotransmisores, características fisiológicas, daño orgánico, etcétera.
- b) *Psicológicos*: comprenden la personalidad, el temperamento, la impulsividad, el desempeño escolar, la inteligencia, el enojo, la frustración, la interpretación del contexto, la atención, el manejo del conflicto y la capacidad de solución de problemas.
- c) *Sociales*: incluyen la interacción padre-hijo, madre-hijo, ambiente familiar, ambiente social, relación con pares, tipos de crianza, ambiente escolar, impacto de medios de comunicación, factores socioeconómicos, etcétera.

En mayor o menor medida, diversos investigadores atribuyen una responsabilidad a cada uno de estos tres factores del origen de la agresividad. La tabla 1.2 presenta las principales explicaciones de la agresividad.

Tabla 1.2. Factores predictores y de mantenimiento de la conducta agresiva infantil.

	Biológicos	Psicológicos	Sociales
Muñoz, 2004	Hormonas, Neurotransmisores, Anomalías cromosómicas, Transmisión hereditaria, Sexo, Edad.	Hiperactividad, Trastornos internalizados, Asociación de trastornos mentales graves, Personalidad, Inteligencia, Actitudes y creencias, Fracaso académico.	Medios de comunicación masiva, Ubicación sociodemográfica, Variaciones étnicas, Criminalidad de los padres, Maltrato infantil y abusos, Estilos de crianza inadecuados, Interacción padre-hijo defectuosas, Conflictos maritales, Eventos familiares estresantes, Padres adolescentes, Gran número en elementos en la familia, Separación de los padres, Hermanos delincuentes, Compañeros delincuentes, Bandas.
Rappaport & Thomas, 2004	Sexo, Indicadores fisiológicos	Factores socio cognitivos	Factores familiares, Relación con pares y vinculación con pandillas, Situaciones ambientales.
Justicia, Benítez, Pichardo, Fernández, García & Fernández, 2006		Temperamento, Impulsividad, Problemas de atención, Trastornos de conducta, Inteligencia, Habilidades socio cognitivas	Ambiente familiar, Estilo de crianza, Modelamiento violento, Padres antisociales, Abuso, Medios de comunicación, Centros educativos, Variables económicas, Amistades antisociales

Webster-Stratton & Taylor, 2001		Dificultades de aprendizaje, Baja estimulación cognitiva Escasas habilidades sociales Deficiente manejo de conflictos, TDAH	Ambiente familiar hostil, Pobreza, Antecedentes delictivos parentales, Abuso de sustancias de los padres, Estilo parental ineficaz, Baja supervisión , Violencia en medios de comunicación
Henk, Nijman, Joost, Campo, Dick, Ravelli, Harald & Merkelbach, 1999		Problemas psiquiátricos, Impulsividad, Falta de comunicación	Ambiente estresante, Interacción carente con cuidadores
Miller, Miller, Trampush, Mc Kay, Newcorn & Halperin, 2006		Problemas de inteligencia a lo largo de la evolución del problema de conductas agresivas	Ambiente Familiar en riesgo por la presencia de un padre biológicamente agresivo.
Kohn, Levav, Alterwain, Ruocco, Contrera & Della Grotta, 2001			Problemas emocionales de los padres provocan disfunción en los niños
Jianghong, 2004	Disfunción cerebral, Participación de hormonas, Participación de neurotransmisores, Complicaciones de nacimiento, Deficiencias en nutrición	Aprendizaje social, Procesamiento de información	

Algunos autores como Muñoz (2004) y Rappaport (2004) interpretan la conducta agresiva en términos multicausales, toman en cuenta en sus explicaciones tanto el factor biológico como el psicológico y el social.

Los factores biológicos desempeñan un papel importante en estudios en los que la herencia y el bagaje cromosómico de los padres, asociados a factores ambientales y psicológicos, pueden facilitar o no la aparición de la conducta agresiva en el niño (Muñoz, 2004). En estos estudios, realizados hace más de dos décadas sobre personas con historia familiar de criminalidad, se observó una relación entre este antecedente y la predisposición a presentar agresividad en interacción con ciertos factores ambientales (Hutchings & Mednick, 1974). Retomando esta interacción entre genotipo y factores ambientales, diferentes estudios indagan sobre el comportamiento antisocial en poblaciones de niños adoptados y en gemelos en edad escolar (Van Lier, Boivin, Dionne & Vittaro, 2007). Algunos estudios han encontrado que los niños que son genéticamente más vulnerables a la agresividad son más susceptibles a la influencia ejercida por la interacción con compañeros agresivos, que resulta en el incremento de la agresividad (Van Lier *et al.*, 2007).

Algunos estudios (Jianhong, 2004) dan cuenta de la función de algún gen como facilitador de la transportación de neurotransmisores relacionados con la aparición de conductas agresivas. Asimismo se ha asociado el sexo del individuo y la participación de algunas estructuras del cerebro en dicho comportamiento (Rappaport & Thomas 2004). Si bien algunos factores ambientales, sociales y emocionales, combinados con factores genéticos crean vulnerabilidad en la descendencia, éstos pueden producir problemas en el funcionamiento psicosocial y en los sistemas de regulación de respuestas al estrés (funcionamiento simpático-adrenomedular, hipotálamo pituitario adrenocortical), lo que facilita que el individuo presente conductas de riesgo que afecten su salud, como en el caso del abuso de sustancias (Repetti, Seeman & Taylor, 2002).

El sexo se ha asociado también con la agresividad. En diferentes estudios se ha hecho notar que es más frecuente la presencia de conductas agresivas en hombres que en mujeres (Rappaport & Thomas, 2004). En este sentido se han desarrollado investigaciones que profundizan en la participación de las hormonas,

principalmente la testosterona, en la conducta agresiva (Jianghong, 2004; Muñoz, 2004). Por su parte, en un estudio realizado con ratas, Cologer-Clifford, Smoluk y Simon (1996) han señalado la participación de los estrógenos en la aparición de la conducta agresiva. Este tipo de estudios permite apreciar que aunque se relacione más comúnmente la agresividad con el sexo masculino, hay casos donde se presenta en mujeres. Otros estudios se enfocan en adolescentes y mujeres adultas, al atribuir la conducta agresiva a los cambios propios del ciclo menstrual, precisamente por el desajuste hormonal que caracteriza al ciclo (Carlson, 1998). Asimismo, la concentración de cortisol también se relaciona con la aparición de la conducta agresiva en una relación inversamente proporcional, donde el aumento de esta hormona indica menor agresividad en el individuo y su decremento mayor agresividad (McBurnett, Lahey, Copasso & Loeber, 1996).

Algunos estudios (Coccaro, 1996) que que analizaron el efecto de ciertos neurotransmisores específicos resaltan la importancia de que el desajuste en los niveles de serotonina puede propiciar la aparición de la conducta agresiva en el individuo.

Por otra parte, existen factores que pueden propiciar la aparición de la conducta agresiva. Se trata de aquellos que tienen que ver con las cogniciones y emociones de la persona. Jianghong (2004) y Muñoz (2004) plantean una combinación de las estructuras del pensamiento y el ambiente en el que se desarrolle el individuo y cómo esto facilita la aparición de la conducta agresiva. Los factores psicológicos desempeñan un papel importante, ya que su interacción con los factores biológicos puede facilitar la aparición de las conductas agresivas en los individuos. Algunos de los factores psicológicos más investigados son el temperamento (Justicia *et al.*, 2006), los trastornos internalizados (Muñoz, 2004) y las respuestas de la persona asociadas al contexto, por ejemplo la impulsividad, la ansiedad, el enojo, el miedo y el estrés. El control de los impulsos y el reconocimiento de los sentimientos permiten que el niño presente conductas que correspondan a la situación en la que se encuentra. Al carecer del control en sus

impulsos, el niño no logra identificar qué estímulos le provocan ciertas reacciones y generaliza su respuesta a varios contextos. Algunos de los trastornos internalizados se relacionan directamente con las conductas que el sujeto presenta en relación con su ambiente, por ejemplo la ansiedad.

Algunos de las disfunciones más comunes, como los problemas de aprendizaje, el trastorno de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo, los trastornos relacionados con sustancias, y principalmente el trastorno por déficit de atención también se han relacionado con la conducta agresiva (Justicia *et al.*, 2006; Henk, Nijman *et al.*, 1999; Miller *et al.*, 2006; Muñoz, 2004; Webster- Stratton & Taylor, 2001).

Factores psicológicos que también es importante mencionar son aquellos ligados a la deficiencia de habilidades tanto cognitivas como sociales (Justicia *et al.*, 2006; Webster-Stratton & Taylor, 2001), las actitudes y creencias que desarrolle el individuo, el fracaso académico (Muñoz, 2004) y, en algunos casos, su relación con problemas de inteligencia (Justicia *et al.*, 2006; Miller *et al.*, 2006; Muñoz, 2004). Las deficiencias de alguna de estas habilidades o la presencia de alguna de estas conductas son indicio de problemas de la interacción. Sobre todo si se toma en cuenta que también la relación con el medio y la socialización del niño son importantes y que un ambiente social estresante, hostil y violento influye en la aparición de la conducta agresiva (Rappaport & Thomas, 2004). El niño agresivo es generalmente un niño impulsivo que en ocasiones sufre de rechazo por esta característica (Coie & Kupersmidt, 1983; Hernández-Guzmán, 1999), aunque el ambiente escolar llegue a demostrar lo contrario. Un niño agresivo y que carece de habilidades sociales no puede interpretar eficazmente las señales sociales de sus compañeros, presenta así más conductas inapropiadas y agresivas en su contexto social. La vinculación y socialización del niño y el adolescente al presentarse en varios contextos, dependiendo de las habilidades sociales que tenga (interpretación de contexto, empatía), facilita o hace más difícil su manera de relacionarse. Dodge (1983) plantea que el juego rudo, la conducta agresiva,

así como la falta de empatía predicen el rechazo. Los niños rechazados son fácilmente identificados por sus compañeros pues tienden a agredir y seguir a éstos en busca de participación en el juego, por lo que no siempre están aislados (Hernández-Guzmán, 1999).

La influencia del ambiente es vital para la interpretación que el niño hace de su entorno. Al estar inmerso en un ambiente donde la violencia, el crimen y el vandalismo son constantes, el niño aprende que este tipo de conductas representa un medio para alcanzar sus metas. Este ambiente propicia la relación negativa o violenta entre pares. El vincularse con bandas delictivas, amigos o hermanos delincuentes, y participar en pandillas, representa un factor de riesgo importante (Justicia *et al.*, 2006; Muñoz, 2004; Rappaport & Thomas 2004).

El ambiente familiar resalta dentro de los factores sociales (Justicia *et al.*, 2006; Miller *et al.*, 2006; Muñoz, 2004; Webster-Stratton & Taylor, 2001) ya que representa uno de los principales escenarios de la socialización y de la adquisición de habilidades no sólo sociales sino afectivas. Un ambiente familiar hostil y un estilo de crianza negligente, combinados con sucesos familiares estresantes como separación, divorcio, peleas y abusos, facilitan la aparición de problemas emocionales y de conducta. El historial de los padres desempeña también un papel importante sobre todo si han presentado en su infancia conductas agresivas o delictivas, abusos o problemas emocionales (Justicia *et al.*, 2006; Kohn *et al.*, 2001; Miller *et al.*, 2006; Muñoz, 2004; Webster-Stratton & Taylor, 2001).

Otros factores sociales están representados por la influencia de los medios de comunicación sobre la ocurrencia de la conducta violenta. De acuerdo con algunas investigaciones, su participación es un factor de riesgo importante (Justicia *et al.*, 2006; Muñoz, 2004; Webster-Stratton & Taylor, 2001). El contenido sobre violencia presentado en los programas televisivos y videojuegos va en aumento tanto en programas dirigidos al público adolescente y adulto como en los dirigidos a la población infantil. Según Sege y Diez (1994), los *actos violentos* definidos como

“acciones y/o conductas que intentan herir o lesionar a otro”, aparecen aproximadamente entre ocho y 12 veces por hora en televisión en programas de audiencia general y 20 veces en programas infantiles.

Existen varios factores que propician la aparición de la conducta agresiva en los niños y que facilitan su establecimiento, algunos son independientes y no la determinan, pero si son relevantes para su mantenimiento.

La combinación de factores tanto biológicos como psicológicos y sociales puede favorecer la expresión y el mantenimiento de las conductas durante el desarrollo del individuo, por lo que para poder diseñar programas preventivos, de intervención y seguimiento efectivos debe tomarse en cuenta esta interacción de factores.

1.3. El curso de la agresividad infantil: Consecuencias a corto, mediano y largo plazos

Entre las manifestaciones originales de la conducta agresiva se encuentra la conducta negativista desafiante en la infancia, la que posteriormente podría convertirse en conducta antisocial en la adolescencia. De acuerdo con su evolución, la conducta agresiva puede manifestarse en un adulto en la forma del trastorno antisocial de la personalidad e incluso en forma de criminalidad (Eddy, 2004). Cuando se presenta, la conducta agresiva anuncia una serie de secuelas negativas a nivel psicosocial, educativo y de salud desde la infancia y después en la adolescencia y vida adulta. Dentro de las consecuencias de la conducta agresiva infantil a corto plazo se puede enumerar la falta de empatía, la falta de identificación de límites, el abuso de los compañeros, las agresiones físicas y, en algunos casos el daño al desarrollo físico del niño. Todo esto producto de la carencia de habilidades sociales y del uso de estrategias poco efectivas para obtener el reconocimiento de los pares y personas significativas.

En un estudio realizado entre jóvenes con abuso de sustancias, Jolluskinn, Nunes y Sacau (2005) han informado que los jóvenes, al no poder entablar una relación empática en la que se demandaba atención de la otra persona, preferían relaciones transitorias y superficiales donde no hubiera una vinculación real. Esta falta de vinculación y el carente desarrollo de empatía favorecen el mantenimiento de la conducta agresiva y de abuso de sustancias, a la vez que facilitan el desarrollo de la conducta criminal en la adultez.

Las consecuencias a largo plazo de la conducta agresiva infantil son graves y, como se ha mencionado, pueden derivar en la conducta criminal. Las consecuencias más representativas son las que afectan los recursos de la comunidad (servicios de salud, educación, sistemas de justicia, etcétera), se reflejan en la pérdida de productividad y requieren de intervenciones continuas a lo largo del tiempo (Leve & Chamberlain, 2004; Rhule, 2005). Dentro de estas consecuencias encontramos la deserción escolar, la delincuencia, el abuso de sustancias y los trastornos psiquiátricos que requieran atención especializada. Dentro de estos problemas, la delincuencia se ha convertido en una preocupación constante pues ha aumentado su frecuencia y existen varios factores, como el nivel socioeconómico, el entorno familiar y el entorno social que favorecen su mantenimiento.

Capítulo 2. Agresividad infantil en la escuela

Aparte del ambiente familiar, otro contexto en el que se desarrollan los modelos y el comportamiento es la escuela. A pesar de sólo contar con su formación como maestros, a menudo los profesores tienen que hacer frente a diversas situaciones basadas en dos aspectos principales: a) los antecedentes educativos de los niños (modelos educativos), b) los objetivos institucionales específicos (Carbó, 2003) que muchas veces hacen esta convivencia un poco más complicada.

En el escenario escolar, el cual a partir de los 4 años (preescolar) se convierte en una parte importante de la vida diaria de los niños, hoy en día la presencia de la conducta agresiva ha originado un interés especial por parte de la sociedad. Un ejemplo de estos episodios violentos es el de niños y adolescentes que llegan a la escuela con armas y disparan a sus compañeros y maestros. Estos eventos de carácter extremo y violento se presentan como episodios relativamente aislados dentro del escenario escolar, pero existen una serie de conductas que, sin ser abiertamente violentas, resultan ser más frecuentes dentro de las aulas. Estas conductas van desde peleas, conflictos verbales, intimidación y conducta disruptiva. Éstas pueden exacerbarse y si no se controlan pueden desembocar en conductas más violentas como las descritas inicialmente (Wilson, Lipsey & Derzon, 2003).

El niño ingresa en el sistema escolar ostentando una historia personal de funcionamiento social que le permite ajustarse en mayor o menor medida a las situaciones que éste le requiera (Hernández-Guzmán, 1999). Los niños en edad escolar presentan habilidades de afrontamiento y de socialización más elaboradas que les permiten realizar las actividades propias de la situación escolar y enfrentar sucesos estresores o circunstancias desafiantes. No obstante, algunos niños no logran desarrollar adecuadamente las habilidades necesarias para manejar las situaciones vitales como la convivencia escolar (Schor, 1996). De la calidad del

clima escolar y de esa convivencia depende en cierta medida la aparición o disminución de la violencia y la conducta agresiva infantil (Mena & Vizcarra, 2001).

Algunas circunstancias a las que se deben enfrentar los niños son: compartir una buena parte de su tiempo con un “extraño” (profesora o profesor), poner atención en tareas específicas, respetar los turnos para hablar, participar en un grupo grande (alrededor de 60 niños generalmente) y convivir en un espacio físico reducido (en la mayoría de los casos). Podría ser que algunos niños respondieran ante estas exigencias de manera disruptiva lo que representa un fracaso del proceso de adaptación social.

Un ambiente escolar propicio en el que el niño pueda adquirir habilidades sociales y de resolución de problemas contribuye a un menor número de comportamientos agresivos. En contraste los niños que no han aprendido a comportarse de acuerdo con lo que espera el profesor de ellos se encuentran en mayor riesgo de presentar comportamiento agresivo sobre todo si conviven diariamente con niños agresivos.

Según Hernández-Guzmán (1999), el ajuste social del niño al ingresar a la escuela es una competencia social. Ésta se refiere tanto a habilidades y capacidades de interacción social que muestra el niño como su ausencia y su mal uso dentro de la interacción con el grupo social, en este caso sus compañeros. Cuando un niño carece de ciertas habilidades de afrontamiento, el ingreso a la escuela representa una transición, por lo que se convierte en una fuente potencial de ansiedad. La ausencia de las habilidades necesarias se refleja en un afrontamiento deficientemente. La carencia de la habilidad para manejar conflictos junto con el comportamiento agresivo, se ha señalado como un factor que predice conductas de violencia y consumo de drogas en la pubertad (Florenzano, 1997; Kellam, Brown & Fleming, 1982; Kellam, Rebok, Jalongo & Mayer, 1994; McAlister, 1998; Pérez, Fernández, De la Barra & Rodríguez, 2002; Pérez, Gubbins, Fernández & Rodríguez, 2001). Asimismo Kellam *et al.* (1994) y Kellam, Ling, Merisca, Brown y Jalongo (1998) han encontrado que las respuestas agresivas y

las conductas disruptivas que los niños presentan en primero y segundo grado de primaria sientan un antecedente importante respecto a la aparición de desórdenes conductuales, abuso de drogas y aislamiento en la pre-pubertad.

Moreno Olmedilla (1999) distingue seis tipos de conductas disruptivas en el ambiente escolar:

- a) Disrupción en aulas.
- b) Problemas de disciplina.
- c) Violencia física.
- d) Vandalismo y daños materiales.
- e) Maltrato entre compañeros (*bullying*).
- f) Acoso sexual.

Estas conductas se presentan según la edad de los individuos y oscilan entre los 4 y 16 años de edad. Su intensidad aumenta con el tiempo cuando no se identifican y tratan oportunamente. De esta manera, al presentarse los primeros indicios si no se tratan oportunamente pueden convertirse en problemas, como el acoso sexual o el *bullying* entre compañeros (Moreno, 1999).

Entre las manifestaciones graves a corto plazo de la conducta agresiva y disruptiva en el ámbito escolar, el *bullying* ha recibido especial atención en los últimos años. Se ha realizado diversas investigaciones al respecto (Olweus, 1993; Dawkins, 1995). Este fenómeno no sólo se ha estudiado desde diferentes perspectivas que no solo incluyen la percepción de la víctima, sino también la del victimario o agresor, y otras.

El *bullying* se presenta cuando algún niño está expuesto a una forma específica de comportamiento agresivo repetidamente y por mucho tiempo por parte de uno o más estudiantes (Olweus, 1993). Los abusadores aprenden a tener dominio sobre otros por medio del uso del poder. Este comportamiento se toma en cuenta como

un componente general que se presenta en la conducta antisocial y en la de violar reglas, las cuales llegan establecerse en el tiempo. Ya de adultos, los chicos que abusan son más propensos a tener problemas con la ley y estar inmersos de manera seria en el crimen (Dawkins, 1995). El *bullying* ocurre cuando no existe un equilibrio de poder entre la víctima y el agresor.

Un estudio realizado por Fekkes, Pijpers, y Verloove-Vanhorick (2005) mostró que 60% de los abusos se da entre compañeros del mismo grado, 10% por parte de alumnos de grados más avanzados y sólo 4% por niños de grados menores.

Al averiguar si el fenómeno de *bullying* facilita la aparición del comportamiento psicopatológico, Kim, Leventhal, Koh, Hubbard y Boyce (2006) encontraron que en las víctimas se observaba problemas internalizados y externalizados en los agresores.

Desde los años setenta, la agresividad infantil ha adquirido saliencia en las escuelas de países como Estados Unidos, Suecia, Noruega y Reino Unido. México no es una excepción, pues en los últimos años se han incrementado las quejas de padres y maestros respecto la conducta agresiva de los niños. Por este motivo, es de vital importancia desarrollar programas preventivos que permitan la identificación oportuna de este fenómeno para evitar consecuencias más graves más tarde a lo largo del desarrollo.

Capítulo 3. El éxito de las intervenciones para reducir la conducta agresiva infantil

3.1. Tratamiento de la conducta agresiva

Desde el punto de vista de los tratamientos dirigidos a la conducta agresiva, dependiendo de la orientación psicológica se han planteado diversas alternativas. El abordaje de la conducta agresiva se ha realizado así desde diversos enfoques de tratamiento. Son distintos tipos de tratamiento, cuyo objetivo terapéutico varía de acuerdo con los postulados que defienden. Todos pueden adoptar un formato individual o grupal dentro de la perspectiva conductual, cognitiva o farmacológica. Dentro de los grupales existen algunos centrados en la familia que tratan con el intercambio social entre los miembros de la familia en el escenario del hogar. Finalmente existen otros tratamientos que se basan en la comunidad dentro de los cuales reviste importancia el comportamiento de los jóvenes en el contexto social, las organizaciones o los grupos comunitarios (Kazdin & Buela-Casal, 1994).

Independientemente de la variedad de tratamientos, el aspecto más importante que se debe cuidar es la eficacia demostrada a partir de investigación científica. Dentro de este contexto son los que se fundamentan en los postulados cognitivo conductuales los que muestran mejores resultados. Estos tratamientos se basan en la solución de problemas y las habilidades parentales (Kazdin, Siegel & Bass, 1992). La eficacia de estos tratamientos cognitivo conductuales se ha documentado ampliamente en la literatura de investigación. Farmer, Scout, Compton, Burns y Robertson (2002) estudiaron los problemas externalizados de la conducta entre niños de 6 y 12 años y compararon los tratamientos cognitivo conductuales con el psicoanálisis. Entre sus hallazgos se encuentra que este último ofrece resultados menos prometedores y que el entrenamiento de los padres es útil para cambiar los problemas de conducta. Los padres mediante este tipo de tratamientos aprenden a establecer una relación más apropiada con sus hijos y responder

adecuadamente a los problemas de conducta. Tanto el tratamiento dirigido a los niños exclusivamente como el entrenamiento a sus padres, que representa un tratamiento indirecto, producen efectos alentadores (Webster-Stratton & Hammond, 1997; Webster-Stratton, Hollinsworth & Kolpacoff, 1989).

Como ya se había mencionado son las estrategias cognitivo conductuales las más exitosas en el manejo de la agresividad infantil. Sin embargo, se ha propuesto que el entrenamiento conductual principalmente dirigido a padres es el más efectivo (Forehand & Atkenson, 1977; Marshall & Mirenda, 2002; Miller, Kuschel & Hahlweg, 2002; Patterson, Chamberlain & Reid, 1982; Peed, Roberts & Forehand, 1977). Así mismo existen otras alternativas dentro del mismo contexto cognitivo conductual como la solución de problemas (Kazdin, Esveldt-Dawson, French & Unis, 1987) y la combinación de ambas (Froelich, Doepfner, Berner & Lehmkuhl, 2002). El manejo conductual de la conducta agresiva cuando el tratamiento se dirige a los padres se enfoca principalmente a sus prácticas de crianza, la interacción con sus hijos y las contingencias que pueden administrar para promover la conducta prosocial de sus hijos. Son diversas las conductas que se fomenta durante este tipo de entrenamiento, por ejemplo el desarrollo o mejora de las habilidades para observar a los hijos, al identificar señales conductas y necesidades. Se ha estudiado también las situaciones que desencadenan estrés en los hijos y en los padres. La aplicación de contingencias es fundamental una vez identificadas las conductas problema. Estas contingencias basadas en los principios del aprendizaje son tremendamente útiles para ejercer el cambio conductual.

Existen aparte otras estrategias que incluyen o que añaden a las estrategias conductuales otros elementos. Llamadas estrategias cognoscitivas o cognitivas se dirigen a la solución de problemas y a la reestructuración cognitiva. Al momento de añadir estas estrategias a las conductuales el tratamiento puede conceptuarse como cognitivo conductual. La solución de problemas suele ser muy eficaz para el tratamiento de la conducta agresiva. Incluye la aplicación de cinco pasos

fundamentales que van desde la definición y formulación del problema hasta la verificación y evaluación de la decisión tomada, pasando por la generación de alternativas y la toma de decisiones. Uno de los programas más importantes basado en la solución de problemas que se han sometido a prueba y que ha resultado muy efectivo para el tratamiento de la conducta agresiva es el desarrollado por Philip Kendall (1988) llamado "Alto y piensa". Plasmado en un manual, el tratamiento incluye el otorgar desde un principio 20 puntos al paciente que podrá intercambiar por premios a lo largo de éste. Consiste de cinco pasos que el niño debe mencionar en voz alta a lo largo de la solución de un problema: ¿qué debo hacer?, ¿cuál es el problema? veo todas las posibilidades, me enfoco, me concentro, elijo una respuesta y por último compruebo si funciona.

El niño aprende a aplicar los pasos de la solución de problemas en aquellas circunstancias donde identifica conflictos interpersonales y la posible aparición de conducta agresiva (Jongsma, Peterson & McInnis, 1999; Kazdin, Esveldt-Dawson, French & Unis, 1987).

Se han desarrollado posteriormente otras alternativas, siempre basadas en el tratamiento propuesto por Kendall. Uno de estos es el de Brief Child Therapy Homework Plan que es una versión más breve de la secuencia de tareas propuesta por Kendall. Sin embargo, las intervenciones resultan excesivamente breves y están propuestas para demasiados trastornos. Son diversos los manuales que se han elaborado en distintos países. Dentro del contexto latinoamericano no se encuentra en la literatura el desarrollo de ningún tratamiento sistemático reflejado en un manual para atender los problemas de agresividad. Por lo que resulta fundamental desarrollar este tipo de manuales adaptados a la cultura de los países latinoamericanos.

3.2. Investigación sobre la eficacia de los tratamientos dirigidos a la agresividad infantil

La investigación sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos en general es relativamente joven. Generalmente utiliza diseños cuasiexperimentales de comparación entre grupos para investigar las técnicas de intervención más eficaces para resolver un problema clínico en una población específica (Kazdin & Bass, 1989). Este tipo de investigación persigue fundamentalmente contestarse preguntas como ¿Es esta intervención la más eficaz para resolver este problema? ¿Podría utilizarse esta intervención para resolver otros problemas? ¿Es más eficaz esta intervención que otras intervenciones? ¿Los principios en los que se basa esta intervención apoyan su capacidad para ejercer cambios conductuales?

Es fundamental para las investigaciones sobre la eficacia de los tratamientos la forma en que se mide el cambio y su durabilidad a lo largo del tiempo, por lo que existen otras preguntas como ¿El cambio atribuido a este tratamiento se mantiene a lo largo del tiempo? ¿Hay ganancias a largo plazo del efecto del tratamiento? Concretamente dentro de la problemática de la agresividad infantil son varios los tratamientos que se han sometido a prueba orientados principalmente a la reducción de la conducta agresiva. Se basan en diseños controlados que intentan, en la medida de lo posible, reducir las amenazas a la validez interna y externa comunes en los escenarios clínicos. Echan mano principalmente de los ensayos clínicos aleatorios controlados (Nezu & Nezu, 2008). Los controles incluyen elementos importantes como el tipo de muestra, el tamaño de la muestra permitida para realizar las comparaciones, los efectos del tamaño de la muestra sobre el poder estadístico, el muestreo aleatorio, la garantía de la equivalencia entre grupos, la asignación de sujetos a los grupos, entre otros.

La investigación sobre la eficacia de las intervenciones cuida también la elaboración de manuales de tratamiento. La aplicación de un manual garantiza la integridad del tratamiento a la igualdad de condiciones de un individuo a otro. Si

bien no siempre es posible seguir el manual al pie de la letra, se guarda cierta consistencia y sistematicidad a lo largo del tratamiento. Lo que permite la aplicación de un mismo tratamiento a las personas participantes en la investigación. Surgido el ensayo clínico aleatorio de la investigación médica, y en el ámbito psiquiátrico de la administración de fármacos para el alivio de los problemas psiquiátricos, la utilización de manuales sustituye precisamente los fármacos, en el caso de los estudios psicológicos. Otros cuidados importantes que exige la realización de este tipo de investigaciones incluye la selección cuidadosa de los terapeutas. Asimismo su entrenamiento y supervisión del apego que guarden a los pasos sugeridos por el manual son componentes importantes, útiles para garantizar la integridad del tratamiento (Kazdin, 1998). El análisis de datos en el caso de la investigación sobre la eficacia de los tratamientos, al igual que en cualquier investigación seria y sólida, es también un elemento crucial. Se centra principalmente en el registro y medición del proceso de cambio, este proceso de cambio se mide a partir de dos fuentes fundamentales, la significación estadística y la relevancia significación clínica.

La significación estadística se basa en los promedios de las calificaciones obtenidas a lo largo de diversas dimensiones de medición de los participantes en los distintos grupos de tratamiento. Sin embargo existen críticas importantes al cálculo exclusivo de la significación estadística, pues toma en cuenta los promedios de los participantes e ignora los cambios ocurridos a nivel individual y las ganancias obtenidas por cada uno de los participantes. Es por ello que en la evolución de los paradigmas para investigar la eficacia de los tratamientos, se ha incluido el estudio sistemático de la relevancia clínica.

Contraria a la significación estadística, la relevancia clínica toma en cuenta precisamente los cambios ocurridos en cada individuo y su ubicación o no dentro de la curva de las manifestaciones normales de la conducta. Echa mano así la relevancia clínica del tamaño del efecto, de los niveles de mejoría y del índice de cambio confiable (Jacobson & Truax, 1991). Este tipo de investigación también

toma en cuenta y otorga un lugar preponderante a la vigilancia de los principios y normas éticos que rigen el quehacer del psicólogo.

El cambio clínico significativo (relevancia clínica) se ha definido como el valor práctico y/o aplicado de los efectos de un tratamiento sobre la conducta del paciente. Evalúa principalmente si es el tratamiento aplicado el causante del cambio en la vida del paciente y de sus familiares o personas allegadas. La relevancia clínica ofrece una serie de ventajas sumamente útiles al momento de decidir si se ofrece o no un tratamiento, ya que es posible identificar a aquellos pacientes que muestran una recuperación, y distinguirlos de otros que lograron una mejoría:

a) La posibilidad de identificar aquellos pacientes que aún presentan características disfuncionales, pero que muestran un cambio estadísticamente significativo. Estos se consideran mejorados, pero no recuperados. Por lo que se conceptúa como un cambio significativamente estadístico, pero no relevante clínicamente.

b) La ubicación de un paciente dentro del área de normalidad una vez concluida la intervención, aun cuando no resultase estadísticamente significativo el tamaño del cambio, arrojaría una mejoría parcial ya que el paciente pasaría de una ubicación dentro de la población disfuncional para colocarse dentro de una población funcional.

c) La ubicación de un paciente dentro de los límites de la normalidad después de la intervención y presentar un cambio estadísticamente significativo hablaría de una recuperación, ya que se observó un cambio tanto estadística como clínicamente significativo.

La adición de los datos de relevancia clínica a los estudios sobre la eficacia de las intervenciones terapéuticas toma en cuenta, no sólo la reducción de los síntomas, sino la mejoría clínica del paciente al verificar si tiene efectos sobre su calidad de vida.

Comparada con la simple apreciación del terapeuta de la mejoría de un paciente, la investigación sobre la eficacia de los tratamientos ofrece importantes consideraciones para la toma de decisiones. Disminuye así la probabilidad de una sobrevaloración o subvaloración de los efectos del tratamiento por parte del terapeuta. Constituye un sistema de evaluación confiable que toma en cuenta diferentes medidas de varias dimensiones relacionadas con el funcionamiento del paciente y no solamente los síntomas que actualmente se clasifican bajo distintas categorías diagnósticas.

Es posible evitar así errores relacionados con la terminación del tratamiento que redundan en el aumento de las probabilidades de recaída (Pedroza, et al, 2002). En el contexto de la conducta agresiva la investigación sobre la eficacia de los tratamientos es aún incipiente la utilización de estudios con todos los controles que ha alcanzado la investigación sobre la eficacia de los tratamientos en el ámbito de otras problemáticas no se encuentra con frecuencia en el caso de los estudios sobre conducta agresiva. En la medida en que existan estudios que evalúen sistemáticamente las herramientas terapéuticas y permitan validarlas empíricamente, será posible atacar más exitosamente los problemas de la conducta agresiva infantil, cuya cadena de desenlaces hacia la edad adulta se exagera y complica (Kazdin, Esveldt-Dawson, French & Unis, 1987).

3.3. Los estudios sobre la eficacia del tratamiento de la conducta agresiva.

Como ya se había indicado la mayoría de los estudios que investigan la eficacia de los tratamientos dirigidos a la conducta agresiva infantil aportan información relevante que recomienda el uso de las terapias cognitivo conductuales (Brestan &

Eyberg, 1998; Kazdin, 1996; Tynan, Chew & Algermissen, 2004; Webster-Stratton & Hammond, 1997).

Basados en los principios que regulan el comportamiento y en la técnicas derivadas de éstos, los tratamientos conductuales son los más eficaces (Bailey & Scott, 2000). Lamentablemente es difícil encontrar los tratamientos conductuales como componentes de los programas de salud mental dirigidos tanto a la prevención como tratamiento del comportamiento violento y antisocial. Desde los años 60 y 70, la utilización de los tratamientos conductuales abrió una etapa promisoriosa en el combate a la agresividad infantil. Autores como Baer, Risley y Wolf (años 70's) del grupo de Kansas desarrollaron programas principalmente dirigidos a padres que, echando mano de los principios de la conducta, aplicaban las técnicas conductuales no sólo para ejercer cambios a nivel individual, sino también a nivel comunitario. El programa de Wolf "Achievement place" por ejemplo incluía la convivencia entre niños y adolescentes delincuentes convictos y padres sustitutos, psicólogos expertos en el cambio conductual en el contexto de una familia sustituta.

Más tarde otros autores como Kazdin(1987) y Webster-Stratton(1997) han aplicado también con éxito estos principios para disminuir la conducta desafiante, opositora y la agresividad en niños pequeños.

A lo largo del tiempo, dada la fusión de las intervenciones conductuales con las cognitivas, se ha llegado a intervenciones cognitivo conductuales que también incluyen la participación de los padres o cuidadores principales. Mediante el desarrollo de líneas de investigación, centradas principalmente en el funcionamiento de la familia, se ha logrado identificar los factores psicológicos con los que contribuyen los padres a la psicopatología infantil, concretamente a la agresividad de sus hijos (Hernández-Guzmán & Sánchez-Sosa, 1991; Ollendick & Hirshfeld-Becker, 2002; Sánchez-Sosa, & Hernández-Guzmán, 1992^a; 1992^b; Sánchez-Sosa, Jurado-Cárdenas & Hernández-Guzmán, 1992).

Un programa basado en visitas programadas a casa dirigido a madres de baja escolaridad, solteras, adolescentes, pertenecientes a una minoría racial que participaban en un programa de apoyo gubernamental, mostró efectos a corto y largo plazos. Los resultados de este estudio que comparó a 64 niños preescolares que se sometieron al programa y a un grupo control, indican una reducción de la conducta agresiva tanto al término de la intervención como 2 años después. Si bien estos resultados son alentadores deben tomarse con cautela, dados los sesgos metodológicos que el estudio presentaba (Lyons-Ruth & Melnick, 2004).

También echando mano de un grupo control que no se expuso a intervención alguna un estudio hecho por Patterson, Chamberlain y Reid (1982) comparó a niños entre 3 y 12 años con problemas de conducta agresiva en casa, cuyos padres se sometieron a un entrenamiento, con niños cuyos padres no recibieron entrenamiento. La reducción significativa de las conductas agresivas en los hijos de padres expuestos al tratamiento sugiere que el dotar a los padres de estrategias conductuales ayuda a contenerlas. Sin embargo este estudio no evaluó si los cambios logrados se mantenían a lo largo del tiempo.

Estos sesgos metodológicos se han resuelto en otros estudios (Baum & Forehand, 1981). Estos autores también han echado mano de los principios de la conducta para dotar a los padres de estrategias que les permitan reducir la ocurrencia de la conducta agresiva de sus hijos. Los cambios logrados de la aplicación del tratamiento se mantuvieron a lo largo del tiempo, aún después de cuatro años y medio.

Autores como Webster-Stratton (1984), empleando también de estrategias basadas en los principios de la conducta, han mostrado también resultados importantes. Demostraron que estas estrategias aplicadas para modificar el comportamiento de los padres tienen un efecto importante sobre el de sus hijos en comparación con un grupo control que no recibió tratamiento. Este estudio

también mostró que los cambios se mantienen a lo largo del tiempo, un año después, tanto en su modalidad individual como grupal. Estos resultados sugieren la importancia de las estrategias conductuales para ejercer cambios indirectamente en el comportamiento agresivo infantil.

Si bien la intervención dirigida a los padres exclusivamente ha mostrado resultados satisfactorios sobre la disminución de la conducta agresiva infantil, otras investigaciones han comparado intervenciones en las que no sólo se incluye a padres sino también a los niños. Se pronosticaba encontrar una ganancia aún mayor sobre el entrenamiento exclusivamente de los padres. Estos estudios se sustentaban en la idea de que no sólo basta con que los padres ya no mantengan sus prácticas defectuosas de disciplina anteriores, sino que los niños aprendan habilidades prosociales. Habilidades prosociales que de acuerdo con autores podrían detener por sí mismas la aparición de la conducta agresiva (Woolgar & Scott, 2005).

Este tratamiento combinado de acuerdo con Kazdin, Siegel & Bass, (1992) y con Webster-Stratton & Reid (2003) aparentemente ha mostrado efectos más prolongados. En un intento por dilucidar la contribución del entrenamiento a los niños comparado con el entrenamiento exclusivo a los padres, ha florecido una serie de estudios que han comparado sistemáticamente los beneficios de uno y otro. No sólo eso, sino que los combinan para indagar si la combinación añade algún beneficio.

Los estudios al respecto han arrojado resultados contradictorios por una parte, un estudio de Hemphill y Littlefield (2001) comparó la intervención combinada, es decir tanto dirigida a los padres como a los niños con el tratamiento dirigido únicamente a los niños y la intervención de los padres exclusivamente. En tanto que los padres recibieron el entrenamiento en el manejo de los principios y técnicas conductuales y otras cognitivas, los niños aprendieron a percibir el efecto de su conducta sobre los demás, solución de problemas y habilidades sociales e

interpersonales. No encontraron estos autores diferencias entre las condiciones de tratamiento ya sea de tratamiento dirigido exclusivamente a padres o a niños o el combinado cuyos efectos se mantuvieron hasta 12 meses después. Los grupos intervenidos si difirieron significativamente de un grupo que no recibió tratamiento.

Webster-Stratton y Hammond (1997) compararon cuatro condiciones: entrenamiento a los padres, entrenamiento a los niños, la combinación de ambos y una control en donde no se aplicó ningún tratamiento. La superioridad de las tres condiciones experimentales sobre la de control se hizo patente. De la comparación entre los tres grupos de intervención tanto el entrenamiento a los niños como la condición que combinaba entrenamiento a niños y a padres, arrojaron mejorías importantes. Los niños no sólo aprendieron a resolver problemas, sino a manejar sus conflictos. No obstante el comportamiento infantil en el hogar se benefició más de las condiciones de entrenamiento a los padres y de entrenamiento combinado.

Siguiendo con la línea de enseñar a los niños habilidades de solución de problemas, Kazdin, Siegel y Bass (1992) trabajaron con niños que ya presentaban problemas serios de comportamiento antisocial. Se comparó tres condiciones, una en la que los niños aprendían a resolver problemas, otra en la que se entrenaba a los padres y una tercera en la que tanto niños como padres recibían la combinación de los tratamientos que recibieron los otros dos grupos. A pesar de que en todos los grupos se observó la reducción del comportamiento agresivo en la forma de problemas antisociales y delictivos, el efecto del tratamiento combinado perduró más a lo largo de los seguimientos un año después de terminado el tratamiento. La preocupación por conocer el papel que desempeñan los padres en la adquisición y mantenimiento de la conducta agresiva ha llevado a autores como Kazdin y Whitley (2003) a sopesar otros componentes que aportan los padres, por ejemplo el estrés. Compararon el tratamiento combinado con una condición en la que los padres aprendieron a manejar su estrés, sin encontrar diferencias.

La participación de los padres en estos estudios, a pesar de su posible beneficio, no queda del todo clara. Por otra parte, resulta especialmente complicado incluirlos en las sesiones sucesivas de intervención, por razones laborales, de disponibilidad de tiempo y motivacionales. Es por ello que resulta de interés conocer con precisión si realmente es tan necesaria la participación de los padres en los programas de tratamiento encaminados a reducir la agresividad infantil. El tratamiento dirigido exclusivamente a los niños se ha comparado tanto con el entrenamiento a padres como con el tratamiento combinado.

Con el interés de profundizar en la posibilidad de instrumentar programas escolares en los que se incluya exclusivamente a los niños, Lochman, Curry, Burch y Lampron (1984) trabajaron con 76 niños que presentaban comportamiento agresivo. Divididos en cuatro grupos, los niños se expusieron selectivamente a una de cuatro condiciones: entrenamiento en manejo de la ira dirigido al afrontamiento de la agresividad mediante solución de problemas, establecimiento de metas, la combinación de ambas y una condición sin tratamiento. La condición de manejo de la ira mostró mejores resultados que se generalizaron fuera del salón de clase y en el hogar que significaron una reducción importante de la conducta agresiva y del abuso del alcohol y otras sustancias.

El entrenamiento de solución de problemas dirigido a niños de una población clínica sumamente agresivos ha mostrado superioridad en otro estudio (Kazdin, Esveldt-Dawson, French & Unis, 1987). Los resultados indican una mayor proporción de niños que observaron una disminución de su comportamiento agresivo hasta ubicarse dentro de los límites de la normalidad. Este efecto se mantuvo a largo plazo, un año después del tratamiento. No obstante los resultados dejan abiertas algunas explicaciones alternas que podrían atribuir el efecto a la institucionalización de los niños a lo largo del estudio, sin la influencia posiblemente nociva de la familia de origen.

Si bien se percibe una consistencia importante de estudio a estudio respecto a la eficacia de las intervenciones cognitivo conductuales, específicamente la técnica de solución de problemas cuando se trata de los niños y el manejo conductual en el caso de los padres, no hay un acuerdo claro entre los estudios respecto a la posibilidad de intervenir exclusivamente a los niños por razones prácticas y económicas. En el contexto mexicano resulta especialmente importante responder a esta interrogante, pues en los medios de nivel socioeconómico bajo la participación de los padres es escasa. Por razones principalmente laborales y de índole económico, los padres tienden a desertar de los programas de intervención. Por otra parte, son muchos los casos que se detecta que los padres también presentan problemas serios de comportamiento, quienes presentan escaso interés por resolver los problemas de sus hijos.

Por otra parte si bien los estudios que implican la comparación entre grupos permiten combatir con mayor eficacia los atentados a la validez interna de un estudio, en muchas ocasiones es difícil conducirlos en el contexto aplicado. Por consiguiente el presente trabajo se basa en el estudio de caso que analiza con mayor detalle los cambios observados en un individuo antes, durante y después del tratamiento, aportando información adicional que los estudios cuasiexperimentales y experimentales no suelen abordar.

En este trabajo se presentan cinco estudios de caso que es posible considerar como réplicas directas, en donde se documenta el efecto de un tratamiento dirigido exclusivamente a los niños basado en la solución de problemas. Esta técnica forma parte del bagaje de técnicas cognitivo conductuales, cuya eficacia se ha demostrado ampliamente. Por lo que el propósito principal del presente trabajo, es aplicar una intervención diseñada con técnicas de solución de problemas y conductuales a niños agresivos. Así mismo también se pretende disminuir la agresividad de estos niños y sus problemas sociales.

Capítulo 4. Método

Participantes

Se detectó un total de 42 niños y niñas de entre 6 y 12 años inscritos en escuelas públicas de la zona sur de la ciudad de México que cumplían con los criterios de clasificación de conducta agresiva de acuerdo con el Children Behaviour Check List (CBCL). Para efecto de la presente tesis se seleccionó aleatoriamente a 5 niños quienes no presentaban retraso mental, no estaban bajo tratamiento médico ni psicológico, y no cumplían con los criterios de diagnóstico para otro tipo de problemas. Los padres firmaron una carta de consentimiento en la que se les informaba acerca de las características del estudio.

Escenario

Se utilizó para esta intervención el salón de usos múltiples de las instituciones escolares, que contaban con mesas, sillas, y pizarrón, entre otros objetos. Se adaptó el mobiliario y disposición de estas salas para las actividades de la terapia.

Instrumentos

Lista de Conductas de Achenbach (Children Behaviour Check List, CBCL-S-18; Achenbach & Rescorla, 2001) es un inventario que los padres contestan y mide conductas internalizadas y externalizadas de los niños. Se compone por 118 reactivos (alfa = 0.96) (Hernández-Guzmán, 2005). Sus reactivos se agrupan en nueve factores generales (ansioso/deprimido, aislado/deprimido, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta de violar reglas, conducta agresiva y otros problemas). Las respuestas de los padres califican de acuerdo a su percepción de la presencia de las conductas en 0= nunca, 1= a veces y 2= siempre. Para este estudio se utilizó el puntaje obtenido en la subescala agresividad (alfa = .8906), conformada por 18 reactivos. Este diagnóstico la sintomatología propia de la conducta agresiva y evalúa el funcionamiento general de los pacientes infantiles en los diferentes contextos en los que se desempeñan (específicamente en la casa y en la

escuela). También se empleó la subescala de problemas sociales que consta de 11 reactivos (alfa = 0.711).

Procedimiento

Las calificaciones obtenidas durante el filtro inicial para la selección de los participantes agresivos a partir del CBCL sirvieron como medida de pretratamiento de la conducta agresiva y los problemas sociales.

-Tratamiento

Se aplicó a cada niño las técnicas cognitivo-conductuales, utilizando el manual de tratamiento “Conducta agresiva en niños. Pienso, decido, actúo y veo si funciona. Manual del entrenamiento a niños” (Fajardo & Hernández-Guzmán, 2010).

Las sesiones incluían una parte psicoeducativa y otra de aplicación de las siguientes técnicas cognitivo-conductuales: solución de problemas, entrenamiento de habilidades sociales, relajación e imaginación guiada.

A continuación se muestra los objetivos planteados en cada sesión y las actividades programadas para cumplirlos.

Tabla 4.1. Descripción de los objetivos y actividades por sesión.

Sesión #	Objetivo	Actividades
Sesión 1	El niño identificará las características de su conducta agresiva infantil.	Presentación, psicoeducación sobre conducta agresiva y solución de problemas.
Sesión 2	El niño conocerá los pasos de la solución de problemas y clasificará sus sentimientos, pensamientos y conductas.	Psicoeducación de la solución de problemas, actividad manual (elaboración de lupas de detective), identificación de pensamientos, sentimientos y conductas.
Sesión 3	El niño identificará las expresiones emocionales en otras personas. Aplicará la solución de problemas en diferentes situaciones.	Identificación de sentimientos mediante gestos (mímica), uso de los pasos de resolución de problemas para situaciones comunes (identificando pensamiento, sentimiento y conducta).

Sesión 4	El niño identificará cómo las personas pueden expresar sus sentimientos con su cara y con su cuerpo. Explicará por qué eligieron tal o cual sentimiento para identificar cada imagen.	¿Cómo expresan las personas sus sentimientos con el cuerpo? Clasificación de sentimientos mediante descripción de imágenes.
Sesión 5	El niño representará situaciones en las que tenga que ponerse “en los zapatos de otro”, aplicará los pasos de solución de problemas y comentará con sus compañeros cómo se sintió.	Representación de papeles (role playing) en situaciones donde se presenta la conducta agresiva.
Sesión 6	El niño, junto con compañeros creará una obra de teatro guiñol donde aplicará los pasos de solución de problemas y resolverá una situación con ellos.	Obra teatro guiñol sobre alguna situación donde se utilicen los pasos de solución de problemas.
Sesión 7	El niño generalizará el uso de los pasos de solución de problemas, aplicándolos en un juego de mesa.	Juego de mesa para que el niño pueda practicar los pasos de “Piensa, decide, actúa y comprueba”.
Sesión 8	El niño utilizará los pasos de la solución de problemas para resolver problemas concretos planteados por los investigadores.	El terapeuta planteará a los niños situaciones relacionadas con eventos cotidianos de su vida. Intercambio de premios

Nota. Tratamiento descrito en: Fajardo Vargas, V. C. (2010). *Conducta agresiva en niños: Evaluación de los efectos de un tratamiento cognitivo conductual*. Tesis de doctorado, Facultad de Psicología, UNAM, Ciudad Universitaria, Ciudad de México, México.

-Postratamiento

Una vez terminada la intervención se aplicó nuevamente a los padres el CBCL.

-Seguimiento a tres meses

A los tres meses de terminada la intervención se aplicó nuevamente a los padres el CBCL.

Capítulo 5. Resultados

Los resultados de la intervención se presentan para cada uno de los cinco niños tratados bajo las mismas condiciones y características que describe la sección de procedimiento.

Caso: 1825

Psicólogo: Marianna Escobar Pacheco

Centro: Facultad de Psicología UNAM Laboratorio de Trastornos de Ansiedad

Resumen

Identificación del paciente: Masculino, 7 años de edad al momento de la evaluación. Vive con familia nuclear, es hijo único.

Análisis del Motivo de Consulta

Después de la evaluación inicial se encontró que el niño cumplía los criterios de diagnóstico para conducta agresiva para participar en la intervención de acuerdo con el CBCL.

Historia del problema

La madre informa que el niño presenta desde hace 6 meses mal comportamiento por lo que debe corregirlo constantemente, lo que ocasiona problemas y discusiones entre ella y su pareja. Refiere que cuando esto sucede intenta persuadir al niño acerca de su mal comportamiento e indaga por qué ocurre. A veces recurre a conductas disciplinarias como gritar, golpear con la mano, o con algún objeto, sacudir de los hombros al niño, mandarlo a su cuarto o quitarle algún privilegio. La madre expresa que ante las acciones positivas le demuestra a su hijo orgullo y afecto con abrazos y besos y en ocasiones premios.

Análisis y descripción de las conductas problema

Las conductas en la evaluación de tamizaje fueron desobediencia en casa, gritos, berrinches, discusiones, demandas de atención, desobediencia en la escuela, ataques a otras personas, lloriqueo y hostigamiento a otros. En cuanto a los problemas sociales había presentado celos, refería que los demás le molestaban y rehusaba hablar.

Establecimiento de las metas del tratamiento

Disminuir las conductas agresivas descritas por la madre en la evaluación inicial y observar si este efecto se mantenga y/o disminuyan los síntomas tres meses después.

Estudio de objetivos terapéuticos

Se definió los objetivos de las sesiones de acuerdo con el manual de intervención (véase tabla 4.1).

Selección del tratamiento más adecuado

Se aplicó el manual “Conducta agresiva en niños. Pienso, decido, actúo y veo si funciona. Manual de entrenamiento a niños” (Fajardo, Hernández-Guzmán & Pérez, 2010).

Selección y aplicación del instrumento de evaluación.

Se realizó una evaluación a 3 tiempos con el instrumento CBCL para identificar las conductas señaladas por los padres. En la evaluación previa (tamizaje) al tratamiento el niño 1825 había obtenido un puntaje de 12 para *conducta agresiva*, ubicándose en el punto de corte. del criterio de diagnóstico, las conductas por medio de tamizaje fueron: desobediencia en casa, gritos, berrinches, discusiones, demandas de atención, desobediencia en la escuela, ataques a otras personas, lloriqueo y hostigamiento a otros. En cuanto al puntaje en la escala de problemas sociales, el niño 1825 presentó un puntaje de 4, situándose por debajo del punto

de corte para problemas sociales, las conductas presentadas fueron celos, refería que los demás le molestaban y rehusaba hablar

Aplicación del tratamiento

Durante el desarrollo de la sesiones el niño se mostró atento y participativo en las actividades. Cuando había momentos de relajación y esparcimiento participaba activamente. En algunas sesiones 1825 presentó conflictos con algunos de sus compañeros, por lo que se aprovechó para aplicar los pasos de solución de problemas en dichas situaciones como ejemplos. De este modo se demostraba a 1825 que utilizar la solución de problemas en estos casos era una mejor alternativa que recurrir a los golpes u otras conductas agresivas.

Evaluación postratamiento

Después de ocho sesiones de intervención el niño 1825 se mantenía aún en el punto de corte para conducta agresiva. Sin embargo, demandaba menos atención, participaba en menos peleas, ya no atacaba a la gente, ya no gritaba ni desobedecía en casa, Su madre notó que discutía más, persistían los berrinches, lloriqueaba y molestaba a los demás. En el rubro de problemas sociales hubo un aumento de 2 puntos, puntaje que todavía permanecía por debajo del punto de corte, destacaron su preferencia por jugar con niños menores que él y la dificultad para quedarse solo también se mantuvieron los celos y seguía rehusándose a hablar en ocasiones. En comparación con la evaluación previa, 1825 ya no se quejaba que otros le molestaban.

Seguimiento tres meses después del tratamiento

Tres meses después del tratamiento, el niño 1825 mostró un descenso en el puntaje de *conducta agresiva* de 12 puntos en el pre y postratamiento a 10 puntos en el seguimiento. Persistían el enojo y los lloriqueos, aunque ya no discutía tanto, ya no demandaba atención, gritaba menos, ya no hacía berrinches y ya no molestaba ni amenazaba a otros. En cuanto a los problemas sociales presentó un

descenso en el seguimiento a 2 puntos, sólo se observó que 1825 seguía rehusando hablar en ocasiones.

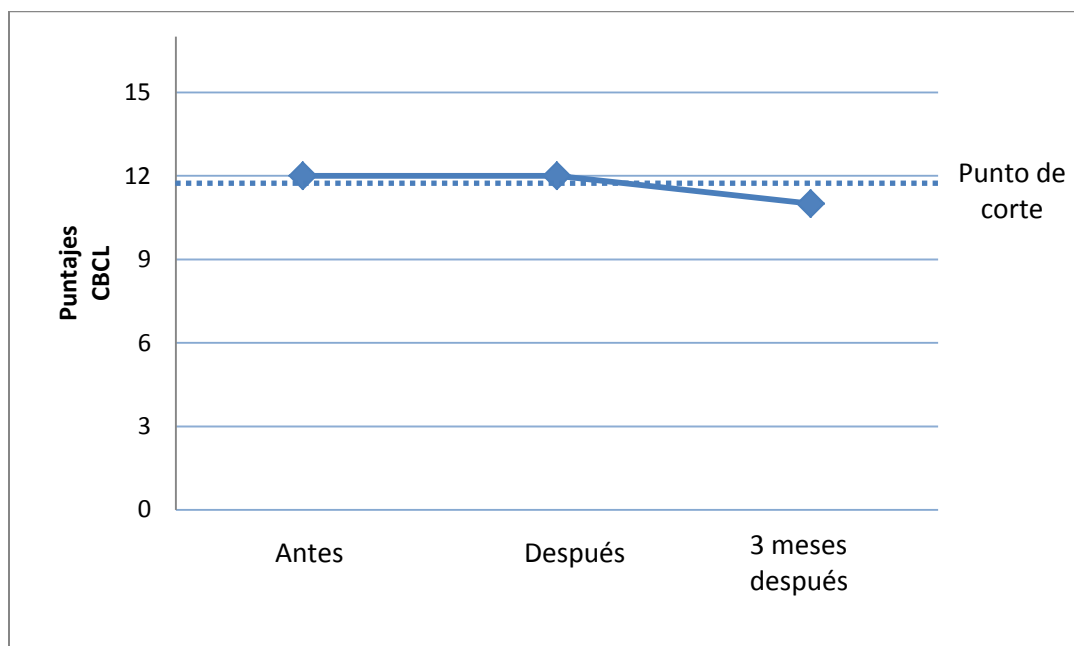
Observaciones

La madre opinó que la conducta de 1825 en casa había mejorado después de la intervención.

Conclusiones

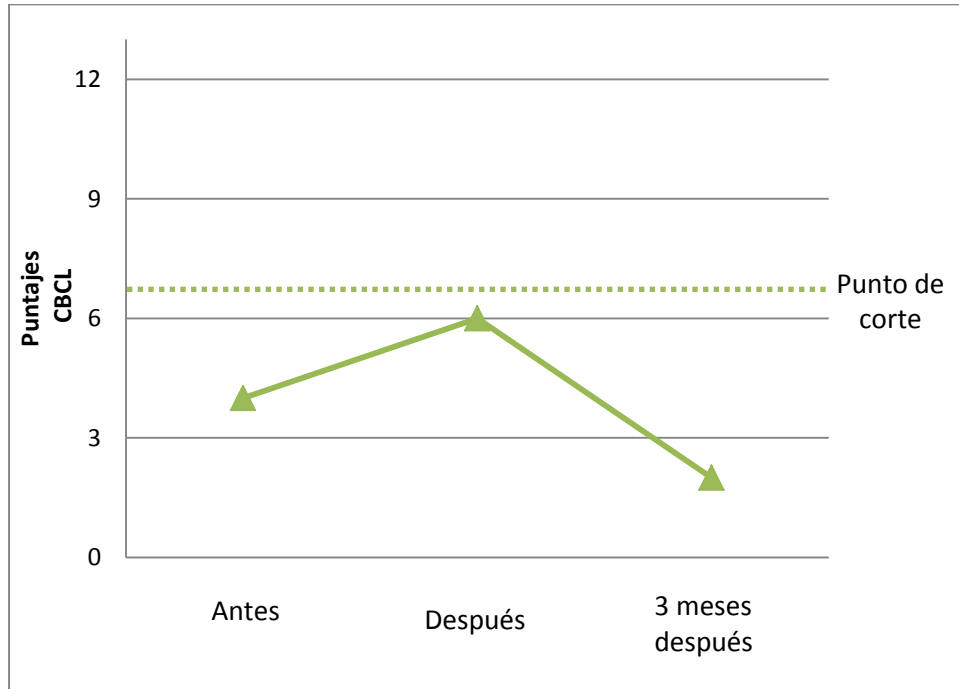
El niño 1825 es un caso en el que los cambios de la intervención se manifestaron hasta los 3 meses de concluido el tratamiento. La ausencia de un cambio inmediato podría sugerir que la intervención no tuvo éxito. Sin embargo en la evaluación a tres meses de concluida la terapia se pudo observar un descenso en los puntajes tanto de conducta agresiva como de problemas sociales. Una posible explicación es que 1825 aprendió a usar la solución de problemas y transcurrió algún tiempo antes de que la conducta se estableciera definitivamente al caer bajo el control de las contingencias naturales.

Grafica 1. Conducta agresiva caso 1825*



* Puntajes del caso 1825 obtenidos en el CBCL para conducta agresiva en los tres tiempos de evaluación: pre, post y seguimiento a tres meses. Punto de corte=11.7

Grafica 2. Problemas Sociales caso 1825*



* Puntajes del caso 1825 obtenidos en el CBCL para problemas sociales en los tres tiempos de evaluación: pre, post y seguimiento a tres meses. Punto de corte =6.5

Caso: 1870

Psicólogo: Marianna Escobar Pacheco

Centro: Facultad de Psicología UNAM Laboratorio de Trastornos de Ansiedad

Resumen

Identificación del paciente: Femenino, 6 años al momento de la evaluación. Vive con familia nuclear madre, padre y una hermana menor.

Análisis del Motivo de Consulta

Después de la evaluación inicial se encontró que la niña cumplía los criterios de diagnóstico para conducta agresiva para participar en la intervención de acuerdo con el CBCL.

Historia del problema

En la evaluación la madre informa que desde hace 6 meses la niña 1870 tiene “algunas conductas y actitudes” que “no le gustan” en casa. Cuando necesita corregir la conducta de 1870 la madre le explica qué estuvo mal de su conducta e indaga por qué la realizó, sin embargo en algunas ocasiones para disciplinarla ignora a la niña, le grita, le pega con la mano o con algún objeto, la pellizca, la envía a su cuarto o le quita algún privilegio. Sin embargo cuando hay conductas positivas, la madre informa que manifiesta orgullo y afecto a su hija y en ocasiones la premia.

Análisis y descripción de las conductas problema

La madre informó que las conductas de 1870 fueron: discutir, ser cruel con los demás, demandar atención, destruir sus cosas y las de otros, desobedecer en casa, participar en peleas, gritar, hacer berrinches, presentar cambios de ánimo, lloriquear molestar a otros y hacer mucho ruido. En cuanto a los problemas sociales sólo manifestaba ser molestada por los demás.

Establecimiento de las metas del tratamiento

Disminuir las conductas agresivas descritas por la madre en la evaluación inicial y observar si este efecto se mantenga y/o disminuyan los síntomas tres meses después.

Estudio de objetivos terapéuticos

Se definieron los objetivos de las sesiones de acuerdo con el manual de intervención (véase tabla 4.1).

Selección del tratamiento más adecuado

Se aplicó el manual “Conducta agresiva en niños. Pienso, decido, actúo y veo si funciona. Manual del entrenamiento a niños” (Fajardo, Hernández-Guzmán & Pérez, 2010).

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación

Se realizó una evaluación a 3 tiempos con el instrumento CBCL para identificar las conductas señaladas por los padres. En la evaluación inicial de tamizaje la niña 1870 presentó un puntaje de 14 para conducta agresiva situándola por encima del punto de corte. Presentaba conductas como discutir, ser cruel con los demás, demandar atención, destruir sus cosas y las de otros, desobedecer en casa, participar en peleas, gritar, hacer berrinches, presentar cambios de ánimo, lloriquear molestar a otros y hacer mucho ruido. Mientras que para problemas sociales, mostró un puntaje de 2 ubicándola muy por debajo del punto de corte en la evaluación previa al tratamiento ya que sólo manifestaba ser molestada por los demás.

Aplicación del tratamiento

Durante las sesiones la niña 1870 se mostró cooperativa y atenta cumpliendo los objetivos de cada sesión. No hubo ningún incidente durante la intervención por lo que ésta se desarrolló de la manera esperada.

Evaluación postratamiento

Posterior al tratamiento, la niña 1870 presentó un puntaje de 10, situándola por debajo del punto de corte para conducta agresiva. La madre informó que se mantenían algunas conductas observadas anteriormente. En comparación a la evaluación previa al tratamiento la niña 1870 ya no discutía, ya no era cruel con los demás, ya no demandaba atención, no participaba en peleas, no se enojaba y ya no presentaba cambios de ánimo. En cuanto a los problemas sociales se presentó un puntaje de 5, todavía debajo del punto de corte, en comparación de la evaluación previa que fue de 2 puntos. La madre informó que en esta ocasión la niña 1870 manifestaba sentirse sola, también tenía dificultad para quedarse sola en casa, sentía que no era agradable a los demás y seguía manifestando que los demás la molestaban.

Seguimiento tres meses después del tratamiento

Tres meses después del tratamiento la niña 1870 mostró un decremento mayor en las conductas agresivas presentando un puntaje de 5 ubicándola muy por debajo del punto de corte en comparación con los puntajes obtenidos en las evaluaciones previas. La niña 1870 discutía menos, gritaba menos, no molestaba a otros, ya no desobedecía en casa y ya no hacía berrinches. Mientras que en problemas sociales se observó un descenso de 2 puntos situándola todavía por debajo del punto de corte, la madre notó que todavía se ponía celosa, se quejaba que la molestan y mostraba preferencia para jugar con niños menores.

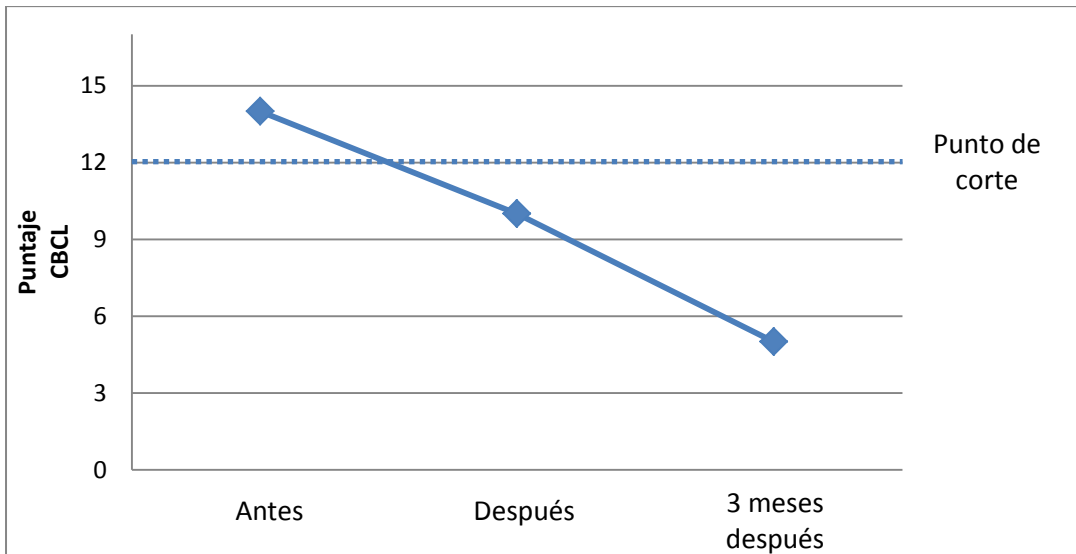
Observaciones

La madre se mostró cooperativa para el llenado de la información, comentó que las preguntas de la evaluación fueron “para su bien y el de sus hijas”.

Conclusiones

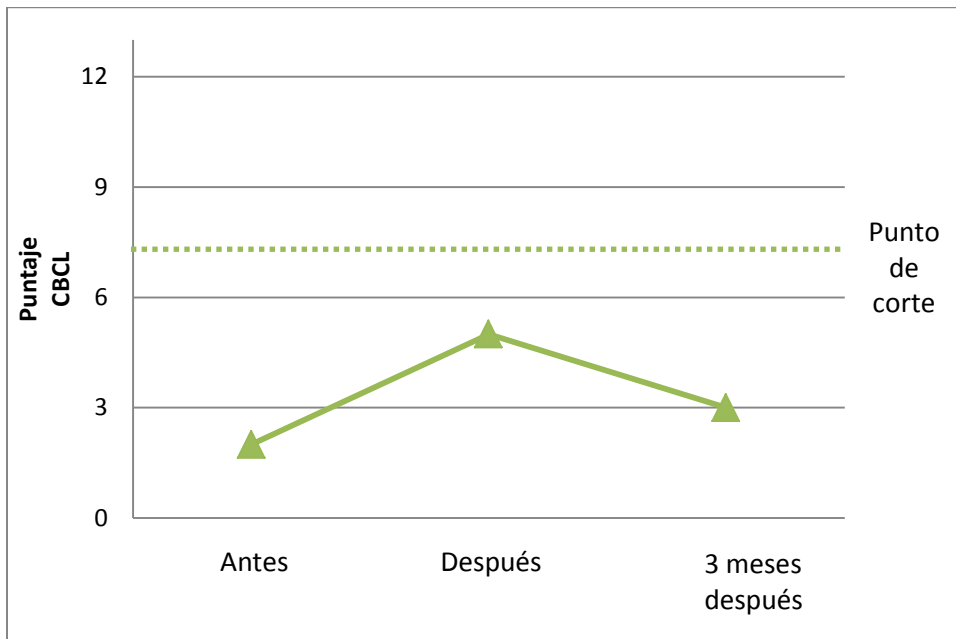
La niña 1870 presentó cambios favorables desde la evaluación posterior a la intervención, estos resultados se mantuvieron aún tres meses después de concluida la terapia. Posiblemente el uso de la solución de problemas le permitió a la niña disminuir el conflicto en las situaciones cotidianas lo que se reflejó en la evaluación tres meses después de concluido el tratamiento mediante una disminución en comparación con la evaluación inicial permitiendo una mejora en los síntomas. En cuanto a los problemas sociales, la niña 1870 no presentó conductas que la ubicaran en el valor límite para diagnóstico sin embargo presentó algunas conductas que se pueden atribuir a la situación escolar cotidiana y el tiempo.

Grafica 3. Conducta agresiva caso1870*



*Puntajes del caso1870 obtenidos en el CBCL para conducta agresiva en los tres tiempos de evaluación: pre, post y seguimiento a tres meses. Punto de corte= 12

Grafica 4. Problemas sociales caso 1870*



*Puntajes del caso 1870 obtenidos en el CBCL para problemas sociales en los tres tiempos de evaluación: pre, post y seguimiento a tres meses. Punto de corte = 7

Caso: 1876

Psicólogo: Marianna Escobar Pacheco

Centro: Facultad de Psicología UNAM Laboratorio de Trastornos de Ansiedad

Resumen

Identificación del paciente: Femenino, 7 años al momento de la evaluación. Vive con su papá y una tía con dos hijos. Su madre no vive con ellos (motivos no especificados). La tía la lleva a la escuela, el papá sólo asiste cuando hay juntas.

Análisis del Motivo de Consulta

Después de la evaluación inicial se encontró que la niña cumplía los criterios de conducta agresiva para participar en la intervención de acuerdo con el CBCL.

Historia del problema

El padre de la niña informa que al no estar presente la madre de 1876, su hermana (del papá) se ocupa de los niños. El padre comenta que la toma de decisiones es compartida y tanto el cómo su hermana ejercen la autoridad en casa. El papá comenta que desde hace 6 meses la niña 1876 no les hace caso y que no se le quita de encima. También informan que cuando tienen que corregirla principalmente utilizan el quitarle algún privilegio, asimismo también le explican a la niña qué hizo mal e indagan por qué ocurre la conducta. Cuando 1876 presenta alguna conducta positiva tanto su papá como su tía le demuestran su orgullo, y afecto.

Análisis y descripción de las conductas problema

Las conductas que el padre y la tía informaron fueron: demanda de atención, discutir, ser cruel, destruir sus cosas, desobedecer en casa y escuela, participaren peleas, atacar a las personas, gritar mucho, enojarse, cambiar mucho de ánimo, lloriquear, ser melindrosa, molestar a otros y hacer berrinches y ruido.

Establecimiento de las metas del tratamiento

Disminuir las conductas agresivas descritas por la madre en la evaluación inicial y observar si este efecto se mantenga y/o disminuyan los síntomas tres meses después.

Estudio de objetivos terapéutico

Se definieron los objetivos de las sesiones de acuerdo con el manual de intervención (véase tabla 4.1).

Selección del tratamiento más adecuado

Se aplicó el manual “Conducta agresiva en niños. Pienso, decido, actúo y veo si funciona. Manual del entrenamiento a niños” (Fajardo, Hernández-Guzmán & Pérez, 2010).

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación

En la evaluación inicial de tamizaje la niña 1876 presentó un puntaje de 17 para conducta agresiva ubicándola por encima del valor límite. Mientras que en la escala de problemas sociales presentó un puntaje de 2 ubicándola muy por debajo del valor límite en la evaluación.

Aplicación del tratamiento

Durante la intervención la niña 1876 se mostraba con una actitud tímida, no quería participar al inicio, pero conforme pasaba el tiempo de la sesión se mostraba más complaciente y atenta hacia el terapeuta que al trabajo durante la sesión. En una de las sesiones la maestra de grupo informa de un incidente en clase en el cual la pequeña 1876 está abrazando a algunos compañeros y no los dejaba terminar sus tareas. Se utilizó esta situación y durante las sesiones 3, 4 y 5 como ejemplo de conductas a la pequeña. Al terminar la sesión 5 se le pidió que comentara como se sintió al estar en la situación como si ella fuera uno de sus compañeros, ella comentó que al principio sí le gustó ser abrazada, pero que después ya no,

resolvió que cuando ella quiera abrazar a alguien preguntaría primero si sus compañeritos quieren que los abrace o no.

Evaluación postratamiento

Al término del tratamiento la niña 1876 mostró un descenso en el puntaje de conducta agresiva de 17 en la evaluación previa a 8 puntos en la evaluación posterior situándola por debajo del valor límite para conducta agresiva. Dentro de las conductas que se identificaron en esta evaluación seguía haciendo berrinches, ya demandaba menos atención, no destruía sus cosas, ya no cambiaba de ánimo y ya no lloriqueaba. En cuanto a problemas sociales mostró un puntaje de 5 que la ubicaba por debajo del valor límite, su papá y su tía observan que a diferencia de la evaluación previa ya no era tan dependiente, ya podía quedarse sola y ya no se quejaba de ser molestada. Notaron que todavía se ponía celosa con facilidad, le faltaba coordinación y que prefería jugar con niños menores.

Seguimiento tres meses después del tratamiento

En la evaluación de seguimiento a tres meses se encontró un decremento en conducta agresiva, de 9 puntos en la evaluación post a 7 puntos en el seguimiento. Según la referencia de su papá y tía, la niña 1876 todavía demandaba atención y desobedecía en casa, notaron que discutía menos, ya no destruía sus cosas y hacía menos berrinches. Mientras que en la escala de problemas sociales tuvo un aumento de un punto con respecto a la evaluación posterior al tratamiento (6 puntos en CBCL) esto todavía por debajo del valor límite. El padre y la tía notaron que la niña 1876 algunas veces no quería hablar, se seguían presentando los celos, la falta de coordinación y su preferencia a jugar con niños menores.

Observaciones

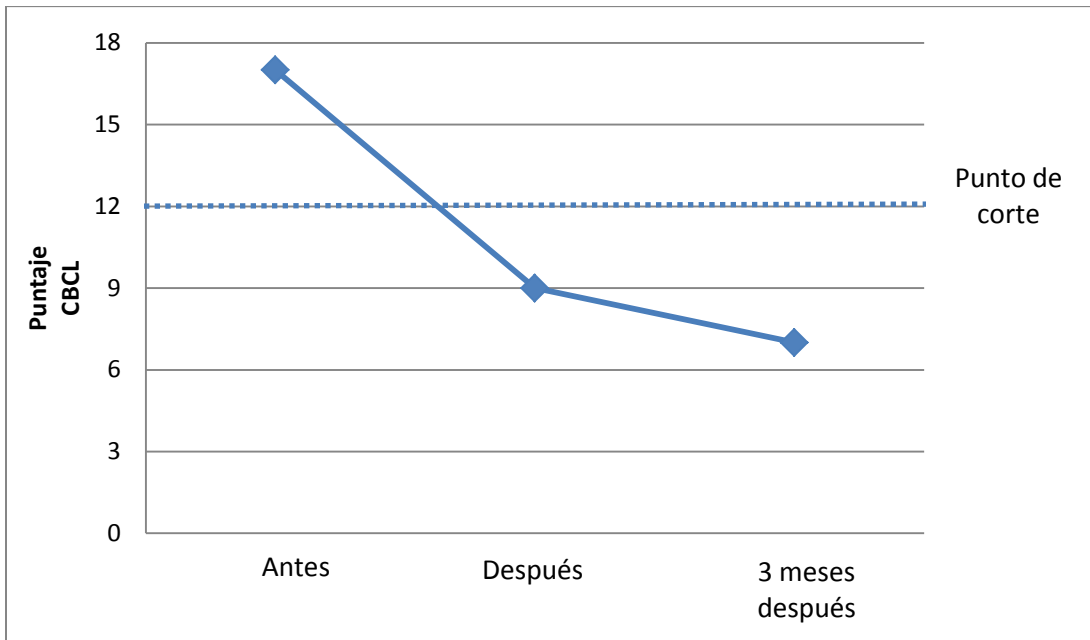
La dinámica familiar de la pequeña 1876 es particular por lo que se recibieron comentarios tanto de la tía como del padre. Al entregar el cuestionario en la evaluación posterior al tratamiento, la tía hace el comentario de que ya habían

contestado por segunda vez el cuestionario y hace una anotación en el cuadernillo de que esperaba que fuera ésta la última vez, se le comenta que sus anotaciones son valiosas pero que la forma de evaluación de las conductas de la niña se mide mediante lo que contesten los padres o tutores en el cuestionario en tres tiempos diferentes. En la evaluación de seguimiento ya no hubo comentarios por parte de la familia, de igual forma se les agradeció su colaboración con el proyecto.

Conclusiones

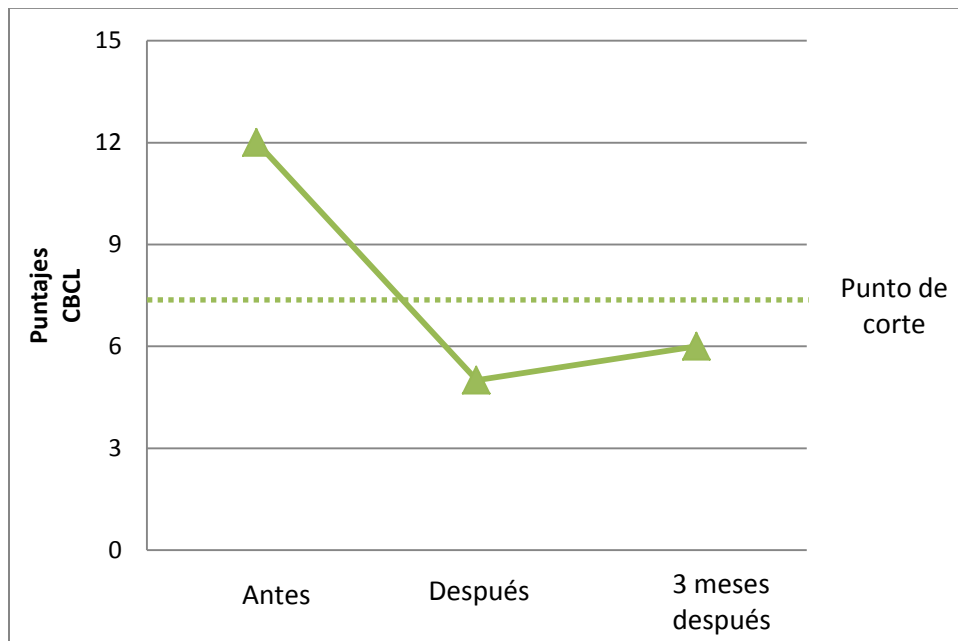
La niña 1876 presentó cambios favorables en la evaluación postratamiento al disminuir las conductas señaladas por el padre y la tía a casi la mitad. Es probable que la identificación de sentimientos, la empatía y la solución de problemas, elementos importantes durante la intervención, influyeran para que la pequeña pudiera enfrentar las situaciones que le presentaban conflicto diariamente. En la evaluación a tres meses se encontró un mantenimiento ya que solo disminuyó un punto (7 puntos en CBCL para conducta agresiva) con respecto a la evaluación al terminar la intervención, esto puede atribuirse al uso de las habilidades adquiridas durante la terapia. En cuanto a los puntajes de problemas sociales se pudo observar la disminución de la sintomatología descrita al inicio de la terapia de 12 puntos a 5 puntos al término de la terapia. A pesar de haber aumentado un punto en el seguimiento a 3 meses (6 puntos) todavía se ubicaba por debajo del punto de corte. Esto podría deberse a la situación familiar de la niña, en la cual la ausencia de la madre le demanda adaptarse.

Grafica 5. Conducta agresiva del caso 1876*



*Puntajes del caso 1876 obtenidos en el CBCL para conducta agresiva en los tres tiempos de evaluación: pre, post y seguimiento a tres meses. Punto de corte= 12

Grafica 6. Problemas sociales del caso 1876*



* Puntajes del caso 1876 obtenidos en el CBCL para problemas sociales en los tres tiempos de evaluación: pre, post y seguimiento a tres meses. Punto de corte = 7

Caso: 1878

Psicólogo: Marianna Escobar Pacheco

Centro: Facultad de Psicología UNAM Laboratorio de Trastornos de Ansiedad

Resumen

Identificación del paciente: Participante femenino de 7 años al momento de la evaluación. Es hija única, vive con mamá y abuela, padre finado.

Análisis del Motivo de Consulta

Después de la evaluación inicial se encontró que la niña cumplía los criterios de conducta agresiva para participar en la intervención de acuerdo con el CBCL.

Historia del problema

La madre comenta que desde hace aproximadamente 6 meses 1878 no recoge sus cosas, demanda mucha atención y no obedece en casa. También la mamá menciona que “hay buena comunicación en casa” por lo que se le hace raro que “últimamente” 1878 desobedezca. Cuando esto sucede la madre recurre a medidas disciplinarias como gritar, ignorar a la niña, mandarla a su cuarto o quitarle algún privilegio o hasta pegarle con la mano o con algún objeto. En contraste, cuando la niña 1878 tiene buen comportamiento la madre comenta que le hace saber que está orgullosa de ella, le demuestra su afecto y la premia.

Análisis y descripción de las conductas problema

Las conductas descritas por la madre en la evaluación previa fueron demanda de atención, cambio frecuente de ánimo, discutir, desobedecer en casa y en escuela, participar en peleas, atacar a la gente, gritar, enojarse con facilidad, lloriquear, molestar a los demás, hacer berrinches y ruido. En cuanto a problemas sociales la madre describe que 1878 se pone celosa, es dependiente, no puede estar sola, refiere que otros la molestan, menciona no se sentirse agradable a los demás y prefiere jugar con niños menores.

Establecimiento de las metas del tratamiento

Disminuir las conductas agresivas descritas por la madre en la evaluación inicial y observar si este efecto se mantenga y/o disminuyan los síntomas tres meses después.

Estudio de objetivos terapéuticos

Se definieron los objetivos de las sesiones de acuerdo con el manual de intervención (véase tabla 4.1).

Selección del tratamiento más adecuado

Se aplicó el manual “Conducta agresiva en niños. Pienso, decido, actúo y veo si funciona. Manual del entrenamiento a niños” (Fajardo, Hernández-Guzmán & Pérez, 2010).

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación

En la evaluación inicial de tamizaje la niña 1878 presentó un puntaje de 16 para conducta agresiva lo que la coloca dentro del punto de corte para su tratamiento. Mientras que en la escala de problemas sociales presentó un puntaje de 9 ubicándola dentro del punto de corte diagnóstico en la evaluación.

Aplicación del tratamiento

En el transcurso de la intervención la pequeña 1878 se presentó cooperativa y participativa. Durante la sesión 3 la niña tuvo problemas para diferenciar entre sentimiento y pensamiento, pero una vez realizada la actividad pudo identificar más fácilmente la diferencia entre éstos. La niña se mostró inquieta en algunas actividades al terminar pronto los ejercicios y participar constantemente. En la sesión 6 al pedirle que elaborara una obra de teatro guiñol, la niña 1878 hizo notar la importancia del uso de los pasos de resolución de problemas al escribir la obra.

Evaluación postratamiento

Al final de la terapia la niña 1878 presentó una disminución de 9 puntos en comparación a la evaluación previa al tratamiento, obteniendo 7 puntos para

conducta agresiva, ubicándola muy por debajo del punto de corte. En esta evaluación la madre observó que demandaba menos atención, era menos desobediente en casa y escuela (por reportes de la maestra), ya no gritaba tanto, no cambiaba de ánimo tan seguido y ya no hacía berrinches. Mientras que para problemas sociales presentó un puntaje de 3 que en comparación de la evaluación anterior se ubicó muy por debajo del punto de corte.

Seguimiento tres meses después del tratamiento

En el seguimiento a tres meses 1878 presentó otro decremento de 4 puntos con respecto a la evaluación posterior al tratamiento obteniendo 3 puntos lo que la sitúo muy por debajo del punto de corte para conducta agresiva. En esta ocasión la madre informó que la niña 1878 desobedecía menos en casa y en la escuela y gritaba menos. En cuanto a los problemas sociales se mostró un aumento de un punto respecto a la evaluación anterior presentando 4 puntos, ubicándola todavía por debajo del punto de corte. La madre mencionó que en esta ocasión había veces en las que 1878 era dependiente y le era difícil estar sola.

Observaciones

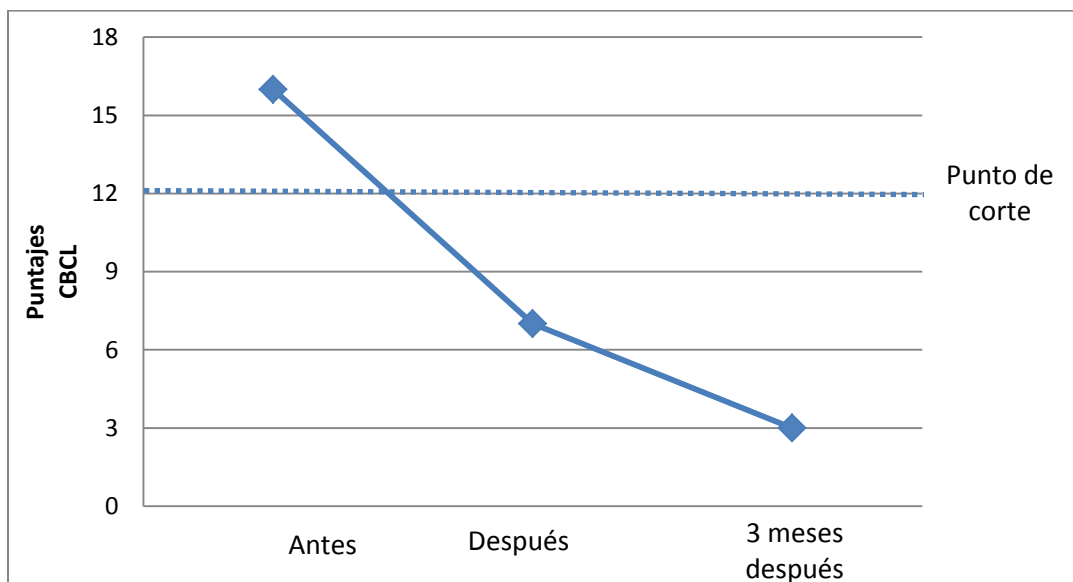
La madre se presenta cooperativa con el proyecto y participa en la resolución del cuestionario de evaluación en los tres tiempos propuestos. La madre de 1878 informó que al final de la intervención notó una mejora en la forma en la que la niña ayudaba en casa, comentó que antes 1878 hacía gestos de molestia, peleaba y no hacía caso a lo que se le indicaba, después de la intervención seguía haciendo gestos pero sólo con las tareas que no le gustaba realizar, aunque terminaba haciéndolas.

Conclusiones

En el caso de la niña 1878 es clara la disminución de la sintomatología descrita por la madre en la evaluación previa al tratamiento, al término de la intervención y en su mantenimiento 3 meses después. El uso de las técnicas de solución de problemas, reconocimiento de sentimientos, pensamientos y conductas durante la

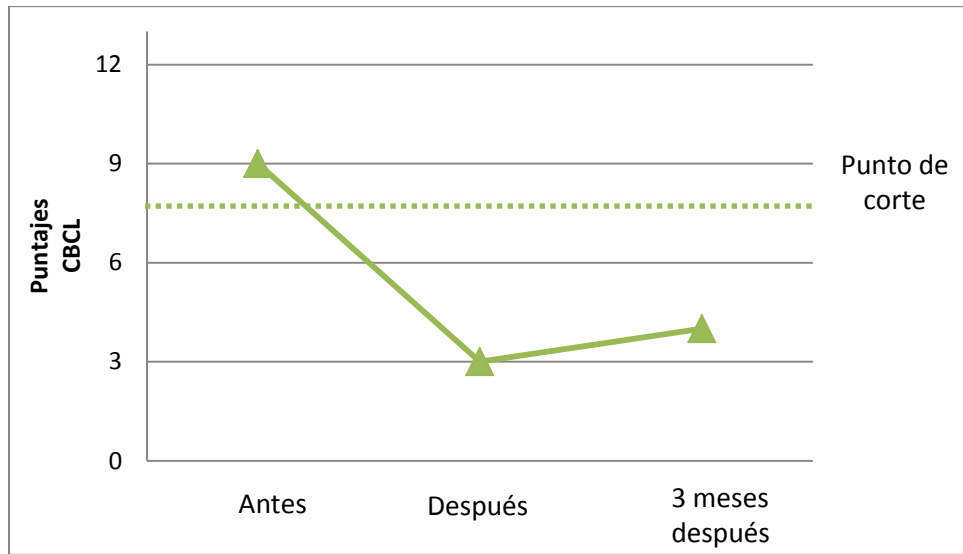
intervención colaboró en el cambio de la conducta que la madre percibió al finalizar la intervención. Se podría atribuir a la adquisición y práctica diaria de las habilidades y herramientas Cognitivo Conductuales el que la pequeña 1878 siguiera disminuyendo su sintomatología como se mostró en el seguimiento a 3 meses. Asimismo es probable que las técnicas empleadas en la intervención participaran de igual forma en la disminución de los problemas sociales obteniendo no sólo un puntaje menor al punto de corte sino manteniéndose después de 3 meses de concluida la intervención.

Grafica 7. Conducta agresiva del Caso 1878*



*Puntajes del caso 1878 obtenidos en el CBCL para conducta agresiva en los tres tiempos de evaluación: pre, post y seguimiento a tres meses. Punto de corte =12

Grafica 8. Problemas sociales del caso 1878*



*Puntajes del caso 1878 obtenidos en el CBCL para problemas sociales en los tres tiempos de evaluación: pre, post y seguimiento a tres meses. Punto de corte = 7

Caso: 1877

Psicólogo: Marianna Escobar Pacheco

Centro: Facultad de Psicología UNAM Laboratorio de Trastornos de Ansiedad

Resumen

Identificación del paciente: Masculino de 7 años al momento de la evaluación. Es el menor de tres hermanos (dos mujeres y él). Vive con por papá, hermanas mayores, abuelita y él, madre ausente por divorcio.

Análisis del Motivo de Consulta

Después de la evaluación inicial se encontró que el niño cumplía los criterios de conducta agresiva para participar en la intervención de acuerdo con el CBCL.

Historia del problema

La queja del padre es que desde hace aproximadamente 6 meses o más antes de la evaluación el niño 1877 no le hace caso, pelea constantemente con sus hermanas y no obedece reglas. El padre menciona que cuando esto sucede generalmente manda al niño a su cuarto, le quita privilegios y solo algunas veces le grita, le pega con la mano o lo pellizca. En contraste cuando 1877 tiene conductas positivas el padre comenta que le expresa su orgullo y afecto y cuando lo amerita, lo premia por su comportamiento.

Análisis y descripción de las conductas problema

Las conductas que el padre observó fueron que 1877 destruye sus cosas y las de otros, desobedece en casa y escuela, discute, participa en peleas, ataca a personas, se enoja, cambia de ánimo y molesta a otros. En cuanto a problemas sociales el padre notó que 1877 es celoso, se queja de ser molestado y a veces se rehusa a hablar.

Establecimiento de las metas del tratamiento

Disminuir las conductas agresivas descritas por la madre en la evaluación inicial y observar si este efecto se mantenga y/o disminuyan los síntomas tres meses después.

Estudio de objetivos terapéuticos

Se definieron los objetivos de las sesiones de acuerdo con el manual de intervención (véase tabla 4.1).

Selección del tratamiento más adecuado

Se aplicó el manual "Conducta agresiva en niños. Pienso, decido, actúo y veo si funciona. Manual del entrenamiento a niños" (Fajardo, Hernández-Guzmán & Pérez, 2010).

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación.

En la evaluación inicial de tamizaje el niño 1877 presentó un puntaje de 12 para conducta agresiva, situándolo justo en el valor límite para su tratamiento. Mientras que para problemas sociales presentó una puntuación de 5 situándolo muy por debajo del valor límite del criterio diagnóstico.

Aplicación del tratamiento

Durante la intervención el niño 1877 se mostró muy cooperativo en la terapia y participó en las actividades de manera muy emotiva. Al inicio de la intervención el niño 1877 mencionó que en casa lo regañaban por pelearse con sus hermanas, además de que tenía algunos conflictos en la escuela con sus compañeros. Se utilizan estos ejemplos a lo largo de las sesiones para que el niño aprenda a aplicar la solución de problemas. Durante la sesión 6 al elaborar la obra de teatro guiñol, al describir al personaje del papá y lo caracteriza como el papá que regaña, castiga y golpea. Al terminar la dinámica se le preguntó que pensaba de ese personaje, el niño expresó que se había sentido muy bien porque podía regañar a todos, pero también se había sentido mal porque todos le tenían miedo. Durante las sesiones subsecuentes el niño 1877 participaba más y al finalizar ayudaba a recoger el material.

Evaluación postratamiento

En la evaluación posterior a la intervención el pequeño 1877 presentó una disminución de 9 puntos en comparación con la evaluación inicial obteniendo 3 puntos para conducta agresiva, lo cual lo ubicó muy por debajo del punto de corte. El padre informó que ya obedecía en casa y en la escuela. En cuanto a los problemas sociales en esta evaluación presentó un puntaje de 0 por lo que el padre informa que han desaparecido las conductas que presentó en la primera evaluación.

Seguimiento tres meses después

En el seguimiento a tres meses se presentó una disminución de la sintomatología para conducta agresiva con un puntaje de 0 dónde el padre ya no informa de conductas que provoquen conflictos en casa. En el caso de problemas sociales se mantuvo el puntaje de 0 al no observar presencia de alguna conducta relacionada por parte del padre.

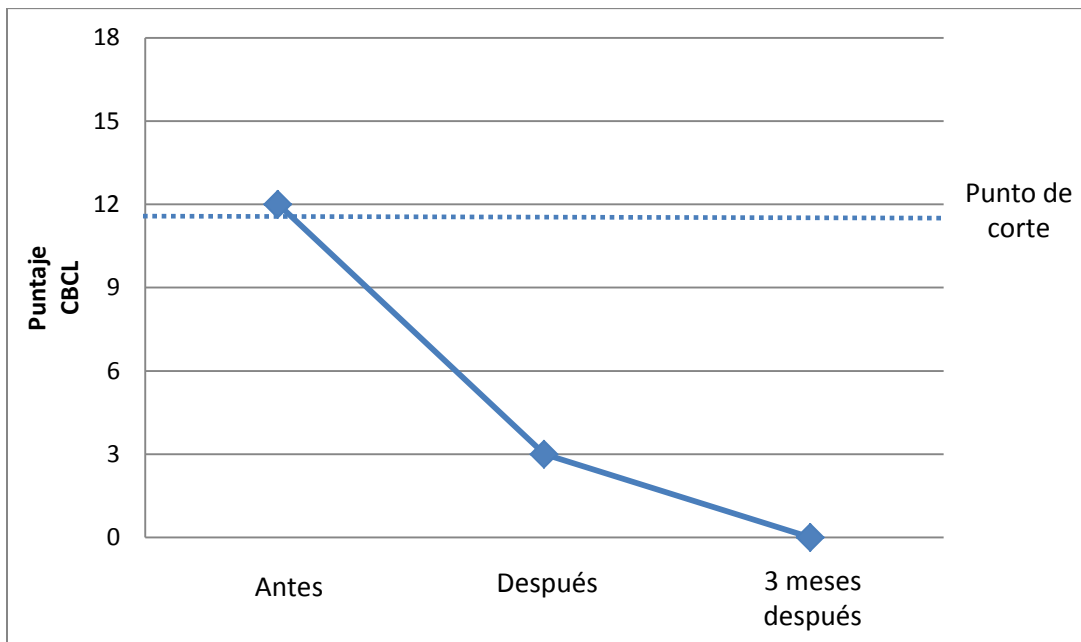
Observaciones

El padre se muestra cooperativo al contestar los cuestionarios, mencionó que veía con alivio el que el pequeño 1877 pudiera platicar con alguien por la reciente separación de su madre. El padre esperaba que con esto 1877 ya no diera “tanta lata” en casa y dejara de pelear con sus hermanas mayores.

Conclusiones

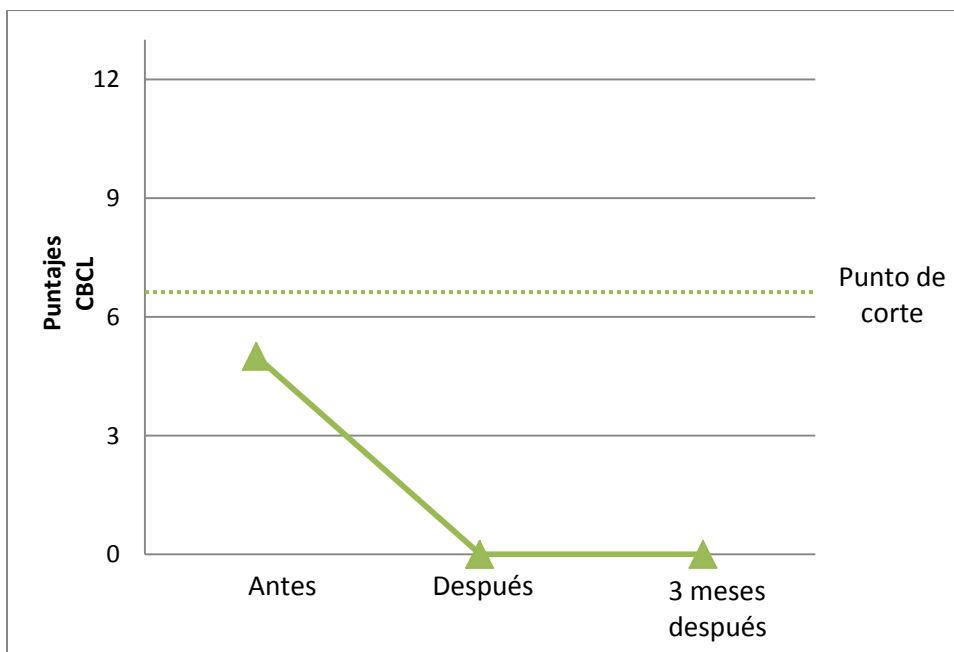
En el caso de el niño 1877 se puede ver un cambio más dramático tanto en las conductas que el padre observa en la evaluación previa a la intervención como al final de la terapia y en el seguimiento, dónde ya no se presenta ninguna conducta problema. Esto puede deberse a que el pequeño adquirió la habilidad de hacer uso de la solución de problemas para resolver conflictos cotidianos y así mejorar su relación tanto con sus hermanas como con sus compañeros de clase. La ausencia de conductas agresivas en el seguimiento a tres meses puede deberse al resultado del uso de las técnicas aprendidas durante la terapia; el desarrollo de empatía y la solución de problemas en este tipo de casos pueden permitir al niño mejorar su conducta y disminuir la queja en casa y en escuela. Podemos pensar que también el uso de las técnicas aprendidas para la adaptación del niño a la situación familiar actual se pudo observar en el mantenimiento de los puntajes en el seguimiento a tres meses.

Grafica 9. Conducta agresiva del caso 1877*



*Puntajes del caso 1877 obtenidos en el CBCL para conducta agresiva en tres tiempos de evaluación: pre, post y seguimiento a 3 meses. Punto de corte=11.7

Grafica 10. Problemas Sociales del caso 1877*



*Puntajes del caso 1877 obtenidos en el CBCL para problemas sociales en tres tiempos de evaluación: pre y post y seguimiento a tres meses. Punto de corte =6.5

Capítulo 6. Discusión

El primer propósito del presente trabajo fue explorar si a partir de una intervención cognitivo-conductual con énfasis en solución de problemas era posible observar la disminución de la conducta agresiva en niños mexicanos. Mediante el estudio de caso se documentó la aplicación del tratamiento y los resultados obtenidos. La posible generalidad de los resultados podría inferirse de su repetición en otros casos con un problema similar.

El resultado del presente estudio reveló que, la conducta agresiva de acuerdo a lo que se informó en casa, de 4 de los 5 niños disminuyó inmediatamente después del tratamiento, así como las quejas en la escuela. En los 4 casos se observaron cambios que ubicaron por debajo del punto de corte el comportamiento agresivo de los niños, excepto en un caso que mantuvo el mismo puntaje. A los 3 meses, no obstante, la conducta agresiva de este niño también disminuyó rebasando el punto de corte.

Un segundo propósito era explorar si el cambio observado inmediatamente después del tratamiento se mantenía a lo largo del tiempo. Tres meses después de aplicado el tratamiento se observó una mejora progresiva en los 4 casos que habían disminuido su conducta agresiva inmediatamente después del tratamiento, esta mejora progresiva podría explicarse en términos de que el comportamiento de los niños queda bajo el control de las contingencias ambientales una vez que empiezan a mostrar menos agresividad y mas conductas prosociales.

En el caso del niño que no había mostrado cambios inmediatamente después del tratamiento no fue posible observar un cambio tan notorio como en aquellos. Este dato fue congruente con estudios previos que han hallado que el uso de intervenciones de tipo cognitivo conductual disminuyen la presencia de conductas agresivas tales como pegar, gritar, desobedecer en casa entre otras.

Concretamente respecto al tratamiento grupal de la agresividad la solución de problemas y las habilidades parentales habían mostrado su eficacia (Kazdin, Siegel & Bass, 1992), por una parte, el entrenamiento en solución de problemas en los niños permite mejorar su capacidad para identificar los problemas y las situaciones conflictivas en su ambiente y ofrecer soluciones para contender con ellas. El presente estudio no incluyó el entrenamiento a padres, no obstante los resultados muestran una mejora después del tratamiento. Otros estudios que solo han incluido a los niños han mostrado también la eficacia de la solución de problemas sobre otras estrategias de tratamiento como es el manejo de la ira (Lochman, Curry, Burch & Lampron, 1984; Kazdin, Esveltd-Dawson, French & Unis, 1987). La posibilidad de intervenir exclusivamente los niños resulta importante ya que en muchos casos por consideraciones prácticas y económicas para los padres es imposible participar. El presente estudio muestra como un tratamiento dirigido exclusivamente a los niños, como la solución de problemas, puede ayudar a encarar un problema tan grave y de secuelas a largo plazo como lo es la agresividad infantil.

Finalmente, un tercer propósito fue indagar si al disminuir la conducta agresiva de estos niños, disminuían también los problemas sociales informados por sus padres.

Para responder a este propósito se tomó en cuenta las respuestas de los padres en la escala de problemas sociales de la lista de conductas de Achenbach. En dos casos antes del tratamiento se había claramente la presencia de problemas sociales por arriba del punto de corte casos. No obstante, una vez terminado el tratamiento los padres informaron de una disminución importante de los problemas sociales de sus hijos, de tal manera que las puntuaciones se ubicaron en ambos casos por debajo del punto de corte (1876 y 1878), en los otros tres casos, se encontraban desde un inicio por debajo del punto de corte con respecto a los problemas sociales. Si bien en 2 de estos casos se observo un ligero aumento inmediato después del tratamiento, aunque por debajo del punto de corte, a los 3

meses en todos los casos habían disminuido los problemas sociales. Al igual que en las medidas de conducta agresiva, los problemas sociales también disminuyeron claramente a los 3 meses. La disminución paralela de los problemas sociales a la conducta agresiva sugiere que la solución de problemas, a la vez que disminuye la conducta agresiva permite la ocurrencia de comportamientos prosociales que son parte de las soluciones que propone el niño durante el tratamiento. A pesar de que el tratamiento solo estaba dirigido a la conducta agresiva es posible observar, por lo tanto, cambios en otra variable como lo son los problemas sociales.

De esta manera, los 5 estudios de caso en los que se aplicó el mismo tratamiento cognitivo conductual mostraron en general resultados inmediatos y a mediano plazo. No sólo se observó la disminución de la conducta agresiva, sino también de otros problemas observados por los padres, como los problemas sociales.

Se ha sugerido que la disminución de la conducta agresiva es concomitante a la adquisición de conductas pro sociales y su establecimiento a lo largo del tiempo, al quedar bajo el control de las contingencias naturales provistas por los pares. Un estudio previo ha informado resultados similares, en el que niños con habilidades sociales deficientes mostraron un aumento gradual de conductas prosociales a lo largo del tiempo como resultado de las consecuencias proporcionadas por los pares (Hernández-Guzmán, González & López, 2002). Podría proponerse entonces que, en general, la adquisición de nuevas conductas se consolida progresivamente a lo largo del tiempo, al quedar bajo el control proporcionado por la interacción con los pares y las contingencias sociales.

Podría sugerirse por lo tanto que el manual *“Conducta agresiva en niños. Pienso, decido, actúo y veo si funciona. Manual del entrenamiento a niños”* (Fajardo & Hernández-Guzmán, 2010) podría ser útil no solo para disminuir la agresividad infantil sino para mejorar sus habilidades prosociales.

Al igual que en estudios previos de intervenciones cognitivo conductuales dirigidas a niños como los de Lochman, Curry, Burch & Lampron (1984), Kendall (1988), Jongsma, Peterson & McInnis (1999), Kazdin, Esveltd-Dawson, French & Unis (1987) es posible dotar a los menores de habilidades y herramientas que les permiten enfrentar las situaciones adversas y conflictivas que les presenta el medio circundante. Aparentemente, si bien el entrenamiento a los padres puede ser de gran utilidad, la adquisición de habilidades de solución de problemas ayuda a los niños en gran medida.

La meta del manual *“Conducta agresiva en niños. Pienso, decido, actúo y veo si funciona. Manual del entrenamiento a niños”* dirigido a niños agresivos es disminuir las conductas impulsivas. Proporciona estrategias como la solución de problemas para que el niño haga una pausa para razonar acerca de las características del problema, ofrezca un abanico de soluciones, seleccione una o más de estas y las someta a prueba en un plano conductual. Esta última estrategia resulta de vital importancia, debido a que le permite llevarla a cabo y enfrentarse a las consecuencias que esta conlleva.

Un elemento adicional utilizado como parte de la intervención cognitivo-conductual que incluye el manual es la psicoeducación. Esta es especialmente importante puesto que sienta las bases para aplicar la solución de problemas. En la medida en la que el niño agresivo sea capaz de identificar su conducta agresiva, las emociones y cogniciones que la acompañan estará en posibilidad e identificar con mayor claridad los problemas conflictivos y adversos de su ambiente.

El niño agresivo, posiblemente por su impulsividad, tiende a sufrir el rechazo de sus iguales, se sabe que la impulsividad afecta negativamente la ejecución de la tarea y la habilidad para evaluar soluciones alternas. Esta impulsividad por lo tanto es especialmente susceptible al tratamiento basado en solución de problemas. Se ha sugerido que el niño impulsivo carece de habilidades para modular o regular su actividad en correspondencia a las demandas del contexto social. Esto implica que

los niños agresivos no interpretan eficazmente las señales de sus compañeros, por lo que presentan más conductas inapropiadas al contexto social (Caballo, 2005, Ison-Zintilini y Morelato-Giménez, 2008; Betina y Contini de González, 2011).

Los niños agresivos no presentan una conducta social apropiada por lo que se benefician especialmente del entrenamiento en solución de problemas.

Se desprende de este estudio que las estrategias de solución de problemas pueden ser una herramienta eficaz para revertir el comportamiento disfuncional del niño agresivo, ya que no solo reduce las conductas agresivas sino que promueve el comportamiento pro social.

Por otra parte se ha sugerido que la interacción con los padres desempeña un papel fundamental para la adquisición de habilidades pro sociales de los hijos. Por lo tanto el tratamiento dirigido exclusivamente a los niños tarde o temprano deberá incluir el entrenamiento a sus padres. Si son los padres los que en gran medida influyen en el establecimiento y mantenimiento de la agresividad infantil, serán ellos también parte de la solución.

De la revisión de los casos específicos fue posible identificar que algunos de estos niños eran objeto de castigo físico y verbal. Por lo tanto se convierte en una llamada de atención para incluir la intervención a los padres dirigida a sustituir el castigo como medida disciplinaria por otras medidas con menos consecuencias negativas.

En consecuencia será importante realizar más estudios que incluyan intervenciones dirigidas a los padres que muestren su eficacia en la promoción de prácticas parentales adecuadas.

A pesar de los resultados halagadores de la aplicación del manual *“Conducta agresiva en niños. Pienso, decido, actúo y veo si funciona. Manual del entrenamiento a niños”* no se debe ignorar las múltiples limitaciones que conlleva

el estudio de caso. Por una parte, el instrumento para identificar la conducta agresiva CBCL es una medida que recoge el informe de los padres. Si bien la conducta agresiva, forma parte de los llamados problemas externalizados que, como su nombre lo indica, es posible percibirlos a simple vista, el informe de los padres puede estar sesgado. En ocasiones el niño agresivo crea una reputación que posteriormente, independientemente de su comportamiento real, su familia y sus profesores mantienen en su percepción. A pesar de esta limitación, en este estudio fue posible apreciar un cambio en la percepción de los padres, ya que después del tratamiento informaron sobre menos comportamiento agresivo y problemas sociales. En este sentido, el hecho de que los padres no participaran en la intervención y no se enteraran de los procedimientos llevados a cabo con sus hijos, disminuye la probabilidad de que los cambios observados en los padres después del tratamiento se deba a su conocimiento de las metas de este.

Al no ser los instrumentos de informe una medida directa de la conducta instrumental que caracteriza a la conducta agresiva en ambientes como la escuela, otra limitante del presente estudio fue carecer de registros observacionales de los niños en su ambiente social (escuela). Esto debido a los costos implicados en la aplicación de un procedimiento de observación directa que suelen ser muy elevados. Por esta razón, una mayoría de estudios recurren con mucha más frecuencia a medidas de informe referido y auto informe como fue el caso del presente estudio.

La investigación sobre la eficacia de los tratamientos echa mano de grupos de comparación mediante ensayos clínicos aleatorios, lo que representa una metodología más sólida que permite desechar un mayor número de explicaciones alternas de los efectos observados. Por lo que estudios futuros deberán utilizar metodologías más sólidas que permitan derivar conclusiones válidas.

En atención a estos problemas la réplica directa de estos 5 casos arroja cierta luz sobre la posible generalidad de los resultados (Sidman, 1961). El aplicar las

réplicas con más sujetos permitió reconciliar los datos obtenidos con la información ya existente en estudios previos.

A pesar de las limitaciones arriba expuestas, podría sugerirse que la Intervención cognitivo-conductual dirigida a niños agresivos permite su adaptación a las demandas sociales del medio. Por lo que se puede recomendar la aplicación del manual *“Conducta agresiva en niños. Pienso, decido, actúo y veo si funciona. Manual del entrenamiento a niños”* como una opción para abatir la conducta agresiva en niños en contextos en los que la participación de los padres no es activa.

Referencias

- Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. (1983). Manual for the Child Behavior Check List and Revised Child Behavior Profile. Burlington: University of Vermont.
- Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2001). Manual for the Child Behavior Checklist. ASEBA: EEUU.
- Baer, Donald M., Wolf, Montrose M., & Risley, Todd R.(1968) Some current dimensions of applied behavior analysis *Journal of Applied Behavior Analysis*. 1968 Spring; 1(1): 91–97.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Zambrano, J. & Aguilar-Gaxiola, S. (2008). Youth mental health in a populous city of the developing world: Results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50 (4), 386-395.
- Berkowitz, L. (1974). Some determinants of impulsive aggression: Role of mediated associations with reinforcements for aggression. *Psychological Review* V. 81, Iss.2, March 1974, 165-176.
- Berkowitz, L. (1978). Whatever Happened to the Frustration-Aggression Hypothesis? *American Behavioral Scientist*, 21, 5, 691-708, May/Jun 78.
- Bierman, and cols. (1996), Integrating social skills training interventions with parent training and family focused support to prevent conduct disorder in high risk populations: The fast track multisite demonstration project, *UABICH*, vol. 794.
- Blustein J. (1996). Intervention with excessively aggressive children, conceptual and ethical issues. *Understanding Aggressive Behavior in Children*, 794, NYAS.
- Brestan, E. V. & Eyberg, S. M. (1998). Effective psychosocial treatments of conduct disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5, 272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 180-189.
- Buss A.H. (1961). *The Psychology of Aggression*. NewYork: Wiley.
- Caballo, V. & Simon, M. A. (2001 y 2002). Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente. Trastornos generales (I) y específicos (II). Madrid: Pirámide.

- Caraveo-Anduaga, J.J., Colmenares-Bermúdez, E. & Martínez-Vélez, N.A. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 44 (6), 492-498.
- Carlson, N. (1994). *Fundamentos de psicología fisiológica*. México: Prentice-Hall.
- Coccaro E.F. (1996). Neurotransmitter correlates of impulsive aggression in humans. *Understanding Aggressive Behavior In Children*, vol. 794. NYAS .
- Coie, J.D., Dodge, K. & Kupersmidt, J.B. (1990). Peer group behavior and social status. En S.R. Sher y J.D. Coie (Eds.), *Peer rejection in childhood*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Coie, J.D. & Kupersmidt, J.B. (1983). A behavioral analysis of emerging social status in boys groups. *Child Development*, 54, 1400-1416.
- Comellas Carbó, M.J.(2003). Les relacions interfamiliars i entre la família i l'escola en un procés de transició de la primària a secundària. 'Las relaciones interfamiliares y entre la familia y la escuela en un proceso de transición de la primaria a secundaria. *Guix*, Barcelona, 296-297, Julio - Agosto, 25-30.
- Connor, D.F. (2002). *Aggression and antisocial behavior in children and adolescents. Research and treatment*. New York: The Guilford Press.
- Dawkins, J. (1995). *Bullying in schools: doctors responsibilities*. BMJ. 310(274).
- Dodge, K.A. (1983). Behavioral antecedents of peer social status. *Child Development*. 54, 1387-1399.
- Dumas, J. E. (1989). Treating antisocial behavior in children: Child and family approaches. *Clinical Psychology Review*, 9, 197-222.
- Eddy, L.F., (2003). *Violencia en la adolescencia: Adolescente con comportamiento conflictivo*. (Adolescente como víctima y como agresor, INFORM-ACIM, Hivern 2003-2004. Associació Catalana Per la Infància Maltractada No. 27. 15-22).

- Fajardo Vargas, V. C. (2010). *Conducta agresiva en niños: Evaluación de los efectos de un tratamiento cognitivo conductual*. Tesis de doctorado, Facultad de Psicología, UNAM, Ciudad Universitaria, Ciudad de México, México.
- Farmer, E. M. Z., Compton, S. N., Burns, B. J. & Robertson, E. (2002). Review of evidence base for treatment of childhood psychopathology: Externalizing disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 6*, 1267-1302.
- Fekkes, M., Pijpers, F.I.M. & Verloove-Vanhorick, S.P. (2005). Bullying: Who does what, when and where? Involvement of children, teachers and parents in bullying behavior. *Health Education Research, 20* (1):81-91.
- Fristad, M. A. & Clayton, T. L. (1991). Family dysfunction and family psychopathology in child psychiatry outpatients. *Journal of Family Psychology, 5* (1), 46-59.
- Fleming, J.P., Kellam, S.G., Brown, C.H. (1982). Early predictors of age at first use of alcohol, marijuana, and cigarettes. *Drug and Alcohol Dependence, 9*(4), 285-303.
- Florenzano, Ramón (1997): *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Santiago: Puc.
- Forehand, R. & Atkenson, B. M. (1977). Generality of treatment effects with parents as therapists: A review of assessment and implementation procedures. *Behavior Therapy, 8*, 575-593.
- Froelich, J., Doepfner, M., Berner, W., & Lehmkuhl, G. (2002). Combined cognitive behavioral treatment with parent management training in ADHD. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 51*(6), 476-493.
- García, M. & Madriaza, P. (2006). Estudio cualitativo de los determinantes de la violencia escolar en Chile. *Estudios de Psicología (Natal), 11*(3), 247-256.
- Jianghong, L. (2004). Childhood externalizing behavior: Theory and implications. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. Vol. 17, Issue 3, 93–103, July 2004.

- Justicia, F., Benítez, J.L., Pichardo, M.C., Fernández, E., García, T. y Fernández, M. (2006). Aproximación a un nuevo modelo explicativo del comportamiento antisocial. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*. Num.9, Vol.4(2). España.
- Heinicke, C. M. (1990). Toward generic principles of treating parents and children: Integrating psychotherapy with the school-aged child and early family intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 58(6), 713-719.
- Hemphill, S. A & Littlefield, L. (2001). Evaluation of a short-term group therapy program for children with behavior problems and their parents. *Behavior Research and Therapy*, 39 (7), 823-841.
- Henk L. I. Nijman, Joost M. L. G. á Campo, Dick P. Ravelli, & Harald L. G. J. Merckelbach (1999). A Tentative Model of Aggression on Inpatient Psychiatric Wards. *Psychiatric Services*. 50: 832-834, June 1999.
- Hernández-Guzmán, L. (1999). Hacia la salud psicológica: Niños socialmente competentes. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hernández- Guzmán, L., González,S. & López F. (2002). Effect of guided imagery on children's social performance. *Behavioural and cognitive Psychotherapy*, 30(4), 471-483.
- Hernández-Guzmán, L. & Sánchez-Sosa, J. J. (1991). Prevención primaria del deterioro psicológico: Factores de riesgo y análisis etiológico a través de un modelo interactivo. *Revista Mexicana de Psicología*, 8 (1-2), 83-90.
- Hutchings, B. & Mednick, S. (1974). Registered criminology in the adoptive and biological parents of registered male criminal adoptees. En: Renfrew, J. (2001). *La agresividad y sus causas*. México: Trillas.
- Kazdin, A. E., Esveldt-Dawson, K. French, N. H. & Unis, A. S. (1987). Problem-solving skills training and relationship therapy in the treatment of antisocial child behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1), 76-85.
- Kazdin, A. E., Siegel, T. C. & Bass, D. (1992). Cognitive problem-solving skills and parent management training in the treatment of antisocial behavior children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(5), 733-747.

- Kazdin, A. & Buela-Casal, G. (1994). *Conducta antisocial. Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y en la adolescencia*. Madrid. Ediciones Pirámide.
- Kazdin A.E. (1998). *Methodological issues strategies and clinical research*. Washington D.C. American Psychological Association
- 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.
- Kellam, S., Rebok, G., Ialongo, N. & Mayer, L. (1994). The course and malleability of aggressive behavior from early first grade into middle school: Results of a developmental epidemiologically based preventive trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 259-281.
- Kempes M., Matthys, W., Viries, H. Engeland, H., (2005). "Reactive and proactive aggression in children: A review of theory, findings and relevance for child and adolescent psychiatry". *European child & Adolescent Psychiatry* (2005), vol. 14, Num. 1.
- Kendall, P. C. (1988). Stop and think workbook. EEUU (PA)
- Kendall, P. C. (1991). *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures*. New York: Guildford Press.
- Kim,Y.S., Leventhal,B.L., Koh,Y-J., Hubbard, A., Boyce, W.T. (2006). School Bullying and Youth Violence Causes or Consequences of Psychopathologic Behavior? *Archives of General Psychiatry*, 63:1035-1041.
- Kohn, R., Levav, I., Alterwain, P., Roucco, G., Contera, M., Della-Grotta, S. (2001) Factores de riesgo de trastornos conductuales y emocionales en la niñez: Estudio comunitario en el Uruguay. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 9(4), 211-218.
- Leve, L. D. & Chamberlain, P. (2005). The development and treatment of girlhood aggression. En Pepler, D., Madsen, J, K. C., Webster, C. & Levene, K. S. (Eds.). *Girls in the Juvenile Justice System: Risk Factors and Clinical Implications* (191-215). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

- Lochman, J. E., Curry, J. F., Burch, P. R. & 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 (5), 915-916.
- Mc Burnett, K., Lahey, B., Capasso, L., & Loeber, R. (1996). Aggressive symptoms and salivary cortisol in clinic-referred boys with conduct disorder. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 794, 169-178.
- Marshall, J. K. & Mirenda, P. (2002). Parent-professional collaboration for positive behavior support in the home. *Focus on Autism & Other Developmental Disabilities*, 17, 216-228. Resumen de Ovid Technologies Identificador (núm. de identificación:2002-11209-003).
- Mena, I., & Vizcarra, R. (2001). Algo nuevo bajo el sol: Hacer visible el maltrato y posible la esperanza. *Psyche*,1(10), 81-101.
- Miller, G. E. & Prinz, R. J. (1990). Enhancement of social learning family interventions for childhood conduct disorder. *Psychological Bulletin*, 108, 291-307.
- Miller, Y., Kuschel, A. & Hahlweg, K. (2002). Early prevention of conduct disorders. Basic principles and parent-based prevention trials of externalizing behavior disorders. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 51(6), 441-453.
- Miller, C.J., Miller, S.R., Trampush, J., McKay, K., Newcorn, J.H. & Halperin, J.M.(2006). Family and cognitive factors: Modeling risk for aggression in children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Vol. 45 Iss 3, 355-363. March 2006.
- Moreno Olmedilla, J.M. (1999). Comportamiento antisocial en los centros escolares: Una visión desde Europa. *Revista Iberoamericana de Educación*, núm.18.
- Moss R., (1984), Clima social: Familia. FES (The Family Environment Scale) Madrid: TEA Ediciones.

- Muñoz García, J. J. (2004). *Factores de riesgo y protección de la conducta antisocial en adolescentes*. Barna, *Revista de Psiquiatría Facultad de Medicina*, 2004; 31(1):21-37.
- Nezu, A.M. & Nezu, C.M. & Eds. (2008). *Evidence based outcome research. a practical guide to conducting randomized control trials for psuychological interventions*.(pp123-281). New Yark: Oxford university press.
- Ollendick, T. H. & Hirshfeld-Becker, D. R. (2002). The developmental and psychopathology of social anxiety disorder. *Biological Psychiatry*, 51(1), 44-58.
- Olweus, D. (1993). *Bullying at School: What we Know and what we Can do*. Oxford, UK: Blackwell.
- Patterson, G. R., Chamberlain, P. & Reid, J. B. (1982). A comparative evaluation of a parent-training program. *Behavior Therapy*, 13, 638-650.
- Peed, S., Roberts, M. & Forehand, R. (1977). Evaluation of the effectiveness of a standardized parent training in altering the interaction of mothers and their noncompliant children. *Behavior Modification*, 1, 323-350.
- Pérez, V., De la Barra, F., Gubbins, F., Fernández, A. M. & Rodríguez, J. (2001). Prevención primaria de conductas disruptivas en niños de primero básico en situación de riesgo psicosocial. Ponencia presentada en XIX Congreso Anual Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, Viña del Mar, Chile, noviembre 2001.
- Pérez, V., Fernández, A. M., De la Barra, F. & Rodríguez, J. (2002). Evolución de conductas agresivas y disruptivas y su comparación en niños con y sin intervención preventiva. Ponencia en XV Congreso Nacional de Psicología Clínica – VII. Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud. Santiago, Chile.
- Presidencia de la República. (2007). Primer Informe de Gobierno: 1.1 estado de derecho, 1.1.2 procuración de impartición de justicia., México.
- Sheldrick, R.C., Kendall, P.C., Heimberg, R.G.(2001) The clinical significance of treatments: A comparison of three treatments for conduct disordered children. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 8(4), 418–430.

- Rappaport, N., & Thomas, C. (2004). Recent research findings on aggressive and violent behavior in youth: Implications for clinical assessment and intervention. *Journal of Adolescent Health*, 35, 260-27.
- Reid, M.J., Webster-Stratton, C. & Beauchaine, T.P. (2001). Parent training in head start: A comparison of program response among African, American, Asian-american, Caucasian and Hispanic mothers. *Prevention Science* 2(4), 209-227.
- Repetti, R.I., Taylor, S.E. & Seeman, T.E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128 (2), 330-366.
- Rhule, D. M. (2005). Take care to do no harm: Harmful interventions for youth problem behavior. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(6) Dec 2005, 618-625.
- Ross A. (1987). *Terapia de la conducta infantil*. México: Editorial Limusa.
- Sánchez-Sosa, J. J., Jurado-Cárdenas, S. & Hernández-Guzmán, L. (1992). Episodios agudos de angustia severa en adolescentes: Análisis etiológico de predictores en la crianza y la interacción familiar. *Revista Mexicana de Psicología*, 9 (2), 101-116.
- Schor, E.L., (1996). *Caring for your School age child*. American Academy of Pediatrics: USA.
- Sege, R. & Dietz, W. (1994). Television viewing and violence in children: the Pediatrician as agent for change. *Pediatrics*, 94, 600-6007.
- Tynan, W. D., Chew, C. & Algermissen, M. (2004). Concurrent parent and child therapy groups for externalizing disorders: The rural replication. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 99-101.
- Van Lier, P., Boivin, M., Dionne, G., Vitaro, F., Brendgen, M., Koot, H., Tremblay, R.E., & Pérusse, D., (2007). Kindergarten children's genetic vulnerabilities interact with friends aggression to promote children's own aggression. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46:8, 1080-1087.

- Webster-Stratton, C. & Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(1), 93-109.
- Webster-Stratton, C. & Taylor, T. (2001). Nipping early risk factors in the bud: Preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions targeted at young children (0–8 years). *Prevention Science*, Vol. 2, Núm. 3, September 2001.

ANEXO 1

Consentimiento informado

Escuela Primaria _____

Consentimiento informado

México D.F. a _____ de _____ del 20__

Por medio de la presente, autorizo que mi hijo(a) _____
_____, participe en el proyecto relacionado con la
"Prevención y tratamiento de Problemas de Conducta Agresiva" de niños
entre 6 y 12 años de edad de la Ciudad de México avalado por la Facultad de
Psicología y la Dirección General de Asuntos del Personal Académico de la
Universidad Nacional Autónoma de México.

Por medio de la presente me doy por enterado(a), de que en este proyecto mi
hijo(a) no corre riesgo mayor y de que no se le harán maniobras que pongan
en peligro su vida o modifiquen su estado de salud.

Se me ha informado que el estudio consistirá en una entrevista de evaluación
para mí, y que en este caso, incluye sesiones de intervención psicológica (ya
sea a mí, a mi hijo o a ambos) y evaluaciones subsecuentes del éxito de las
mismas. Los resultados de las evaluaciones son confidenciales y se emplearán
exclusivamente para fines académicos y/o beneficio de los niños.

Nombre y firma del padre o tutor

GRACIAS POR SU COOPERACIÓN!

ANEXO 2

Hoja de control y seguimiento de Niños en el Tratamiento

Escuela Primaria: _____

Nombre del Niño: _____

Nombre de la Mamà: _____

Nombre del Papà: _____

Completo:

- ___ Consentimiento Informado (primera aplicación)
- ___ Como se comporta mi hijo (CBCL)
- ___ Como me siento Yo (Índice de estrés Parental)
- ___ Cuando mi hijo(a) se porta bien (crianza)
- ___ Cuando mi hijo(a) se porta mal (crianza)
- ___ Mis problemas personales (Lista de síntomas de Hopkins)
- ___ Como me he sentido las últimas 2 semanas (depresión)
- ___ Consentimiento informado (intervención)
- ___ Familia (FES)

Datos de avance del niño(a)

Diagnostico _____

Tratamiento _____

Terapeuta _____

___ Evaluación _____

___ Tratamiento _____

___ Post tratamiento _____

___ Seguimiento 1 _____

___ Seguimiento 2 _____

___ Seguimiento 3 _____

ANEXO 3

Instrumentos de Evaluación

Child Behavior Check List (CBCL) /6-18

(ejemplo de algunos reactivos)

¿CÓMO SE COMPORTA MI HIJO?

El presente cuestionario tiene como finalidad conocer como es la relación con su hijo(a). Por favor trate de contestar en la opción que mejor describa la conducta de su hijo(a).

Para la siguiente lista de problemas marque si en los últimos 6 meses:

C, Si ha sido muy cierto o frecuentemente cierto.

B, Si ha sido cierto en parte o a veces cierto.

A, Si no se aplica al caso de su hijo(a).

A = Falso B = A veces cierto C = Cierto

	Falso A	A veces cierto B	Cierto C
3. Discute por todo			
23. Es desobediente en la escuela			
26. No parece sentir culpa después de comportarse mal			
35. Siente que no vale o que es inferior			
39. Se junta con niños que se meten en problemas			
47. Tiene pesadillas			
58. Tiene dolores de cabeza			
79. Se preocupa por cómo se le perciba. Se avergüenza fácilmente			
87. Tiene problemas del habla			
95. Presenta cambios repentinos en su estado de ánimo o sentimientos			
104. Piensa demasiado en el sexo			
111. Está triste o deprimida(o), es infeliz			
116. Se hace pipí en la cama			