



La Agresión

Índice de Contenidos

(Última Actualización: 22-02-2010)

Síntesis de la agresión	i
Desarrollo de la agresión física de la primera infancia a la adultez (<i>Edición revisada</i>) <i>Richard Tremblay</i>	1-6
Desarrollo y socialización de la agresión durante los primeros cinco años de vida <i>Kate Keenan</i>	1-5
Complicaciones obstétricas y agresión <i>Sharon Ishikawa y Adrian Raine</i>	1-6
La agresión como resultado del desarrollo en la primera infancia. Comentarios sobre Tremblay, Keenan, Ishikawa y Raine <i>Dale F. Hay</i>	1-4
Comentarios sobre artículos relativos a “La agresión como resultado del desarrollo en la primera infancia” <i>Daniel Shaw</i>	1-5
Agresión en niños pequeños. Servicios que han comprobado su efectividad para reducir la agresión (<i>Edición revisada</i>) <i>Carolyn Webster-Stratton</i>	1-6
Programas y servicios efectivos para reducir la agresión en niños pequeños <i>John E. Lochman</i>	1-6
Intervenciones preventivas que reducen la agresión en niños pequeños <i>Celene E. Domitrovich y Mark T. Greenberg</i>	1-8
Prevención temprana del comportamiento agresivo en los niños pequeños: Comentarios sobre Webster-Stratton, Lochman, y Domitrovich y Greenberg <i>Kenneth A. Dodge</i>	1-4
Programas y servicios que han comprobado su efectividad para reducir la agresión en niños pequeños. Comentarios sobre Webster-Stratton, Domitrovich y Greenberg, y Lochman <i>Karen L. Bierman</i>	1-6
Apoyo a niños pequeños y sus familias para reducir la agresión. Comentarios sobre Webster-Stratton, Domitrovich y Greenberg, y Lochman <i>Debra J. Pepler</i>	1-5



Síntesis de la agresión

(Puesto en línea, en inglés, el 21 de septiembre de 2004)

(Puesto en línea, en español, el 25 de noviembre de 2009)

*Esta síntesis ha sido traducida en colaboración con la Junta Nacional de Jardines Infantiles
-JUNJI- Gobierno de Chile.*

¿Por qué es importante?

[La agresión](#), es decir, patear, pelear y morder, inquieta a las sociedades modernas, puesto que las consecuencias físicas, emocionales, cognitivas y societales de los actos violentos son serios, extensos y de largo plazo¹. Una [encuesta de opinión](#) que recogía percepciones sobre la violencia aplicada a una muestra representativa de la población canadiense, reveló que los encuestados estaban más preocupados de la violencia juvenil (32%) y de la pobreza de las familias (32%) que del suicidio juvenil (12%), el fracaso escolar (11%) y la salud de los jóvenes (8%). La categoría etaria más elegida por los encuestados como el período en el cual los individuos recurren más frecuentemente a la agresión física es entre los 12 y 17 años de edad tanto para niños (61%) como niñas (69%). No sorprende que la mitad de los encuestados (50%) declare que los adolescentes entre 12 y 17 años de edad deben tener alta prioridad en cualquier inversión suplementaria de los programas gubernamentales para prevenir la violencia; un tercio (33%) opina que los niños entre los 5 y 11 años deben ser primera prioridad. Solamente el 10% opina que los niños muy pequeños, entre 0 y 4 años de edad, deberían ser prioridad.

Los resultados de esta encuesta reflejan dos creencias centrales sobre la agresión física. En primer lugar, que los niños se tornan más violentos a medida que crecen. Por extensión, se cree que los adolescentes son más agresivos que los niños. En segundo lugar, que los niños aprenden a ser físicamente agresivos.

No obstante, la investigación reciente ha desafiado ambas creencias. El desarrollo de la agresión en la niñez se asocia a una multiplicidad de factores, tales como malas tácticas de los padres y un estatus socioeconómico bajo. Además, muchos factores de origen neurológico, fisiológico y genético asociados al desarrollo de la agresión pueden remontarse a la infancia, o incluso antes. Por ejemplo, el estrés de la madre, el uso de tabaco durante el embarazo y las complicaciones médicas al nacer se asocian con el riesgo de presentar conductas más agresivas que el promedio. Además, estudios recientes han mostrado que la frecuencia de las agresiones físicas disminuye con el tiempo². Por ejemplo, un estudio sobre el desarrollo de la agresión física aplicado a una muestra representativa de niños canadienses entre 2-11 años, mostró que el punto máximo de la agresión física se alcanza entre los dos y tres años de edad y que la mayoría de los niños aprende a regular el uso de la agresión física al finalizar la mediana infancia y que, las niñas generalmente abandonan el uso de la agresión física antes de entrar a la escuela³. Por lo tanto, los períodos que parecen ser los mejores para aprender alternativas a la agresión física son la lactancia y la primera infancia.

¿Qué sabemos?

Para comprender cómo los adultos llegan a tener conductas violentas, los investigadores han indagado en las etapas prenatales y de primera infancia. Los [factores](#) que pueden afectar las tendencias agresivas incluyen disposiciones genéticas, exposición prenatal a las drogas, al alcohol o al tabaco, mala alimentación materna, anomalías físicas menores, complicaciones al nacer, historial de comportamientos problemáticos de los padres en su edad infantil o adolescente, dinámicas familiares, prácticas parentales, temperamentos difíciles, influencia de los pares y experiencias escolares. Estos factores se pueden “acumular” en el tiempo, situando a los niños en una [trayectoria negativa](#) y pueden sugerir la necesidad de intervención en los primeros años. Sin embargo, algunos factores - como las complicaciones obstétricas - parecen aumentar el riesgo de problemas posteriores de agresión, aunque solamente en presencia de otros causantes de estrés (madre adolescente, estatus socioeconómico bajo, prácticas parentales inadecuadas). Además, no todos los factores de riesgo tienen un impacto equivalente. Por ejemplo, existe más información sobre la [exposición fetal al alcohol](#) que sobre la alimentación materna.

Los datos disponibles sugieren que la [agresión física](#) en la edad preescolar llega a su punto máximo entre los dos y tres años, y luego disminuye a un ritmo constante. Sin embargo, un pequeño grupo de niños (5-10%) seguirá exhibiendo altos niveles de agresión durante su niñez y adolescencia. [La agresión](#) es frecuentemente la característica principal del trastorno de oposición desafiante y del trastorno de conducta. Cuando estos problemas surgen en la primera infancia, es probable que persistan y auguren resultados problemáticos como la delincuencia, el consumo de sustancias y los trastornos mentales en la adultez. Lamentablemente, es problemático identificar la agresión atípica en los preescolares, ya que los investigadores temen patologizar comportamientos que son normales para esta edad. El temor de aplicar etiquetas o conceptos de desarrollo inapropiados acentúa la necesidad de contar con definiciones consistentes de [agresión atípica](#) para fines científicos y políticos. Se necesitan definiciones claras para lograr factores de comparación en los estudios científicos. Además, los niños que manifiestan problemas de agresión requieren de servicios apropiados, por lo cual su identificación temprana es crucial.

¿Qué podemos hacer?

La investigación recién comienza a evaluar los diversos programas para reducir la agresión en niños pequeños. Estos programas se focalizan 1) en mujeres embarazadas, para evitar que fumen, consuman alcohol o drogas, y enseñarles habilidades parentales; 2) en padres y madres de lactantes y niños de 1-3 años (toddlers), enseñándoles estrategias positivas de disciplina; 3) en niños, para que aprendan habilidades sociales apropiadas, resolución de problemas y manejo del coraje; y 4) en profesores preescolares para capacitarlos en habilidades de manejo efectivo de la sala de clases. Hasta la fecha, poquísimos programas han sido sometidos a una rigurosa evaluación experimental. Uno de ellos sugiere el entrenamiento de las [habilidades parentales](#) como tratamiento efectivo para reducir la agresión en los niños pequeños (2-5 años). [Los programas](#) dirigidos a niños y/o profesores tienen algunas evidencias de éxito pero los hallazgos no son tan claros o convincentes.

Los programas deberían incluir metas múltiples (padres, niños y profesores). Es posible que los niños altamente agresivos requieran apoyo de largo plazo, y necesiten [distintas intervenciones](#) (hogar, escuela, pares) de acuerdo a su desarrollo y a los diferentes contextos en que se encuentren. Sin embargo, los investigadores concuerdan en que queda mucho por hacer para responder [preguntas clave](#) como: (1) cuáles son los programas de intervención más eficientes y efectivos para distintos tipos de niños agresivos, (2) qué mecanismos y resultados a los cuales se enfocan estos programas son clave para prevenir la agresión en el largo plazo y (3) qué factores de riesgo del niño, de la familia, o de la escuela moderan los efectos de estos programas.

El desarrollo de [políticas nacionales](#) apropiadas y efectivas también es necesario y requerirá de colaboración entre los proveedores de servicios médicos, educativos y sociales. Sin embargo, es esencial que se realice la investigación, que se creen y se evalúen programas y que se formulen políticas. Los costos asociados a la intervención temprana son ínfimos en comparación con los costos y consecuencias de niños agresivos que se desarrollan hasta ser adultos agresivos y violentos.

Referencias

1. World Health Organization. *World Report on Violence and Health*. Geneva : World Health Organization; 2002.
2. Broidy LM, Nagin DS, Tremblay RE, Bates JE, Brame B, Dodge KA, Fergusson D, Horwood JL, Loeber R, Laird R, Lynam D, Moffitt TE, Pettit GS, Vitaro F. Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: A six site, cross-national study. *Developmental Psychology* 2003;39(2):222-245.
3. Tremblay RE, Boulerice B, Harden PW, MTCuff P, Pihl RO, Zoccolillo M. Do children in Canada become more aggressive as they approach adolescence? In: Human Resources Development Canada and Statistics Canada, eds. *Growing up in Canada: National Longitudinal Survey of Children and Youth*. Ottawa: Statistics Canada; 1996:127-137.



Desarrollo de la Agresión Física de la Primera Infancia a la Adulthood

RICHARD E. TREMBLAY, PhD, FRSC
Cátedra de Investigación sobre Desarrollo Infantil en Canadá

*International Laboratory for Child and Adolescent Mental Health
Development, INSERM U669, FRANCIA, University College Dublin,
IRLANDA, University of Montreal, CANADÁ*

(Puesto en línea, en inglés, el 19 de diciembre de 2002)

(Revisado en inglés el 9 de febrero de 2008)

(Puesto en línea, en español, el 25 de noviembre de 2009)

Tema

Agresión

Introducción

La perspectiva tradicional

La violencia física desplegada por adolescentes y adultos jóvenes constituye una preocupación primordial en las sociedades modernas. De hecho, el riesgo de ser arrestado y considerado culpable de conductas delictivas es más alto durante los últimos años de la adolescencia y los primeros de la adultez, que en cualquier otro momento de la vida. En los últimos 40 años, cientos de estudios han intentado dilucidar cómo es posible que niños traviesos se conviertan en delincuentes juveniles. La inadecuada supervisión de los padres, la separación de las familias, las influencias negativas de los pares, y la pobreza han sido asociadas a la delincuencia juvenil violenta.^{1,2} La mayoría de las personas arrestadas por crímenes violentos son varones. Por mucho tiempo, la explicación más frecuente para el comportamiento violento ha sido: “los comportamientos agresivos y violentos son respuestas *aprendidas* ante la frustración, también pueden aprenderse como medios para lograr metas, y el aprendizaje se realiza observando modelos de dicho comportamiento. Estos modelos se pueden observar en la familia, entre los pares, en los barrios, a través de los medios de comunicación, o en la pornografía violenta.”³

Problemas

El problema con la perspectiva tradicional

Si la agresión física se aprende observando modelos al interior de las familias, en los barrios y entre los pares, cabe preguntarnos:

- a) ¿Cuándo comienza el aprendizaje?
- b) ¿Aumenta la frecuencia de la agresión física con la exposición a modelos agresivos?
- c) ¿Cuándo y cómo podemos prevenir el desarrollo de la agresión física?

Resultados de Investigaciones Recientes

a) Investigación durante los años de escuela primaria

Hasta hace poco, gran parte de la investigación sobre los comportamientos agresivos giraba en torno a adolescentes y adultos. Una minoría de estudios longitudinales realizados a partir de una amplia muestra de niños en edad escolar, ha aportado información relevante sobre el desarrollo de la agresión física.^{4,5} Un hallazgo significativo e insospechado de estos estudios longitudinales es que, en la gran mayoría de los casos, la frecuencia de la agresión física disminuye a partir del ingreso a la escuela y hasta concluir la educación secundaria. El mismo fenómeno se aplica a niños y niñas por igual, pero las niñas muestran sistemáticamente menos frecuencias de agresión física que los niños. Este fenómeno fue observado durante las décadas de los ochenta y noventa en Canadá, Nueva Zelanda y los Estados Unidos de A., donde la tasa de homicidios iba en aumento.^{6,7,8}

Desde la perspectiva de la agresión aprendida socialmente, fue inesperado observar cómo disminuía su frecuencia con la edad puesto que a medida que crecen, los niños están cada vez más expuestos a modelos de agresión física. Los estudios longitudinales también han demostrado que resulta extremadamente poco probable que un adolescente que en el pasado no haya sido muy agresivo físicamente, manifieste problemas repentinos y significativos de agresión física.^{7,8,9,10,11}

Estos hallazgos obviamente condujeron a otra pregunta: si en la mayoría de los niños la frecuencia de la agresión física alcanza su punto culminante al ingresar a la escuela, ¿cuándo aprenden a ser físicamente agresivos? Hasta hoy, son pocos los estudios que se han enfocado en la agresión física antes del ingreso a la escuela, probablemente por tres buenas razones: 1) Las consecuencias de la agresión física perpetrada por un adolescente de 18 años son generalmente más dramáticas que la agresión física perpetrada por un preescolar de tres años; 2) La teoría del aprendizaje social de la agresión nos lleva a creer que los niños aprenden a ser agresivos durante la edad escolar porque están más expuestos a modelos de agresión que niños preescolares; 3) Es más fácil para los investigadores observar y entrevistar a niños en edad escolar.

b) Investigación en la primera infancia

En la última década, algunos estudios longitudinales realizados desde el nacimiento del niño, han revertido nuestro pensamiento sobre el desarrollo de la agresión física. Estos estudios muestran que si los pequeños aprenden a ser físicamente agresivos al observar modelos, la mayor parte de ese aprendizaje probablemente ocurre durante los primeros 18 a 24 meses de vida. De hecho, la mayoría de las madres cuenta que sus hijos manifiestan alguna forma de agresión física en este rango de edad.^{12,13} Sin embargo, existen grandes diferencias en la frecuencia de agresión física entre lactantes, y preescolares.^{14,15,16} Estos estudios muestran que la mayor parte de los niños usa la agresión física ocasionalmente; una minoría utiliza la agresión física mucho menos seguido que la mayoría; mientras que otra minoría hace uso de esta agresión física mucho más frecuentemente. Muchos niños preescolares son referidos a consulta médica por problemas conductuales, principalmente por manifestar conductas de agresión física.¹⁷

La información disponible sobre el desarrollo de la agresión física en la edad preescolar revela que la frecuencia del uso de agresión física tiende a aumentar durante los primeros

30 a 42 meses de edad y luego disminuye a un ritmo constante.¹⁴⁻¹⁶ Menos niñas que niños alcanzan los niveles de mayor frecuencia, y las niñas tienden a reducir la frecuencia de los actos de agresión más tempranamente en su vida.¹⁸

Además, los estudios longitudinales que cubren hasta la adolescencia muestran que el período preescolar es sensible al aprendizaje de la regulación de la agresión física. De hecho, la minoría de los niños de educación primaria (5% a 10%) que sigue manifestando altos niveles de agresión física corre el riesgo más alto de presentar comportamientos físicamente violentos durante la adolescencia.^{7,8}

Es interesante destacar que, aun cuando la frecuencia de la agresión física tiende a disminuir desde el tercer o cuarto año de vida, la frecuencia de agresión indirecta (expresiones despectivas respecto de otra persona dichas a sus espaldas) aumenta sustancialmente entre los cuatro a siete años de edad, y las niñas tienden a usar esta forma de agresión más frecuentemente que los niños.¹⁹

Para las mujeres, los principales factores de riesgo que pueden llevar a tener niños con problemas serios de agresión física son los siguientes: bajo nivel educativo, historial de problemas conductuales, primer embarazo a edad muy joven, fumar durante el embarazo, y bajo nivel de ingresos.^{14-16,20,21} Un estudio aplicado a una gran muestra de mellizos también apunta a efectos genéticos para explicar diferencias individuales en la frecuencia de agresión física a los 19 meses de edad.²²

Conclusiones

Contrariamente a lo que tradicionalmente se creía, los niños no necesitan observar modelos de agresión física para comenzar a usar este tipo de comportamiento. En 1972, Donald Hebb, padre de la psicología moderna, observó que los niños no necesitaban aprender a hacer una pataleta.²³ En su libro de 1979 sobre el desarrollo social, Robert Cairns recordó a los estudiantes de desarrollo humano que los animales más agresivos eran aquéllos que habían estado aislados desde su nacimiento.²⁴ De hecho, los lactantes aparentemente usan la agresión física espontáneamente para lograr sus metas cuando sienten coraje. El trabajo pionero de Charles Darwin, Michael Lewis y sus colegas muestra que es posible observar reacciones de coraje incluso a los dos meses de edad.^{25,26} Además, los niños parecen recurrir espontáneamente a juegos con peleas.²⁷ Por tanto, en lugar de aprender a usar la agresión física en su medioambiente, los niños aprenden a no recurrir a la agresión física mediante distintas formas de interacción con su medioambiente.

La investigación en torno al desarrollo de la agresión durante la etapa preescolar no ha podido dilucidar adecuadamente los mecanismos que explicarían:

- a) por qué algunos lactantes son físicamente más agresivos que otros;
- b) por qué algunos participan poco en agresiones físicas;
- c) por qué las lactantes tienden a manifestar agresión física con menor frecuencia que los lactantes;
- d) por qué la mayoría de los niños aprende a regular la agresión física antes de su ingreso a la escuela;

- e) por qué algunos no aprenden a regularla;
- f) por qué los niños comienzan a usar la agresión indirecta;
- g) por qué las niñas manifiestan más agresión indirecta que los niños;
- h) hasta qué punto la agresión indirecta reduce la agresión física;
- i) qué intervenciones son las más efectivas para ayudar a preescolares con problemas a controlar su tendencia a manifestar agresión física.

Implicaciones para el desarrollo de Servicios y la elaboración de Políticas

La investigación resumida anteriormente contiene dos implicaciones importantes para prevenir la agresión física. Primero, que la mayoría de los niños aprende alternativas a la agresión física durante la edad preescolar. Por lo tanto, la primera infancia es probablemente la mejor ventana de oportunidad para ayudar a los niños en riesgo de llegar a ser agresores físicos crónicos. El apoyo intensivo a familias de alto riesgo iniciado durante el embarazo debería tener un impacto a largo plazo.^{28,29,30} Segundo, ya que la mayoría de los seres humanos ha usado la agresión física durante la primera infancia, la mayoría probablemente corre el riesgo de usarla nuevamente si se encuentra en una situación donde parece no existir una alternativa satisfactoria. Esto explicaría por qué muchos crímenes con violencia son ejecutados por individuos sin un historial de agresión física crónica, y por qué tantos conflictos entre familias, grupos étnicos, grupos religiosos, clases socioeconómicas y naciones llegan a la agresión física.

Las políticas que promueven la educación de calidad durante la primera infancia deberían tender a reducir los casos de violencia crónica y el nivel general de agresión física en la población. Pero también se necesitan políticas dirigidas a mantener ambientes pacíficos en la sociedad para evitar que las reacciones primitivas de agresión rompan la delgada capa de civilidad que adquirimos a medida que crecemos.

REFERENCIAS

1. McCord J, Widom CS, Crowell NA, eds. *Juvenile crime, juvenile justice*. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
2. Lipsey MW, Derzon JH. Predictors of violent or serious delinquency in adolescence and early adulthood: a synthesis of longitudinal research. In: Loeber R, Farrington DP, eds. *Serious and violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1998:86-105.
3. Reiss AJ Jr, Roth JA, eds. National Research Council (U.S.). Panel on the Understanding and Control of Violent Behavior. *Understanding and preventing violence*. Vol 1. Washington, DC: National Academy Press; 1993:7.
4. Tremblay RE. The development of aggressive behaviour during childhood: what have we learned in the past century? *International Journal of Behavioral Development* 2000;24(2):129-141.
5. Tremblay RE, Nagin DS. The Developmental Origins of Physical Aggression in Humans. In Tremblay RE, Hartup WW, Archer J, eds. *Developmental origins of aggression*. New York, NY : Guilford Press; 2005:84-106.

6. Cairns RB, Cairns BD, Neckerman HJ, Ferguson LL, Gariépy JL. Growth and aggression, I: childhood to early adolescence. *Developmental Psychology* 1989;25(2):320-330.
7. Broidy LM, Nagin DS, Tremblay RE, Brame B, Dodge K, Fergusson D, Horwood J, Loeber R, Laird R, Lynam D, Moffitt T, Bates JE, Pettit GS, Vitaro F. Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: a six-site, cross-national study. *Developmental Psychology* 2003;39(2):222-245.
8. Nagin D, Tremblay RE. Trajectories of boys' physical aggression, opposition, and hyperactivity on the path to physically violent and nonviolent juvenile delinquency. *Child Development* 1999;70(5):1181-1196.
9. Brame B, Nagin DS, Tremblay RE. Developmental trajectories of physical aggression from school entry to late adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 2001;42(4):503-512.
10. Barker ED, Séguin JR, White HR, Bates M, Lacourse E, Carbonneau R, Tremblay RE. Developmental trajectories of male physical violence and theft: Relations to neurocognitive performance. *Archives of General Psychiatry* 2007; 64(5):592-599.
11. Loeber R, Lacourse E, Homish DL. Homicide, Violence and Developmental Trajectories. In Tremblay RE, Hartup WW, Archer J, eds. *Developmental origins of aggression*. New York, NY : Guilford Press; 2005:202-219.
12. Tremblay RE, Japel C, Pérusse D, McDuff P, Boivin M, Zoccolillo M, Montplaisir J. The search for the age of “onset” of physical aggression: Rousseau and Bandura revisited. *Criminal Behavior and Mental Health* 1999;9(1):8-23.
13. Alink LRA, Mesman J, Van Zeijl J, Stolk MN, Juffer F, Koot HM, Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH. The early childhood aggression curve: Development of physical aggression in 10-to50-month-old children. *Child Development* 2006;77(4):954-966.
14. Côté S, Vaillancourt T, Leblanc JC, Nagin DS, Tremblay RE. The development of physical aggression from toddlerhood to pre-adolescence: A nation wide longitudinal study of Canadian children. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2006 ;34(1):68-82.
15. Liben L, Bigler R, eds. *The developmental course of gender differentiation: conceptuality, measuring and evaluating constructs and pathways*. Malden, Mass : Blackwell Publishing; 2002. Monographs of the Society for Research in Child Development.
16. Tremblay RE, Nagin DS, Séguin JR, Zoccolillo M, Zelazo PD, Boivin M, Pérusse D, Japel C. Physical aggression during early childhood: Trajectories and predictors. *Pediatrics* 2004;114(1):e43-e50.
17. Keenan K, Wakschlag LS. More than the terrible twos: The nature and severity of behavior problems in clinic-referred preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2000;28(1):33-46.
18. Côté SM. Sex differences in physical and indirect aggression: A developmental perspective. *European Journal of Criminal Policy and Research* 2007;13(3-4):183-200.

19. Côté SM, Vaillancourt T, Barker ED, Nagin DS, Tremblay RE. The joint development of physical and indirect aggression: Predictors of continuity and change during childhood. *Developmental Psychopathology* 2007;19(1):37-55.
20. Nagin DS, Tremblay RE. Parental and early childhood predictors of persistent physical aggression in boys from kindergarten to high school. *Archives of General Psychiatry* 2001;58(4):389-394.
21. Keenan K, Shaw DS. The development of aggression in toddlers: a study of low-income families. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1994;22(1):53-77.
22. Dionne G, Tremblay RE, Boivin M, Laplante D, Pérusse D. Physical aggression and expressive vocabulary in 19 month-old twins. *Developmental Psychology* 2003;39(2):261-273
23. Hebb DO. *A textbook of psychology*. 3rd ed. Philadelphia, PA: Saunders; 1972.
24. Cairns RB. *Social development: the origins and plasticity of interchanges*. San Francisco, CA: WH Freeman & Co; 1979.
25. Lewis M, Alessandri SM, Sullivan MW. Violation of expectancy, loss of control, and anger expressions in young infants. *Developmental Psychology* 1990;26(5):745-751.
26. Lewis M, Sullivan MW, Ramsay DS, Alessandri SM. Individual differences in anger and sad expressions during extinction: antecedents and consequences. *Infant Behavior and Development* 1992;15(4):443-452.
27. Peterson JB, Flanders JF. Play and the regulation of aggression. In Tremblay RE, Hartup WW, Archer J, eds. *Developmental origins of aggression*. New York, NY : Guilford Press; 2005:133-157.
28. Côté SM, Boivin M, Daniel DS, Japel C, Xu Q, Zoccolillo M, Junger M, Tremblay RE. The role of maternal education and nonmaternal care services in the prevention of children's physical aggression problems. *Archives of General Psychiatry* 2007;64(11):1305-1312.
29. Olds D, Henderson CR, Cole R, Eckenrode J, Kitzman H, Luckey D, Pettitt L, Sidora K, Morris P, Powers J. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: Fifteen-year follow-up of a randomized controlled trial. *JAMA-Journal of the American Medical Association* 1998;280(14):1238-1244.
30. Schweinhart L, Xiang Z. Evidence that the High/Scope Perry Preschool Program prevents adult crime. Paper presented at: The 2003 American Society of Criminology Conference. November, 2003; Denver, CO.

*Este artículo ha sido traducido por la Junta Nacional de Jardines Infantiles -JUNJI-
Gobierno de Chile.*

Para citar este documento:

Tremblay RE.

Desarrollo de la agresión física de la primera infancia a la adultez. Ed rev. En: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia* [en línea]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2009:1-7. Disponible en: http://www.encyclopedia-infantes.com/documents/TremblayESPxp_rev.pdf. Consultado [insertar fecha].

Copyright © 2009



Desarrollo y Socialización de la Agresión Durante los Primeros Cinco Años de Vida

KATE KEENAN, PhD

University of Chicago, EE.UU.

*(Puesto en línea, en inglés, el 3 de junio de 2002)
(Puesto en línea, en español, el 25 de noviembre de 2009)*

Tema

Agresión

Introducción

Socializamos a los niños para que desaprendan patrones de comportamiento agresivo durante los primeros años de vida. De hecho, uno podría argumentar que la mayoría de ellos no desarrolla problemas de agresión porque como lactantes se les presentan oportunidades de experimentar intensas emociones negativas y manifiestan la agresión entre los 1-3 años de edad (*toddlers*), pero la repetición de estas conductas inaceptables es desalentada de distintas maneras. En los primeros años de vida, los contextos sociales permiten que los niños desarrollen estrategias que incentivan su capacidad de regulación emocional, y actúan como alternativas adaptativas a la agresión. Cuando los niños se ven ante obstáculos significativos para desarrollar dichas estrategias, desarrollan un funcionamiento emocional y conductual menos que óptimo, lo cual produce déficits considerables en las relaciones sociales con quienes los cuidan (principalmente los padres) y con sus pares. Los preescolares que no logran desarrollar estrategias apropiadas a su edad para regular su comportamiento agresivo están altamente expuestos al riesgo de manifestar comportamientos antisociales y agresivos crónicos más adelante.

Materia

No cabe duda de que los primeros cinco años de vida plantean experiencias de desarrollo muy desafiantes tanto para los niños como para quienes los cuidan. En este período ocurren muchos cambios socioconductuales y cognitivos en los pequeños, entre ellos el desarrollo del autocontrol y la capacidad de tolerancia frente a la frustración. El surgimiento de habilidades verbales y de lenguaje cada vez más complejas, la consciencia de sí mismo, y el comportamiento orientado a metas, contribuyen a crear una fuerte presión de independencia en los niños. Al mismo tiempo, los padres comienzan a imponer reglas y límites en respuesta a la recién descubierta autonomía de sus hijos, pero también como parte natural del proceso de socialización. Los choques entre la autoafirmación de los niños y los esfuerzos de los padres por imponer límites, conducen a episodios cada vez más frecuentes de frustración y molestia. Por tanto, en la primera infancia es frecuente que exista algún nivel de conducta agresiva. Cómo diferenciar las manifestaciones de agresión normativas de las no normativas constituye una meta

clínicamente relevante y científicamente necesaria para la investigación etiológica y la prevención de la violencia.

Problemas

Definir el desarrollo problemático de la agresión durante la edad preescolar ha resultado ser una tarea controvertida.¹ En términos precisos, existe temor a usar etiquetas o conceptos inapropiados que pudieran desfavorecer el desarrollo de los niños. De hecho, la literatura en el campo de la psicología del desarrollo y la psicología anormal, define la agresión en términos muy amplios,² describiendo un conjunto de comportamientos que van desde típicos y adaptativos a atípicos y maladaptativos. Pero los profesionales científicos y los formuladores de políticas requieren definiciones más concisas y consistentes respecto a lo que es atípico. A nivel científico, la comparación entre estudios es crucial y requiere claras definiciones conductuales para problemas severos. A nivel de políticas públicas, muchos profesionales se preocupan de no patologizar comportamientos que son normales desde el punto de vista del desarrollo. Pero a pesar de que estos temas provoquen controversia, los preescolares que manifiestan problemas severos de comportamiento corren un alto riesgo de continuar su comportamiento problemático y tienen la necesidad de ser atendidos.

Contexto de Investigación

Hoy contamos con datos empíricos sobre el surgimiento temprano y la alta incidencia de agresión en muestras normativas. Landy y Peters³ han reportado manifestaciones de agresión en respuesta a emociones intensas (por ej., un tirón de pelo) en lactantes de 5 meses de edad. De acuerdo a Tremblay y sus colegas⁴, a los 17 meses, la mitad de los niños estudiados empujaron a otros y 25% patearon a otros.

Últimamente, los esfuerzos por comprender la etiología del comportamiento seriamente agresivo y antisocial de niños en edad escolar y adolescentes, han generado estudios de agresión atípica en niños pequeños. Estos estudios apuntan a la primera infancia como un período en el cual las carencias que pueden ser cruciales para establecer los fundamentos del comportamiento agresivo, surgen por primera vez⁵.

Resultados de Investigaciones Recientes

Varios estudios recientes han establecido definiciones bastante consistentes de la agresión atípica en la primera infancia. Por ejemplo, Keenan y Wakschlag⁶ evaluaron la frecuencia, severidad y carácter generalizado de los síntomas conductuales de preescolares referidos a consulta clínica. Los síntomas más comunes que encontraron fueron: iniciar peleas, matonaje o intimidación (bullying), y usar objetos para herir a otros. Estos estudios establecieron niveles y formas de comportamiento agresivo atípicos en relación a la edad del sujeto.

Los problemas conductuales a temprana edad también han demostrado ser relativamente estables en el tiempo, estableciendo así que los comportamientos atípicos no son necesariamente transitorios y no son simplemente el reflejo de perturbaciones del desarrollo. Campbell y asociados⁷ reportaron que los preescolares identificados como “difíciles de manejar” presentaban significativamente más problemas de comportamiento, incluyendo la agresión, que sus pares en el grupo control al ingresar a la escuela. Keenan

et al⁸ demostraron que la agresión observada a los 18 meses se correlacionaba significativamente con los trastornos DSM-III-R externalizados que se observaron a los 5 años. De hecho, los niños pequeños que manifiestan formas severas y generalizadas de agresión, muestran discapacidades sociales importantes y tienen, por lo tanto, mayores posibilidades de desarrollar problemas de salud mental en el futuro.

La socialización de la agresión incluye un amplio espectro de procesos. Idealmente, comienza con la receptividad del cuidador del niño en la etapa inicial de la vida y se expande para incluir la socialización del control conductual, respuestas empáticas y las habilidades para resolver problemas. La receptividad inadecuada de los cuidadores a la desregulación emocional y conductual de los niños pequeños, aparentemente aumenta el riesgo de presentar posteriormente problemas de agresión. La receptividad inapropiada incluye baja receptividad (reacciones pasivas o desapegadas) y sobre-receptividad (reacciones fuertes). Por ejemplo, Shaw, Keenan, y Vondra⁹ reportaron que la ausencia de receptividad materna a un lactante demandante predecía problemas conductuales disruptivos a la edad de 3 años. Bates et al¹⁰ evaluaron los resultados de preescolares difíciles y no difíciles en el contexto de padres autoritarios y pasivos. Al final de su niñez, los preescolares difíciles con padres pasivos obtuvieron los peores resultados en términos de problemas externalizados, evaluados por los profesores y los padres. Por su parte, Campbell y sus colegas⁷ reportaron que la observación del control materno negativo y la autoevaluación materna de técnicas negativas de disciplina a la edad de 4 años, predecían problemas de externalización a la edad de 9 años, incluso en aquellos casos donde los problemas conductuales anteriores se controlaron estadísticamente.

El estudio del efecto de las prácticas de socialización en niños pequeños también ha revelado interesantes diferencias entre los sexos. Al finalizar el período preescolar, el índice de agresión es típicamente más bajo en las niñas que en los niños.¹¹ Smetana¹² observó que las madres respondían a las trasgresiones de sus hijas destacando las consecuencias que dicha trasgresión tendría en sus pares. Y, en cambio, las madres de los niños respondían con castigos. Al llegar a los 3 años, los niños trasgredían el doble que las niñas. Ross y sus colegas¹³ observaron que las madres de los niños apoyaban a sus propios hijos ante conflictos entre pares tres veces más que las madres de las niñas. Además, las madres tendían a no apoyar a sus hijas cuando se les violaba su derecho a la propiedad.

En general, la información actual sobre el cuidado de los hijos indica que un niño corre mayor riesgo de desarrollar comportamientos agresivos cuando la persona que lo cuida responde de maneras inapropiadas para el desarrollo, especialmente cuando el niño/niña ya presenta un temperamento difícil. Además, la misma información indica que puede existir un mecanismo que cause diferencias en los índices de agresión entre niños y niñas durante los primeros cinco años de vida.

Conclusiones

La agresión se desarrolla tempranamente en la vida. Por tanto, la socialización del comportamiento agresivo también comienza temprano. Aun cuando la mayoría de los niños aprende a inhibir las conductas agresivas, algunos desarrollan una agresión

generalizada, frecuente y severa. Se sigue debatiendo si los problemas conductuales disruptivos iniciales, incluyendo la agresión, pueden conceptualizarse. Cada vez hay más consenso en que cuando los comportamientos agresivos interfieren con el funcionamiento del desarrollo de un niño, al punto que se le pide que abandone un jardín preescolar, cuando demuestra agresión hacia quienes lo cuidan, o no es capaz de mantener una relación prosocial con sus pares, dichos comportamientos deben ser considerados atípicos. Sin embargo, es importante desarrollar métodos para evaluar de manera adecuada y confiable la desregulación emocional y conductual de manera que un niño no tenga que vivir un fracaso significativo en su desarrollo para poder recibir atención.

Implicaciones para el desarrollo de Servicios y la elaboración de Políticas

Los científicos del área de la psicopatología del desarrollo están ante una oportunidad vital para avanzar en materia de política en el campo de la salud mental infantil. Deben realizarse más investigaciones sobre factores que pueden surgir tempranamente en la infancia, y que pueden colocar a los niños en riesgo de presentar problemas conductuales y emocionales posteriores. Este tipo de investigación solamente puede contribuir a dar ímpetu político favorable a futuras aplicaciones en la psicopatología del desarrollo. Los datos actuales indican que la mayoría de los niños evitan recurrir a comportamientos problemáticos. Por tanto, el período preescolar puede ser visto como la mejor época para fomentar el comportamiento prosocial en los niños e inculcar patrones óptimos de respuesta para el desarrollo social sano. Sin embargo, los estudios de desarrollo infantil y comportamiento de padres deben comenzar durante el embarazo para que los factores ambientales puedan ser examinados individual e interactivamente en el tiempo. Este enfoque de investigación reconoce el tremendo potencial de cambio que existe en la primera infancia. También puede generar una mejor aproximación a las trayectorias de desarrollo de los niños, para guiarlas en direcciones más positivas.

REFERENCIAS

1. Campbell SB. Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1995;36(1):113-149.
2. Tremblay RE. The development of aggressive behaviour during childhood: What have we learned in the past century? *International Journal of Behavioural Development* 2000;24(2):129-141.
3. Landy S, Peters RD. Toward an understanding of a developmental paradigm for aggressive conduct problems during the preschool years. In: Peters RD, McMahon RJ, Quinsey VL, eds. *Aggression and violence throughout the life span* Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1992:1-30.
4. Tremblay RE, Japel C, Perusse D, McDuff P, Boivin M, Zoccolillo M, Montplaisir J. The search for age of "onset" of physical aggression: Rousseau and Bandura revisited. *Criminal Behavior and Mental Health* 1999;9(1):8-23.
5. Keenan K. Uncovering preschool precursors to problem behavior. In: Loeber R, Farrington DP, eds. *Child delinquents: development, intervention, and service needs*. Newberry Parc, CA: Sage Publications; 2001:117-136.

6. Keenan K, Wakschlag LS. More than the terrible twos: The nature and severity of disruptive behavior problems in clinic-referred preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2000;28(1):33-46.
7. Campbell SB, Pierce EW, Moore G, Markovitz S, Newby K. Boys' externalizing problems at elementary school age: Pathways from early behavior problems, maternal control, and family stress. *Development and Psychopathology* 1996;8(4):701-719.
8. Keenan K, Shaw DS, Delliquadri E, Giovannelli J, Walsh B. Evidence for the continuity of early problem behaviors: Application of a developmental model. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1998;26(6):443-454.
9. Shaw DS, Keenan K, Vondra JI. Developmental precursors of antisocial behavior: Ages 1 to 3. *Developmental Psychology* 1994;30(3):355-364.
10. Bates JE, Pettit GS, Dodge KA, Ridge B. Interaction of temperamental resistance to control and restrictive parenting in the development of externalizing behavior. *Developmental Psychology* 1998;34(5):982-995.
11. Keenan K, Shaw D. Developmental and social influences on young girls' early problem behavior. *Psychological Bulletin* 1997;121(1):95-113.
12. Smetana JG. Toddlers' social interactions in the context of moral and conventional transgressions in the home. *Developmental Psychology* 1989;25(1):499-508.
13. Ross H, Tesla C, Kenyon B, Lollis S. Maternal intervention in toddler peer conflict: The socialization of principles of justice. *Developmental Psychology* 1990;26(6):994-1003.

*Este artículo ha sido traducido por la Junta Nacional de Jardines Infantiles -JUNJI-
Gobierno de Chile.*

Para citar este documento:

Keenan K. Desarrollo y socialización de la agresión durante los primeros cinco años de vida. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia* [en línea]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2009:1-5. Disponible en: <http://www.encyclopedia-infantes.com/documents/KeenanESPxp.pdf>. Consultado [insertar fecha].

Copyright © 2009



Complicaciones Obstétricas y Agresión

*SHARON ISHIKAWA, PhD,
ADRIAN RAINE, PhD*

University of Southern California, EE.UU.

*(Puesto en línea, en inglés, el 14 de abril de 2003)
(Puesto en línea, en español, el 25 de noviembre de 2009)*

Tema

Agresión

Introducción

Las complicaciones obstétricas se refieren a disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto, así como en el período neonatal inicial. Entre los ejemplos de dichas complicaciones se incluyen la exposición prenatal a drogas, una alimentación materna inadecuada, anomalías físicas menores (o AFMs: indicadores de trastornos en el neurodesarrollo que se producen a fines del primer trimestre), y complicaciones en el nacimiento. Las complicaciones obstétricas pueden tener efectos de largo plazo en un niño, incluyendo la acentuación de conductas problemáticas. La investigación ha identificado vínculos entre las complicaciones obstétricas y la agresión humana posterior, y sugiere que las complicaciones obstétricas pueden causar agresión al afectar el desarrollo del cerebro.

Hallazgos Recientes de Investigación

Exposición Prenatal a Sustancias

Una abundante documentación indica que la exposición prenatal al alcohol y otras drogas causa un efecto de largo plazo en los niños. Además de estar asociados a los déficits cognitivos,¹ la exposición del feto al alcohol se asocia a déficits sociales, tales como trastornos en el apego, y desregulación emocional en la infancia; aumento del coraje, de la agresión y la distracción durante la primera infancia;² comportamiento sexual inapropiado, problemas legales, depresión, suicidio, y cuidado deficiente de los propios hijos durante la adultez.¹ Se han observado déficits similares en niños expuestos a la metadona y cocaína.⁴ Aún cuando no quedó claro inicialmente si esos efectos se produjeron independientemente de la exposición prenatal al alcohol y a otros factores de riesgo,⁴ los hallazgos preliminares de un estudio bien diseñado indican que la exposición prenatal a la cocaína se relaciona de manera independiente con los problemas de externalización de comportamientos (relativo a los problemas de internalización) en niños de 6 años.⁵ Los pequeños expuestos prenatalmente al humo de cigarrillos también corren mayor riesgo de presentar problemas conductuales y conductas delictuales,⁶⁻⁹ y algunas investigaciones sugieren que este riesgo es específico a la agresión.¹⁰⁻¹²

Los experimentos con animales indican que la exposición prenatal a sustancias se relaciona con la agresión, al interferir el desarrollo de neuronas (es decir, de cuerpos de células) y/o el funcionamiento de distintos neurotransmisores (es decir, mensajeros químicos del cerebro que regulan las funciones conductuales, cognitivas y fisiológicas). Sin embargo, dado que la exposición prenatal a drogas tiene como consecuencia muchos déficits cognitivos y conductuales, la observación de mayor agresión en niños expuestos depende probablemente de la presencia de otros factores de riesgo tanto sociales como biológicos. Dichos factores incluyen complicaciones del parto,¹⁰ maternidad adolescente, ambiente de familia monoparental, embarazos no deseados, y/o otros retrasos del desarrollo motriz.¹¹

Deficiencias Alimentarias de la Madre

Aun cuando la investigación transversal no ha sido de calidad consistente, un estudio singular e importante ilustra el rol causal potencial de la mala alimentación durante el embarazo como un factor de riesgo para el comportamiento antisocial. Al concluir la Segunda Guerra Mundial, Alemania impuso un bloqueo de alimentos a Holanda. Se evaluó a los hijos varones de las mujeres que *fueron y no fueron* expuestas a una malnutrición severa en el embarazo para detectar trastornos de personalidad antisocial en la adultez. Los hijos adultos de mujeres *que habían* sufrido significativos déficits alimentarios durante el primer y/o segundo trimestre de embarazo, presentaban índices de trastorno de personalidad antisocial 2.5 veces más elevados en comparación con el grupo control (quienes no habían sufrido déficits alimentarios).¹³

La falta de zinc en las madres, en particular, se ha relacionado con problemas de AND, ARN y de síntesis proteica en el desarrollo del cerebro de los fetos, y con anomalías congénitas del cerebro.^{14,15} Aunque no se conocen exactamente los mecanismos que relacionan la falta de zinc con el comportamiento humano agresivo, un importante número de investigaciones en animales ha mostrado que las ratas alimentadas durante su embarazo y lactancia con una dieta marginal en zinc (o proteína) parían crías con un desarrollo cerebral deficiente.^{16,17} Resulta interesante destacar que la amígdala - que regula ciertos procesos emocionales en los humanos y que funciona anormalmente en los delincuentes violentos^{18,19} — se encuentra densamente inervada por neuronas que contienen zinc.²⁰

Anomalías Físicas Menores

Las AFMs, tales como una implantación baja de las orejas, lóbulos adherentes y una lengua con surcos, se asocian a un creciente comportamiento antisocial y agresivo en varones preescolares o de escuela primaria²¹⁻²³ y en varones de 17 años.²⁴ Las AFMs aparentemente producen conductas antisociales en presencia de otro factor psicosocial negativo (por ejemplo, adversidad familiar, hogar inestable^{25,26}). Sin embargo, se sugiere que las AFMs son factores de riesgo general de conductas disruptivas, en lugar de factores específicos de comportamiento antisocial o agresivo.²⁷

Complicaciones al Nacer

Muchos estudios han demostrado que una combinación de complicaciones al nacer con déficits psicosociales, tales como el rechazo materno inicial²⁸, un ambiente familiar desfavorable o una crianza inadecuada por parte de los cuidadores³⁰ aumentan

significativamente el riesgo de manifestar conductas delictivas o violentas en la adultez. Aunque no se ha comprobado en los individuos agresivos alguna conexión directa entre complicaciones de nacimiento y anomalías cerebrales, la hipoxia fetal (es decir, falta de oxígeno) se asocia a una menor materia gris cortical en pacientes esquizofrénicos³¹. Por lo tanto, las complicaciones al nacer tales como la anoxia/hipoxia, pre-eclampsia (hipertensión que conduce a la anoxia) y el parto por fórceps pueden constituir una fuente de disfunción cerebral que se observa también en los grupos antisociales. Al combinarse con un ambiente con riesgos, que no fomenta la socialización del niño mediante prácticas parentales apropiadas, la predisposición del niño hacia la conducta agresiva puede incrementar sustancialmente.

Conclusiones

En general, la investigación respalda la noción de que las complicaciones obstétricas tales como la exposición prenatal al alcohol, drogas y cigarrillo, así como la alimentación inadecuada de la madre, las complicaciones al nacer y las AFMs, contribuyen al desarrollo de la agresión en distintos momentos de la vida. Por lo tanto, los cuidados de salud pre y perinatal, que reducen dichas complicaciones, también pueden contribuir a reducir el desarrollo de problemas de comportamiento agresivo. Sin embargo, en niños que han experimentado dichas complicaciones, el mejoramiento de los factores de estrés psicosocial coexistentes puede reducir el riesgo de la agresión, puesto que aparentemente las complicaciones obstétricas aumentan el riesgo de violencia posterior solamente cuando también están presentes factores que causan estrés tales como el rechazo materno, las prácticas parentales deficientes y un ambiente familiar desfavorable.

También es importante destacar que el impacto de estas diversas complicaciones obstétricas sobre el comportamiento posterior es variable. Actualmente, existe mayor información sobre la exposición prenatal al alcohol que respecto a la alimentación materna, por ejemplo. Además, muchas complicaciones obstétricas (por ejemplo, síndrome de alcohol fetal, exposición prenatal a la cocaína y las AFMs) se asocian a otros problemas cognitivos y conductuales, como retrasos mentales, déficits importantes de atención y esquizofrenia. Por tanto, estos factores de riesgo no deben considerarse específicos a la agresión.

Investigación Futura

A pesar de las observaciones en la investigación que indican que las complicaciones obstétricas generalmente se relacionan con problemas de agresión posteriores en los niños afectados, hay muchas interrogantes que permanecen sin respuesta. Primero, los experimentos con animales sugieren que la exposición prenatal a sustancias, la mala alimentación de la madre y las complicaciones al nacer afectan el desarrollo del cerebro, y que esta disfunción cerebral, a su vez, tiene como consecuencia el comportamiento agresivo. Por tanto, la investigación futura con humanos podría orientarse a dar respuesta a las preguntas siguientes:

- 1) Las complicaciones obstétricas redundan realmente en anomalías cerebrales identificables?

- 2) Las anomalías cerebrales causadas por complicaciones obstétricas causan formas persistentes o severas de comportamiento agresivo posterior?
- 3) Las complicaciones obstétricas asociadas a problemas de comportamiento agresivo y no agresivo están individualmente asociadas a distintos patrones de anomalías cerebrales?

Además, la investigación en distintas áreas de las complicaciones obstétricas ha descubierto que una complicación obstétrica (por ejemplo, exposición prenatal al cigarrillo y AFMs) frecuentemente requiere la presencia de un factor de estrés adicional para que se observe un aumento de la agresión. Por lo tanto, tal vez los estudios futuros busquen una comprensión más exhaustiva de cómo las complicaciones obstétricas y la calidad del ambiente de crianza interactúan para aumentar el riesgo de agresión. La mayor especificidad en la comprensión de estos procesos biológicos y sociales puede servir para aportar mejor información a quienes formulan las políticas y las normas de atención médica, de manera que contribuya a reducir el comportamiento agresivo.

REFERENCIAS

1. Kelly SJ, Day N, Streissguth AP. Effects of prenatal alcohol exposure on social behavior in humans and other species. *Neurotoxicology and Teratology* 2000;22(2):143-149.
2. Cohen S, Erwin EJ. Characteristics of children with prenatal drug exposure being served in preschool special education programs in New York City. *Topics in Early Childhood Special Education* 1994;14(2):232-253.
3. de Cubas MM, Field T. Children of methadone-dependent women: developmental outcomes. *American Journal of Orthopsychiatry* 1993;63(2):266-276.
4. Neuspel DR. The problem of confounding in research on prenatal cocaine effects on behavior and development. In: Lewis M, Bendersky M, eds. *Mothers, Babies, and Cocaine: the Role of Toxins in Development* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1995:95-110.
5. Delaney-Black V, Covington C, Templin T, Ager J, Nordstrom-Klee B, Martier S, Leddick L, Czerwinski RH, Sokol RJ. Teacher-assessed behavior of children prenatally exposed to cocaine. *Pediatrics* 2000;106(4):782-791.
6. Weissman MM, Warner V, Wickramaratne PJ, Kandel DB. Maternal smoking during pregnancy and psychopathology in offspring followed to adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1999;38(7):892-899.
7. Wakschlag LS, Lahey BB, Loeber R, Green SM, Gordon RA, Leventhal BL. Maternal smoking during pregnancy and the risk of conduct disorder in boys. *Archives of General Psychiatry* 1997;54(7):670-676.
8. Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood J. Maternal smoking during pregnancy and psychiatric adjustment in late adolescence. *Archives of General Psychiatry* 1998;55(8):721-727.

9. Rantakallio P, Läärä E, Isohanni M, Moilanen I. Maternal smoking during pregnancy and delinquency of the offspring: an association without causation? *International Journal of Epidemiology* 1992;21(6):1106-1113.
10. Brennan PA, Grekin ER, Mednick SA. Maternal smoking during pregnancy and adult male criminal outcomes. *Archives of General Psychiatry* 1999;56(3):215-219.
11. Räsänen P, Hakko H, Isohanni M, Hodgins S, Järvelin MR, Tiihonen J. Maternal smoking during pregnancy and risk of criminal behavior among adult male offspring in the Northern Finland 1966 birth cohort. *American Journal of Psychiatry* 1999;156(6):857-862.
12. Orlebeke JF, Knol DL, Verhulst FC. Child behavior problems increased by maternal smoking during pregnancy. *Archives of Environmental Health* 1999;54(1):15-19.
13. Neugebauer R, Hoek HW, Susser E. Prenatal exposure to wartime famine and development of antisocial personality disorder in early adulthood. *JAMA-Journal of the American Medical Association* 1999;282(5):455-462.
14. Pfeiffer CC, Braverman ER. Zinc, the brain, and behavior. *Biological Psychiatry* 1982;17(4):513-532.
15. King JC. Determinants of maternal zinc status during pregnancy. *American Journal of Clinical Nutrition* 2000;71(5 suppl):1334S-1343S.
16. Oteiza PI, Hurley LS, Lonnerdal B, Keen CL. Effects of marginal zinc deficiency on microtubule polymerization in the developing rat brain. *Biological Trace Element Research* 1990;24(1):13-23.
17. Bennis-Taleb N, Remacle C, Hoet JJ, Reusens B. A low-protein isocaloric diet during gestation affects brain development and alters permanently cerebral cortex blood vessels in rat offspring. *Journal of Nutrition* 1999;129(8):1613-1619.
18. Raine A, Buchsbaum M, LaCasse L. Brain abnormalities in murderers indicated by positron emission tomography. *Biological Psychiatry* 1997;42(6):495-508.
19. Davidson RJ, Putnam KM, Larson CL. Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation: a possible prelude to violence. *Science* 2000;289(5479):591-594.
20. Christensen MK, Frederickson CJ. Zinc-containing afferent projections to the rat corticomedial amygdaloid complex: a retrograde tracing study. *Journal of Comparative Neurology* 1998;400(3):375-390.
21. Paulhus DL, Martin CL. Predicting adult temperament from minor physical anomalies. *Journal of Personality and Social Psychology* 1986;50(6):1235-1239.
22. Waldrop MF, Bell RQ, McLaughlin B, Halverson CF Jr. Newborn minor physical anomalies predict short attention span, peer aggression, and impulsivity at age 3. *Science* 1978;199(3):563-564.
23. Halverson CF Jr, Victor JB. Minor physical anomalies and problem behavior in elementary school children. *Child Development* 1976;47(1):281-285.
24. Arseneault L, Tremblay RE, Boulerice B, Séguin JR, Saucier JF. Minor physical anomalies and family adversity as risk factors for violent delinquency in adolescence. *American Journal of Psychiatry* 2000;157(6):917-923.
25. Brennan PA, Mednick SA, Raine A. Biosocial interactions and violence: a focus on perinatal factors. In: Raine A, Brennan PA, Farrington DP, Mednick SA, eds.

- Biosocial Bases of Violence*. New York, NY: Plenum Press; 1997:163-174. *NATO ASI Series. Series A, Life Sciences*, Vol. 292.
26. Pine DS, Wasserman G, Coplan J, Fried J, Sloan R, Myers M, Greenhill L, Shaffer D, Parsons B. Serotonergic and cardiac correlates of aggression in children. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1996;794(1):391-393.
 27. Pomeroy JC, Sprafkin J, Gadow KD. Minor physical anomalies as a biologic marker for behavior disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1988;27(4):466-473.
 28. Raine A, Brennan P, Mednick SA. Birth complications combined with early maternal rejection at age 1 year predispose to violent crime at age 18 years. *Archives of General Psychiatry* 1994;51(12):984-988.
 29. Piquero A, Tibbetts S. The impact of pre/perinatal disturbances and disadvantaged familial environment in predicting criminal offending. *Studies on Crime and Crime Prevention* 1999;8(1):52-70.
 30. Hodgins S, Kratzer L, McNeil TF. Obstetric complications, parenting, and risk of criminal behavior. *Archives of General Psychiatry* 2001;58(8):746-752.
 31. Cannon TD, van Erp TGM, Rosso IM, Huttunen M, Lönngqvist J, Pirkola T, Salonen O, Valanne L, Poutanen VP, Standertskjöld-Nordenstam CG. Fetal hypoxia and structural brain abnormalities in schizophrenic patients, their siblings, and controls. *Archives of General Psychiatry* 2002;59(1):35-41.

Este artículo ha sido traducido por la Junta Nacional de Jardines Infantiles -JUNJI- Gobierno de Chile.

Para citar este documento:

Ishikawa S, Raine A. Complicaciones obstétricas y agresión. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia* [en línea]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2009:1-6. Disponible en: <http://www.encyclopedia-infantes.com/documents/Ishikawa-RaineESPxp.pdf>. Consultado [insertar fecha].

Copyright © 2009



La Agresión como Resultado del Desarrollo en la Primera Infancia

Comentarios sobre Tremblay¹, Keenan, e Ishikawa y Raine

DALE F. HAY, PhD

Cardiff University, GALES

*(Puesto en línea, en inglés, el 14 de abril de 2003)
(Puesto en línea, en español, el 25 de noviembre de 2009)*

Tema

Agresión

Introducción

Estos tres artículos destacan la importancia de los años de lactancia y primera infancia para nuestra comprensión de la agresión. Los autores han hecho importantes contribuciones al estudio de los primeros orígenes de la agresión y destacan la pregunta central para su análisis: ¿Los niños necesitan aprender a ser agresivos, por ejemplo, copiando modelos agresivos? ¿O la agresión es parte de una manera fundamental de interactuar con el mundo social en la primera infancia? Con respecto a estas dos posibilidades, podemos preguntarnos lo siguiente: ¿Las diferencias individuales en términos de nivel y patrón de la agresión, están presentes en la primera infancia o emergen gradualmente en el curso de la niñez y la adolescencia? ¿Y si los niños pequeños difieren en sus niveles de agresión, estas diferencias pueden atribuirse a factores genéticos o a factores de riesgo social y médico precoces?

Investigación y Conclusiones

Tremblay destaca el fuerte apoyo a la noción que la agresión y la violencia se aprenden en el curso del desarrollo, citando al Panel de Ciencias de la Academia Nacional de Estados Unidos (US National Academy of Sciences Panel). Luego, cita evidencia contraria a esta afirmación. Por ejemplo, existe evidencia en las poblaciones normativas que a medida que la exposición a los modelos agresivos aumenta en el curso de la niñez, la frecuencia de la agresión se reduce con la edad. Parece haber un aumento y una disminución normales en la frecuencia de la agresión, que alcanza el punto máximo aproximadamente a los 2 años y medio de edad. Por lo tanto, Tremblay apunta al uso espontáneo de la agresión en la muy primera infancia, argumentando que la principal tarea de aprendizaje de los niños pequeños es aprender a interactuar con los otros sin usar la agresión. Keenan también se hace eco de esta visión, argumentando que “los niños son socializados para que desaprendan los patrones conductuales agresivos.”¹ Estos

¹ Comentarios sobre el documento original publicado por Richard E. Tremblay en 2002. Para consultar este artículo, por favor contactarnos en cedje-ceed@umontreal.ca.

argumentos coinciden con las inquietudes filosóficas de larga data sobre la naturaleza del desarrollo inicial y el papel que desempeñan la naturaleza y la crianza en la agresión humana. Sin embargo, no existe evidencia necesaria para probar estas afirmaciones (como, por ejemplo, el efecto de los procesos de modelamiento). Los estudios clásicos de aprendizaje social que tratan sobre la contribución de los procesos de modelamiento al desarrollo de la agresión han tendido a enfocarse en grupos etarios mayores. En escasas ocasiones se ha realizado un análisis sistemático de los procesos de aprendizaje subyacentes a la agresión en los primeros años de vida, cuando la agresión hace su primera entrada al repertorio conductual. En lugar de eso, los estudios de imitación en niños de 1-3 años (*toddlers*) han tendido a examinar la capacidad general de éstos a imitar modelos, como parte de un desarrollo cognitivo general, pero no han explorado específicamente la imitación de la agresión.

Tremblay y Keenan no citan evidencia de estudios genéticos, pero es bien sabido que el comportamiento antisocial se transmite en las familias, y que los estudios de mellizos han revelado la importancia del ambiente del hogar, además de las predisposiciones genéticas. La implicación de estos hallazgos es que los padres antisociales pueden fomentar la agresión no solamente transmitiendo sus genes, sino que además creando ambientes que promueven la agresión. Es probable que los modelos agresivos sean especialmente importantes en el momento del desarrollo, cuando la agresión física está en su punto máximo - a los dos años de edad - pero esta consideración requiere un mayor estudio.

Tanto Tremblay como Keenan llaman la atención al hecho de que la agresión es común y normal a fines de la lactancia y en la niñez temprana. Sin embargo, talvez sea importante distinguir la capacidad de agresión y la frecuencia con que se usa. Con la excepción del estudio de Tremblay sobre una cohorte de nacimientos en Québec, la evidencia disponible sobre la agresión temprana proviene de estudios de observación a pequeña escala de lactantes y niños de 1-3 años (*toddlers*) en el hogar o en salas cuna (guarderías). Estos estudios muestran que la mayor parte de los pequeños entran en conflicto con sus pares y sus hermanos, pero que la agresión física es, de hecho, un fenómeno minoritario, mucho menos común que el comportamiento prosocial, incluso en niños menores de tres años.¹ En efecto, en términos generales, los niños de 1-3 años tienden a interactuar con sus pares y hermanos en formas pacíficas, y la agresión no es la manera fundamental de relacionarse con los demás. Por tanto, es importante destacar que el uso extensivo de la agresión no es normal, incluso en los primeros años de vida. Keenan manifiesta la importancia de identificar características de agresión atípica en la primera infancia, pero reconoce el riesgo de patologizar el comportamiento normal. Creo que debemos equilibrar este riesgo con la posibilidad de diseñar estrategias efectivas de prevención e intervención temprana. La agresión en los primeros años debe ser considerada seriamente.

Ishikawa y Raine brindan importante información factual, la cual nos recuerda que las experiencias físicas y sociales dan forma a nuestra vida. La exposición a una cantidad de sustancias en la vida prenatal promueve la externalización de problemas en general, a la vez que promueve la agresión en particular. Los hijos de madres que ingieren alcohol, fuman cigarrillos, o ingieren cocaína, están en riesgo de desarrollar comportamientos

disruptivos. Un elemento impresionante que aparece en el artículo de Ishikawa y Raine es la atención dedicada a hallazgos análogos en la literatura experimental sobre animales, que destacan algunos mecanismos causales potenciales. Es cierto que las madres antisociales son especialmente proclives a exponer el feto a algún riesgo con su comportamiento, lo cual aumenta la posibilidad que estos hallazgos representen influencias genéticas. Nuestros análisis más recientes en torno a la relación entre fumar durante el período prenatal y los síntomas de Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH) en el Estudio de los Mellizos Welsh revelan que el efecto de fumar persiste, aún tomando en cuenta los factores genéticos². Por tanto, es muy probable que los hallazgos destacados por Ishikawa y Raine sean factores verdaderamente ambientales.

No obstante, como exponen Ishikawa y Raine, los malos tratos prenatales no actúan solos. Ellos emergen en un contexto de factores de riesgo social. Por tanto, es posible estudiar una trayectoria de desarrollo en la cual los padres antisociales exponen a sus hijos a un mayor riesgo de desarrollar comportamientos antisociales al no promover la salud del feto durante el embarazo y al proporcionar modelos agresivos y/o socialización inefectiva en los primeros tres años. También es posible que las desventajas sociales promuevan riesgos similares, aún cuando los padres no tengan en sí un historial de actividades antisociales. Para poner a prueba estas posibilidades, es importante seguir la recomendación de Keenan respecto a que el estudio del desarrollo de la agresión comience durante el embarazo.

Implicaciones para el desarrollo de Servicios y la elaboración de Políticas

Tremblay y Keenan llaman la atención sobre la importancia de enseñar a los niños pequeños alternativas a la agresión. Ishikawa y Raine destacan que mejorar la atención médica también puede llegar a ser una importante meta para la formulación de políticas. Estos comentarios revelan un requisito primordial para formular políticas efectivas de prevención de la agresión y la violencia: las iniciativas para estas políticas deben mejorar la provisión de servicios médicos, educativos y sociales existentes. Debe existir además un tipo de pensamiento lateral para formular políticas efectivas que logren ser un puente para unir estas dos áreas de provisión de servicios que tradicionalmente han estado separadas.

La investigación sobre políticas comparadas a nivel nacional puede ser útil para identificar ventajas y desventajas de las estrategias de prevención e intervención específicas que ya han sido evaluadas. Por ejemplo, en el Reino Unido, el programa denominado Sure Start, reúne iniciativas educativas y médicas; la evaluación de Sure Start debería enfocarse específicamente en la prevención de la agresión y podría ser útil compararlo con programas de otros países. En el Reino Unido, el Servicio Nacional de Salud ofrece la atención de parteras durante el embarazo y se ofrecen visitas de salud postnatal, para apoyar a las familias antes y después del parto. Este servicio también podría servir como marco para promover la salud fetal y del lactante, así como la efectiva socialización. Aún cuando la política en torno a la agresión y la violencia debe considerar cuestiones locales (tales como los principales problemas derivados de la tenencia de armas en EE.UU. en contraste con otros países occidentales), las comparaciones

AGRESIÓN

transnacionales pueden revelar dimensiones subyacentes a las estrategias de prevención e intervención efectiva que cruzan las fronteras geográficas y culturales.

Este artículo ha sido traducido por la Junta Nacional de Jardines Infantiles -JUNJI- Gobierno de Chile.

REFERENCIAS

1. Hay DF, Castle J, Davies L. Toddlers' use of force against familiar peers: a precursor of serious aggression? *Child Development* 2000;71(2):457-467.
2. Thapar A, Fowler T, Rice F, Scourfield J, van den Bree M, Harold G, Hay DF. Smoking in pregnancy and attention deficit hyperactivity disorder symptoms. El manuscrito sometió para la publicación.

Para citar este documento:

Hay DF. La agresión como resultado del desarrollo en la primera infancia. Comentarios sobre Tremblay, Keenan, Ishikawa y Raine. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia* [en línea]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2009:1-4. Disponible en: <http://www.encyclopedia-infantes.com/documents/HayESPxp-Agresion.pdf>. Consultado [insertar fecha].

Copyright © 2009



Comentarios sobre Artículos Relativos a “La Agresión como Resultado del Desarrollo en la Primera Infancia”

DANIEL S. SHAW, PhD

University of Pittsburgh, EE.UU.

*(Puesto en línea, en inglés, el 17 de abril de 2003)
(Puesto en línea, en español, el 25 de noviembre de 2009)*

Tema

Agresión

Introducción

Los tres artículos sobre el tema de la agresión como resultado del desarrollo de la primera infancia de Tremblay¹, Keenan, Ishiwawa y Raine brindan importantes perspectivas sobre el desarrollo de la agresión durante la primera infancia. Tremblay justifica convincentemente la opción de enfocarse en los primeros cinco años de vida, argumentando que los índices de agresión física van disminuyendo en niños de 1-3 años (*toddlers*) hasta llegar a la adolescencia. Es de suma importancia destacar que si los niños no exhiben altos índices de comportamiento agresivo durante los tres primeros años, pocos de ellos mostrarán índices elevados después de los 5 años. Este punto fue corroborado en un estudio longitudinal que seguía el curso de la agresión desde los 2 a los 5 años en una muestra de 300 niños varones provenientes de familias de bajos ingresos.¹ De los niños que se ubicaron > el percentil noventa de la Lista de Comportamiento Infantil (Child Behavior Checklist, CBCL) en las categorías relacionadas con el comportamiento agresivo a la edad de dos años, 88% permanecía sobre este umbral a los 5 años, con relativamente pocos nuevos miembros en este grupo extremo a la edad de 5 años (22%). Por ende, la gran mayoría de los niños con altos niveles de agresión en la escuela comienza a mostrar este patrón en la primera infancia.

Keenan se refiere a temas que son de suma importancia para avanzar en el estudio del *desarrollo* de la agresión. Cómo definir la agresión es un tema que todavía suscita debate. En efecto, es posible estudiar el comportamiento “agresivo” tempranamente en la niñez, pero desarrollistas como Maccoby² sostienen que un niño debe tener cierta apreciación cognitiva respecto a las consecuencias de los actos agresivos antes de que él o ella sea considerado realmente agresivo. Por otro lado, el comportamiento aparentemente agresivo, sus correlaciones y su estabilidad se pueden evaluar empíricamente. Keenan destaca además cómo las trayectorias hacia el comportamiento agresivo son moderadas

¹ Comentarios sobre el documento original publicado por Richard E. Tremblay en 2002. Para consultar este artículo, por favor contactarnos en cedje-ceed@umontreal.ca.

por factores relativos a los niños y la crianza. Los factores de los niños incluyen maduración de las capacidades cognitivas que permiten usar estrategias más sofisticadas para la resolución de conflictos a partir del segundo año (por ejemplo, el uso del razonamiento). La calidad del cuidado de los padres también es crucial, ya sea la capacidad de reaccionar ante los imprevistos durante la infancia^{3,4} o reacciones coherentes y no de rechazo a las expresiones de emotividad negativa durante el período que se extiende de 1-3 años (*toddler*).^{5,6}

Ishiwawa y Raine estudian factores de riesgo biológico asociados a la inadaptación infantil antes del nacimiento. Tres temas merecen atención en este sentido. En primer lugar, el análisis enfatiza que los estudios sobre riesgos biológicos no tienen la misma representación que aquellos relativos a riesgos ambientales.⁷ Específicamente, existen relativamente pocos estudios respecto al riesgo biológico de agresión en la primera infancia.^{8,9,10} En segundo lugar, a partir del análisis es evidente que factores tales como ingestión de sustancias, deficiencias nutricionales, AFMs, y complicaciones durante el parto llevan a que algunos niños corran el riesgo de presentar comportamientos antisociales posteriores. En tercer lugar, y como se ha destacado anteriormente, a menudo, los factores de riesgo biológico son moderados por la presencia de riesgos ambientales. De hecho, muchos estudios han demostrado que los factores biológicos, estudiados aisladamente, no están relacionados con comportamientos antisociales posteriores.^{11,12}

Investigación y Conclusiones

Los principios y conclusiones de cada artículo están firmemente respaldados por la teoría y/o sustentación empírica. Sin embargo, debo manifestar ciertas advertencias en relación a temas específicos. Con respecto a la “sorpresa” de Tremblay, por ejemplo: no debería sorprender tanto que los actos de agresión física disminuyan durante los años de la niñez. Como se ha dicho anteriormente, la maduración cognitiva brinda a los niños repertorios más flexibles para manejar los conflictos interpersonales, permitiéndoles ser más selectivos en el uso de la agresión física. Este factor también es consistente con la más rápida disminución de agresión física entre las niñas, basada en su mayor fluidez verbal entre los 1-3 años (*toddlers*) y la edad preescolar. En efecto, las fuerzas de la socialización en el hogar y en la escuela hacen que la agresión física sea menos atractiva para ambos sexos a medida que transcurre el tiempo, con consecuencias significativamente mayores para niños de 8 años, en comparación con los de 3 que cometen actos agresivos similares. Los estudios de desarrollo iniciados por Goodenough (en 1931)¹³ y Fawls (en 1963)¹⁴ (aún cuando ninguno de ellos siguió la progresión de la agresión *per se*), documentan la disminución de la frecuencia de los actos de coraje/conflictos en función del crecimiento del niño. Por tanto, aún cuando pueda sorprender desde la perspectiva de la teoría del aprendizaje, la disminución de la agresión física no es una sorpresa reciente. Con respecto a los niños que siguen mostrando altos índices de agresión física en la edad escolar, es importante destacar que incluso en estos niños que continúan siendo agresivos, la agresión tiende a disminuir levemente desde los 2 a los 10 años¹⁵, sin embargo es probable que con el tiempo participen en formas de comportamiento antisocial más indirectas, como ha demostrado un estudio reciente de Patterson y Yoerger.¹⁶

El artículo de Keenan también se refiere a algunos puntos que merecen análisis. En primer lugar, aunque es posible observar agresión en lactantes de incluso 5 meses, el comportamiento agresivo *per se* generalmente no se torna molesto para los padres hasta el segundo año, debido a la recién estrenada habilidad de los niños para moverse con mayor rapidez y confianza. Este hecho reviste cierta importancia para determinar la edad en la cual realizar estudios de intervención temprana, sobre todo cuando la frecuencia del comportamiento se considera un factor relevante. En segundo lugar, los estudios han documentado que la agresión de niños entre 1.5-2 años anticipa problemas posteriores de conducta;¹⁷ sin embargo, el nivel de estabilidad generalmente es débil, y refleja una vez más la naturaleza cambiante del niño en desarrollo y las diferencias individuales en el ambiente que otorga cuidados al niño. En tercer lugar, aún cuando existe consenso en torno a que el maltrato físico o emocional de parte de los padres tiende a promover la agresión en los niños, es vital que evaluemos las consecuencias de los estilos de crianza aprobados por las distintas culturas antes de hacer suposiciones respecto de lo que es apropiado, tales como el uso de estilos autoritarios de crianza promovidos por las familias de origen africano en Estados Unidos.¹⁸

El artículo de Ishiwawa y Raine se refiere al tema y la necesidad de contar con investigación interdisciplinaria. Tenemos una gran necesidad de contar con estudios que midan prospectivamente la calidad del ambiente prenatal y observen el desarrollo de la relación inicial entre padres-niños. Sin estos datos, es probable que no se lleguen a conocer los mecanismos mediante los cuales los factores prenatales afectan el desarrollo y estabilidad del comportamiento agresivo inicial. Como destaca Tremblay, mucho del “aprendizaje” de la agresión acontece durante el tercer año; se recomienda intensificar los esfuerzos para comprender su aparición.

Implicaciones para el desarrollo de Servicios y la elaboración de Políticas

Los tres artículos sugieren que la identificación temprana sea un tema fundamental para las políticas sociales. Como ejemplo, Tremblay¹⁹ ha demostrado que los padres que comienzan a tener hijos antes de los 20 años y no completan su educación secundaria corren mayor riesgo de entrar en trayectorias de comportamiento agresivo. La identificación de los factores de riesgo antes del nacimiento también es recomendada por Keenan y es insinuada en el artículo de Ishiwawa y Raine sobre los problemas prenatales. Estos esfuerzos claramente ameritan apoyo; sin embargo, es probable que se necesiten múltiples puntos y enfoques de intervención para identificar adecuadamente a los niños pequeños con patrones emergentes de agresión.^{20,21} Particularmente en el primer año (antes que se hagan evidentes altas incidencias de comportamiento agresivo) y durante el segundo año (cuando la agresión se torna estadísticamente normativa), los esfuerzos deberán ser enfocados a determinar cómo el ambiente de crianza modera la trayectoria conductual durante la primera infancia y, en última instancia, puede lograr patrones más estables de agresión en las edades preescolar y escolar.

REFERENCIAS

1. Shaw DS, Gilliom M, Giovannelli J. Aggressive behavior disorders. In: Zeanah CH Jr., ed. *Handbook of Infant Mental Health*. 2nd ed. New York, NY: Guilford Press; 2000:397-411.
2. Maccoby EE. *Social development: Psychological growth and the parent-child relationship*. New York, NY: Harcourt Brace Jovanovich; 1980.
3. Erickson MF, Sroufe LA, Egeland B. The relationship between quality of attachment and behavior problems in preschool in a high-risk sample. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 1985;50(1-2):147-166.
4. Shaw DS, Keenan K, Vondra JI. Developmental precursors of externalizing behavior: Ages 1 to 3. *Developmental Psychology* 1994;30(3):355-364.
5. Campbell SB, Pierce EW, Moore G, Marakovitz S, Newby K. Boys' externalizing problems at elementary school age: Pathways from early behavior problems, maternal control, and family stress. *Development and Psychopathology* 1996;8(4):701-719.
6. Shaw DS, Winslow EB, Owens EB, Vondra JI, Cohn JF, Bell RQ. The development of early externalizing problems among children from low-income families: A transformational perspective. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1998;26(2):95-107.
7. Raine A. Biosocial studies of antisocial and violent behavior in children and adults: A review. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2002;30(4):311-326.
8. Calkins SD. Origins and outcomes of individual differences in emotion regulation. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 1994;59(2-3):53-72,250-283.
9. Fox NA, Schmidt LA, Calkins SD, Rubin KH, Coplan RJ. The role of frontal activation in the regulation and dysregulation of social behavior during the preschool years. *Development and Psychopathology* 1996;8(1):89-102.
10. Raine A, Venables PH, Mednick SA. Low resting heart rate at age 3 years predisposes to aggression at age 11 years: Evidence from the Mauritius Child Health Project. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997;36(10):1457-1464.
11. Arseneault L, Tremblay RE, Boulerice B, Seguin JR, Saucier JF. Minor physical anomalies and family adversity as risk factors for violent delinquency in adolescence. *American Journal of Psychiatry* 2000;157(6):917-923.
12. Raine A, Brennan P, Mednick SA. Birth complications combined with early maternal rejection at age 1 year predispose to violent crime at age 18 years. *Archives of General Psychiatry* 1994;51(12):984-988.
13. Goodenough FL. *Anger in young children*. Minneapolis, MI: University of Minnesota Press; 1931.
14. Fawls CL. Disturbances experienced by children in their natural habitats. In: Barker RG, ed. *The stream of behavior: explorations of its structure & content*. New York, NY: Appleton-Century-Crofts; 1963:99-126.

AGRESIÓN

15. Shaw DS, Lacourse E, Nagin D. Trajectories of ADHD and Conduct Problems in Early Childhood. Paper presented at: XV World Meeting of the International Society for Research on Aggression; July 28-31, 2002; Montreal, Quebec.
16. Patterson G, Yoerger K. Intra-individual search for growth in overt antisocial behavior. Paper presented at: 2001 Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development; 2001; Minneapolis, MI.
17. Keenan K, Shaw D, Delliquadri E, Giovannelli J, Walsh B. Evidence for the continuity of early problem behaviors: Application of a developmental model. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1998;26(6):441-452.
18. Deater-Deckard K, Bates JE, Dodge KA, Pettit GS. Physical discipline among African American and European American mothers: Links to children's externalizing behaviors. *Developmental Psychology* 1996;32(6):1065-1072.
19. Nagin D, Tremblay RE. Parental and early childhood predictors of persistent physical aggression in boys from kindergarten to high school. *Archives of General Psychiatry* 2001;58(4):389-394.
20. Olds DL. Prenatal and infancy home visiting by nurses: From randomized trials to community replication. *Prevention Science* 2002;3(3):153-172.
21. Webster-Stratton C, Reid MJ, Hammond M. Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in head start. *Journal of Clinical Child Psychology* 2001;30(3):283-302.

*Este artículo ha sido traducido por la Junta Nacional de Jardines Infantiles -JUNJI-
Gobierno de Chile.*

Para citar este documento:

Shaw DS. Comentarios sobre artículos relativos a “La agresión como resultado del desarrollo en la primera infancia”. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia* [en línea]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2009:1-5. Disponible en : <http://www.encyclopedia-infantes.com/documents/ShawESPxp-Agresion.pdf>. Consultado [insertar fecha].

Copyright © 2009



Agresión en Niños Pequeños Servicios que han Comprobado su Efectividad para Reducir la Agresión

CAROLYN WEBSTER-STRATTON, PhD

University of Washington, EE.UU.

(Puesto en línea, en inglés, el 4 de abril de 2003)

(Revisado en inglés el 1 de septiembre de 2005)

(Puesto en línea, en español, el 25 de noviembre de 2009)

Tema

Agresión

Introducción

La agresión infantil está en aumento – y a edades cada vez más tempranas.¹ El avance en el desarrollo de agresión infantil sugiere que la propensión a la agresión física y a la conducta de oposición se encuentra en su grado más alto a la edad de dos años.² Por lo general, a medida que los niños se desarrollan, la agresión comienza a disminuir cada año, hasta alcanzar un nivel relativamente bajo antes del ingreso a la escuela (entre cinco y seis años de edad). No obstante, para algunos niños pequeños, los niveles de comportamiento agresivo siguen altos y eventualmente se reflejan en un diagnóstico de Trastorno de Oposición Desafiante (TOD), o en la aparición temprana de Trastornos de Conducta (TC). Estas “etiquetas” se refieren a un conjunto de comportamientos disruptivos y antisociales que incorporan altos grados de oposición, actitudes desafiantes y agresivas. Los estudios indican que entre el 7- 20% de los niños cumplen con los criterios diagnósticos de TOD y/o TC y este porcentaje puede subir hasta un 35% en pequeños que provienen de familias de bajos ingresos o que dependen de servicios de bienestar social (ayuda financiera).³

Materia

La investigación sobre prevención y tratamiento de la agresión es de suma importancia porque la aparición temprana de estos trastornos (TOD/TC) en niños preescolares permanece estable en el tiempo y aparece como el factor de riesgo conductual más importante que predice el comportamiento antisocial en los niños durante la adolescencia.^{4,5} Específicamente, se ha encontrado reiteradamente que las conductas de agresión física en niños mayores de tres años predicen el desarrollo de delincuencia juvenil violenta y el abuso de drogas durante la adolescencia,⁶ además de los índices de depresión y de deserción escolar.⁷ Hay hipótesis que plantean que en la ausencia de intervención, las tendencias agresivas que comienzan a temprana edad en los niños pueden *crystalizarse* hacia la edad de 8 años.⁸ En ese momento de la vida, los problemas de aprendizaje y de conducta pueden volverse menos sensibles a la intervención y más

susceptibles a transformarse en un trastorno crónico.⁹ Puesto que el tratamiento de la agresión se hace cada vez más difícil y más oneroso a medida que los niños crecen, parece más pragmático y rentable ofrecer tratamientos y concentrar los esfuerzos de prevención durante los primeros años y en los niños preescolares. Desgraciadamente, las proyecciones recientes sugieren que menos de 10% de los niños en edad escolar (e incluso menos para los niños en edad preescolar) que necesitan atención debido a sus comportamientos agresivos la reciben.¹⁰ Además, menos de la mitad de este grupo recibe intervenciones *empíricamente validadas*.¹¹

Problemas

Los factores de riesgo relativos a la familia, los padres, los profesores, la escuela, y a los mismos niños, se han asociado al desarrollo de problemas conductuales en niños pequeños. Los bajos niveles de ingreso y educación, alto nivel de estrés familiar, familias mono parentales, los conflictos conyugales, la depresión de la madre, y el abuso de drogas de los padres son todos factores de riesgo particularmente elevados para el desarrollo de comportamientos agresivos en niños. Los comportamientos inconsistentes, críticos, abusadores y no comprometidos de los padres o profesores también constituyen importantes factores de riesgo para el desarrollo y mantención de conductas agresivas en los niños, tanto en el hogar como en las aulas. Los niños que son temperamentamente más impulsivos, distraídos, e hiperactivos generalmente reciben menos atención y apoyo, y más castigos de parte de padres y profesores. Además experimentan mayor rechazo de parte de sus pares y aislamiento social en la escuela. Dichas respuestas de los adultos y compañeros aumentan el riesgo de los niños de desarrollar una agresión cada vez mayor. Lamentablemente, el riesgo de tener permanentes problemas de agresión y conducta parece incrementarse exponencialmente con la exposición de los niños a cada factor de riesgo adicional.¹²

Contexto de Investigación

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

Aun cuando existen muchas intervenciones que tratan estos factores de riesgo, relativamente pocos estudios bien diseñados, aleatorios y con grupos de control se han

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

Preguntas Clave de Investigación

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

Resultados de Investigaciones Recientes

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

Conclusiones

La edad preescolar es al parecer un período crucial para reducir o cristalizar la agresión. Lamentablemente, la mayor parte de los programas de intervención para conductas agresivas se aplican durante la edad escolar o adolescencia. Estos programas llegan demasiado tarde en el proceso de desarrollo de la agresión. Efectivamente, ya que la socialización de la agresión acontece durante la edad preescolar, se esperaría que dichos programas tuviesen sus mayores impactos en los niños durante ese período. Los tratamientos empíricamente validados para niños preescolares con problemas de

comportamiento agresivo mencionados anteriormente sugieren que el trabajo conjunto con los padres, profesores y los propios niños, puede perfeccionar la competencia emocional y reducir la aparición temprana de la agresión de manera significativa, con resultados sostenidos. Por tanto, con una intervención temprana es posible corregir la trayectoria de los problemas tempranos de conducta que conducen a la delincuencia durante la adolescencia y al comportamiento antisocial en la adultez.

Implicaciones

Con este fin, se deben adoptar las siguientes precauciones:

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

REFERENCIAS

1. Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin* 1992;112(1):64-105.
2. Tremblay RE, Japel C, Perusse D, McDuff P, Boivin M, Zoccolillo M, Montplaisir J. The search for the age of 'onset' of physical aggression: Rousseau and Bandura revisited. *Criminal Behaviour and Mental Health* 1999;9(1):8-23.
3. Webster-Stratton C, Hammond M. Conduct problems and level of social competence in Head Start children: Prevalence, pervasiveness, and associated risk factors. *Clinical Child and Family Psychology Review* 1998;1(2):101-124.
4. Moffitt TE. Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review* 1993;100(4):674-701.
5. Yoshikawa H. Prevention as cumulative protection: Effects of early family support and education on chronic delinquency and its risks. *Psychological Bulletin* 1994;115(1):28-54.
6. White JL, Moffitt TE, Earls F, Robins L, Silva PA. How early can we tell? Predictors of childhood conduct disorder and adolescent delinquency. *Criminology* 1990;28(4):507-533.
7. Kazdin AE. *Conduct disorders in childhood and adolescence*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1995.

8. Eron LD. Understanding aggression. *Bulletin of the International Society for Research on Aggression* 1990;12:5-9.
9. Bullis M, Walker HM, eds. *Comprehensive school-based systems for troubled youth*. Eugene, Ore: University of Oregon, Center on Human Development; 1994.
10. Kazdin AE, Kendall PC. Current progress and future plans for developing effective treatments: Comments and perspectives. *Journal of Clinical Child Psychology* 1998;27(2):217-226.
11. Chambless DL, Hollon SD. Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1998;66(1):7-18.
12. Coie JD, Watt NF, West SG, Hawkins JD, Asarnow JR, Markman HJ, Ramey SL, Shure MB, Long B. The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist* 1993;48(10):1013-1022.
13. Webster-Stratton C, Hammond M. Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1997;65(1):93-109.
14. Webster-Stratton C, Reid MJ, Hammond M. Treating children with early-onset conduct problems: Intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2004;33(1):105-124.
15. Eyberg SM, Boggs SR, Algina J. Parent-child interaction therapy: A psychosocial model for the treatment of young children with conduct problem behavior and their families. *Psychopharmacology Bulletin* 1995;31(1):83-91.
16. Cunningham CE, Bremner R, Boyle M. Large group community-based parenting programs for families of preschoolers at risk for disruptive behaviour disorders: Utilization, cost effectiveness, and outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1995;36(7):1141-1159.
17. Webster-Stratton C, Mihalic S, Fagan A, Arnold D, Taylor TK, Tingley C. *The incredible years: Parent, teacher, and child training series*. Boulder, Colo: Center for the Study and Prevention of Violence; 2001. Blueprints for Violence Prevention Series, Book Eleven, BP-011.
18. Forehand R, Rogers T, McMahan RJ, Wells KC, Griest, DL. Teaching parents to modify child behavior problems: An examination of some follow-up data. *Journal of Pediatric Psychology* 1981;6(3):313-322.
19. Webster-Stratton C, Reid MJ, Hammond M. Social skills and problem solving training for children with early-onset conduct problems: Who benefits? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2001;42(7):943-952.
20. Shure MB. Interpersonal cognitive problem solving: Primary prevention of early high-risk behaviors in the preschool and primary years. In: Albee GW, Gullotta TP, eds. *Primary prevention works*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 1997;6:167-188.
21. Hops H, Walker HM, Fleischman DH, Nagoshi JT, Omura RT, Skindrud K, Taylor J. CLASS: A standardized in-class program for acting-out children. II. Field test evaluations. *Journal of Educational Psychology* 1978;70(4):636-644.
22. Greenwood CR, Hops H, Walker HM, Guild JJ, Stokes J, Young KR, Keleman KS, Willardson M. Standardized classroom management program: Social

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

Este artículo ha sido traducido por la Junta Nacional de Jardines Infantiles -JUNJI- Gobierno de Chile.

Para citar este documento:

Webster-Stratton C. Agresión en niños pequeños. Servicios que han comprobado su efectividad para reducir la agresión. Ed rev. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia* [en línea]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2009:1-6. Disponible en : http://www.encyclopedia-infantes.com/documents/Webster-StrattonESPxp_rev.pdf. Consultado [insertar fecha]

Copyright © 2009



Programas y Servicios Efectivos para Reducir la Agresión en Niños Pequeños

JOHN E. LOCHMAN, PhD
Cátedra Saxon en Psicología Clínica

University of Alabama, EE.UU.

(Puesto en línea, en inglés, el 4 de abril de 2003)
(Puesto en línea, en español, el 25 de noviembre de 2009)

Tema

Agresión

Introducción

Los comportamientos antisociales de niños y adolescentes han constituido por mucho tiempo una importante preocupación societal. Esta preocupación ha crecido con los años, junto con la atención que han requerido los servicios correccionales juveniles y los enormes costos financieros que implica la violencia juvenil (en EE.UU.). Los problemas de conducta (especialmente entre varones) son los más referidos a consulta clínica por los profesionales de salud en cuanto a problemas de comportamiento durante la infancia.¹ El comportamiento agresivo y disruptivo es una de las disfunciones más persistentes en los niños, y sin tratamiento, se traduce frecuentemente en altos costos personales y emocionales para ellos, sus familias y la sociedad en su conjunto. Por tanto, gran parte de la investigación se ha enfocado a indagar las causas, tratamientos y prevención de los problemas conductuales.

Materia

El riesgo de la agresión puede provenir tanto de características innatas como el temperamento,^{2,3} como de factores maleables del desarrollo social y psicológico de un niño⁴. Se ha observado que altos niveles de comportamiento físicamente agresivo a la edad de dos años constituyen un predictor fiable de agresión en la edad escolar.⁵ Las causas y correlaciones identificadas de la agresión infantil, tales como procesos familiares disfuncionales y una competencia social deficiente (la cual se manifiesta mediante el rechazo que un niño/niña sufre de parte de sus compañeros, un procesamiento social-cognitivo deficiente, y la participación en grupos de pares desviados, que desafían las reglas) también pueden constituir algunas de las causas directas de problemas conductuales posteriores durante la adolescencia.⁶ En su extenso y relativamente típico análisis de los factores de riesgo para el comportamiento antisocial en adolescentes, Hawkins, Catalano, y Miller² identificaron los siguientes:

1. Prácticas de manejo familiar deficientes, entre las cuales se incluyen falta de calidez materna, padres inconsistentes, prácticas de crianza extremadamente

- severas o permisivas, y monitoreo insuficiente y expectativas poco claras respecto del comportamiento.
2. Altos niveles de conflicto familiar.
 3. Bajos niveles de calidez y compromiso en las relaciones entre padres-hijos
 4. Rechazo de sus pares en la educación primaria.
 5. Asociación con grupos de pares desviados durante la niñez y la escuela secundaria.

Por lo tanto, dentro de un marco de desarrollo, es posible conceptualizar el comportamiento antisocial y violento como el resultado de una acumulación de factores familiares y personales,^{7,8} con el comportamiento agresivo de parte de los niños siendo el producto de aquella trayectoria de desarrollo. La teoría de Loeber⁹ señala que a medida que estos patrones de comportamiento agresivo se afianzan, emergen las secuelas que conducen a la trayectoria del consumo de sustancias y los trastornos conductuales se manifiestan. En la primera y mediana infancia los niños crecientemente desafiantes pueden experimentar reacciones muy negativas de parte de sus profesores y de rechazo de parte de sus compañeros. Su progreso académico se debilita y al llegar a la primera adolescencia son más susceptibles a las influencias de grupos de pares desviados. En la adolescencia, esta trayectoria se convierte en un riesgo cada vez mayor de consumo de sustancias, actos de delincuencia y de fracaso escolar.^{4,9} Por ende, las intervenciones tempranas y preventivas durante la edad preescolar pueden tener un impacto en el comportamiento agresivo de los niños (comportamientos que son normalmente muy estables) antes que se acumulen más factores de riesgo que conducen a una trayectoria de comportamiento antisocial.

Contexto de Investigación

Aun cuando se han realizado investigaciones de gran alcance en torno al tratamiento y prevención en niños de educación primaria y secundaria, existen relativamente pocos estudios sobre programas diseñados para reducir los problemas de comportamiento agresivo durante la infancia y la edad preescolar. A medida que se ha incrementado últimamente la investigación en esta área, los programas de intervención con niños desde el nacimiento hasta los cinco años se han centrado en el período preescolar relacionado con los procesos parentales y familiares.^{10,5} Dos de los programas de intervención más efectivos con niños preescolares provienen del trabajo de Webster-Stratton¹¹⁻¹² y Eyberg.¹³

Preguntas Clave de Investigación

Las preguntas clave se refieren a las intervenciones psicosociales para padres con hijos entre los 0-5 años de edad y si éstas afectan el comportamiento de los padres y efectivamente reducen los comportamientos agresivos y disruptivos de los niños.

Resultados de Investigaciones Recientes

En general, existe escasa investigación respecto de intervenciones en niños de 0-5 años; y se ha investigado más la edad preescolar que la infancia y entre los 1-3 años (*toddlerhood*). Webster-Stratton¹¹ eligió aleatoriamente tres centros Head Start para capacitar a padres y profesores o bien usarlos como grupos control. El programa de

intervención de nueve semanas, con reuniones semanales de dos horas, registró menores índices de comportamiento negativo y de desobediencia en niños de 4 años, y mayores niveles de competencia en los padres. Al cabo de un año, se observó que gran parte de lo que se había logrado en cuanto a comportamiento de los niños y padres se mantenía. Webster-Stratton y Hammond¹² lograron resultados positivos similares con la combinación de un entrenamiento de padres con un entrenamiento de habilidades enfocadas a los niños en una muestra que incluyó a niños mayores (de 4 a 8 años). Otras investigaciones controladas también respaldan el hecho de proporcionar entrenamiento a niños y padres durante la edad preescolar. En un destacado estudio de Miller-Heyl, MacPhee y Fritz¹⁴, se descubrió que al combinar talleres de 12 semanas para padres con un programa simultáneo de entrenamiento para niños de alto riesgo de 2-5 años y sus hermanos y establecer un tiempo de actividades conjunto para padres e hijos, el resultado fue la reducción de los comportamientos desafiantes en los niños, la disminución de castigos severos de parte de los padres y el mejoramiento de la disciplina efectiva ejercida por los padres (conforme a reportes de los padres).

Mientras que el modelo de intervención de Webster-Stratton incluye un entrenamiento directo, separado para padres y niños, el modelo de Terapia de Intervención Padre-Hijo (TIPH) se centra en díadas padre-hijo. Usando un diseño de lista de espera con asignación aleatoria de 63 familias con niños de 3-6 años referidos a consulta médica, Schuhmann, Foote, Eyberg, Boggs, y Algina¹⁵ observaron que los padres participantes en la intervención interactuaban más positivamente con sus hijos y lograban mucho más obediencia de su parte que los hijos de los grupos de control. La intervención TIPH consistía en cuatro meses de sesiones de entrenamiento para padres realizadas por un terapeuta en torno al uso de conductas específicas de éstos durante situaciones espontáneas de juego con los niños. Strayhorn y Weidman,¹⁶ respaldaron igualmente la interacción entre padres e hijos y descubrieron al cabo de un año de seguimiento, que los preescolares que participaron en la intervención presentaban niveles más bajos de comportamiento disruptivo que los niños del grupo de control.

Aun cuando existe escasa investigación para orientar la planificación de intervenciones para reducir los precursores iniciales de la agresión durante el período prenatal hasta la lactancia, alguna evidencia indirecta sugiere que en este período se podrían realizar intervenciones de gran valor. Los análisis del Programa de Visitas del “Elvira Nurse Home” revelaron que en el grupo control, el maltrato de niños por parte de sus padres se asociaba a un importante aumento de la aparición temprana de problemas de comportamiento en los niños, comportamientos que persisten hasta los 15 años.¹⁷ Sin embargo, en el grupo que recibía las visitas a domicilio, no hubo relación entre el maltrato y los comportamientos problemáticos de los jóvenes, aparentemente porque el número de informes de maltrato en el grupo de intervención había disminuido. El programa de visitas a domicilio también redujo el número de arrestos, el consumo de alcohol, y el comportamiento sexual promiscuo entre el subgrupo de jóvenes de 15 años criados por madres de alto riesgo.¹⁸ Durante las visitas a domicilio en esta intervención, las enfermeras capacitaban a las madres en torno a prácticas parentales y sobre las etapas de desarrollo y la promoción de comportamientos saludables, desde el embarazo hasta el segundo cumpleaños del hijo.

Conclusiones

Durante la edad preescolar, las intervenciones psicosociales con los padres dirigidas a sus prácticas parentales pueden surtir efectos inmediatos en los comportamientos de los padres y en los comportamientos agresivos y de desobediencia de los niños. Se han detectado varios modelos distintos de programas efectivos para padres de niños de esta edad, incluyendo talleres de entrenamiento de padres, reuniones de grupo, y *coaching* durante las interacciones con sus hijos. Los últimos modelos de programa padres-hijos pueden ser incluso más apropiados para escenarios clínicos o intervenciones dirigidas a familias de alto riesgo que para programas a gran escala. Por el contrario, la eficacia de los programas preventivos que incluyen la atención a partir del periodo prenatal hasta la infancia no ha quedado tan claramente establecida, aunque programas tales como las intervenciones que contemplan visitas a domicilio parecen ser prometedores.

Implicaciones

Como generalmente ocurre en la investigación preventiva,¹⁹ la investigación aplicada requiere centrarse en los temas clave de los programas de comportamiento agresivo en los niños de 0-5 años. En efecto, la base de datos empíricos sobre programas de intervención en estos primeros años no está tan bien establecida como la de intervenciones en los años posteriores de la niñez. Por lo tanto,

- 1) es de suma importancia que la investigación evalúe nuevos programas de intervención para niños en edad preescolar, especialmente para familias con lactantes.
- 2) se necesita investigar sobre las intervenciones que son realmente efectivas, con el fin de identificar métodos para refinar y perfeccionar las intervenciones con respaldo empírico.
- 3) los nuevos programas de intervención y los ya existentes deben basarse firmemente en teorías del desarrollo sólidas, y por tanto deben enfocarse en objetivos de intervención profundamente vinculados con el desarrollo y continuidad del comportamiento agresivo en niños entre 0-5 años de edad.
- 4) la investigación debe confirmar que las intervenciones exitosas repercuten en el comportamiento de los niños mediante su impacto en los supuestos procesos de mediación, tales como las prácticas de disciplina de los padres.
- 5) la próxima generación de proyectos de investigación preventiva deben examinar los factores del proceso de entrenamiento y de los sistemas anfitriones (por ejemplo: en los programas preescolares y de visitas a domicilio) que puedan afectar la implementación y difusión de intervenciones efectivas para niños en este grupo etario.

En términos de política social, existe actualmente suficiente evidencia para fomentar el desarrollo de amplios programas de entrenamiento del comportamiento de padres de niños en edad preescolar.

REFERENCIAS

1. Frick PJ. *Conduct Disorders and Severe Antisocial Behavior*. New York, NY: Plenum Press; 1998.
2. Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin* 1992;112(1):64-105.
3. Tarter RE, Alterman AI, Edwards KL. Vulnerability to alcoholism in men: a behavior-genetic perspective. *Journal of Studies on Alcohol* 1985;46(4):329-356.
4. Lochman JE. Preventive intervention targeting precursors. In: Bukoski WJ, Sloboda Z, eds. *Handbook of Drug Abuse Prevention: Theory, Science and Practice*. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2002:307-326.
5. Tremblay RE, LeMarquand D, Vitaro F. The prevention of oppositional defiant disorder and conduct disorder. In: Quay HC, Hogan AE, eds. *Handbook of Disruptive Behavior Disorders*. New York, NY: Plenum Publishers; 1999:525-555.
6. Patterson GR, Reid JB, Dishion TJ. *Antisocial Boys*. Eugene, OR: Castalia Publishing Company; 1992. *A Social Interactional Approach*; vol 4.
7. Robins LN. Follow-up studies. In: Quay HC, Werry JS, eds. *Psychopathological Disorders of Childhood*. 2nd ed. New York, NY: Wiley; 1979:483-513.
8. Patterson GR. Performance models for antisocial boys. *American Psychologist* 1986;41(4):432-444.
9. Loeber R. Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Clinical Psychology Review* 1990;10(1):1-41.
10. Lochman JE, van den Steenhoven A. Family-based approaches to substance abuse prevention. *The Journal of Primary Prevention* 2002;23(1):49-114.
11. Webster-Stratton C. Preventing conduct problems in head start children: strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1998;66(5):715-730.
12. Webster-Stratton C, Hammond M. Treating children with early-onset conduct problems: a comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1997;65(1):93-109.
13. Brestan EV, Eyberg SM. Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology* 1998;27(2):180-189.
14. Miller-Heyl J, MacPhee D, Fritz JJ. DARE to be you: A family support, early prevention program. *The Journal of Primary Prevention* 1998;18(3):257-285.
15. Schuhmann EM, Foote RC, Eyberg SM, Boggs SR, Algina J. Efficacy of parent-child interaction therapy: interim report of a randomized trial with short-term maintenance. *Journal of Clinical Child Psychology* 1998;27(1):34-45.
16. Strayhorn JM, Weidman CS. Follow-up one year after parent-child interaction training: effects on behavior of preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1991;30(1):138-143.
17. Eckenrode J, Zielinski D, Smith E, Marcynyszyn LA, Henderson CR Jr, Kitzman H, Cole R, Powers J, Olds DL. Child maltreatment and the early onset of problem

- behaviors: can a program of nurse home visitation break the link? *Development and Psychopathology* 2001;13(4):873-890.
18. Olds D, Henderson CR Jr, Cole R, Eckenrode J, Kitzman H, Luckey D, Pettit L, Sidora K, Morris P, Powers J. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *JAMA-Journal of the American Medical Association* 1998;280(14):1238-1244.
19. Lochman JE. Issues in prevention with school-aged children: ongoing intervention refinement, developmental theory, prediction and moderation, and implementation and dissemination. *Prevention and Treatment* [serial online] 2001;4;Article 4. Disponible en: <http://journals.apa.org/prevention/volume4/pre0040004c.html>. Visitado el 5 de agosto de 2003.

*Este artículo ha sido traducido por la Junta Nacional de Jardines Infantiles -JUNJI-
Gobierno de Chile.*

Para citar este documento:

Lochman JE. Programas y servicios efectivos para reducir la agresión en niños pequeños. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia* [en línea]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2009:1-6. Disponible en: <http://www.encyclopedia-infantes.com/documents/LochmanESPxp.pdf>. Consultado [insertar fecha].

Copyright © 2009



Intervenciones Preventivas que Reducen la Agresión en Niños Pequeños

CELENE E. DOMITROVICH, PhD

MARK T. GREENBERG, PhD

Pennsylvania State University, EE.UU.

*(Puesto en línea, en inglés, el 16 de junio de 2003)
(Puesto en línea, en español, el 25 de noviembre de 2009)*

Tema

Agresión

Introducción

En los últimos cinco años, la prevención de trastornos de salud mental y la promoción de la salud mental se han incrementado significativamente en América del Norte y en el extranjero. En 1999, la Federación Mundial de Salud Mental y la Fundación Clifford Beers (en colaboración con el Carter Center) organizaron la Primera Conferencia mundial para la Promoción de la Salud Mental y la Prevención de Trastornos Mentales y de Comportamiento. En los Estados Unidos, el más reciente informe emitido por el Cirujano General de los Estados Unidos (US Surgeon General) se centró en el tema de la salud mental y enfatizó la importancia de la prevención.¹ Como la ciencia de la prevención se ha expandido y cada vez hay más intervenciones de comprobada efectividad para reducir el riesgo de trastornos de salud mental y la promoción de la salud, los gobiernos y las fundaciones privadas han cambiado sus prioridades de financiamiento hacia este tipo de programas. En consecuencia, ha aumentado la necesidad de contar con información precisa sobre las investigaciones, y han surgido numerosos informes, análisis y sistemas de clasificación para identificar estos programas y difundir la información al público.²⁻⁴

Materia

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

Problemas

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

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

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

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

Contexto de Investigación

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

Es importante destacar que muchas intervenciones preventivas, especialmente aquellas centradas en mejorar las habilidades cognitivas de los niños, también han reducido la agresión infantil¹³⁻¹⁹. Este logro secundario destaca la interconexión de los sistemas durante el periodo preescolar e ilustra cómo los factores de riesgo precoz están relacionados a múltiples resultados.

Preguntas Clave de Investigación

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

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

Resultados de Investigaciones Recientes

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

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

Programas Enfocados en el Niño

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

más soluciones efectivas a los problemas y exhibieron menos comportamientos disruptivos.²⁶

Programas Enfocados en los Padres

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

Programas de componentes múltiples

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

Conclusiones

El campo de la prevención está creciendo a pasos acelerados. La evidencia acumulada muestra que los factores de riesgo para una variedad de trastornos de salud mental pueden reducirse por medio de la prevención.³³ En general, se ha prestado más atención a la prevención de problemas de conducta que a la prevención de comportamientos asociados a trastornos internalizantes (por ejemplo: ansiedad). A pesar de esto, los esfuerzos preventivos han producido resultados modestos y muy pocos estudios han demostrado una prevalencia reducida de los trastornos. Además, gran parte de las intervenciones preventivas dirigidas a niños con problemas conductuales, ha sido diseñada para aquéllos que cursan la educación primaria, y no para niños más pequeños. Los resultados más robustos se han encontrado en los programas de componentes múltiples dirigidos a múltiples ámbitos cambiando así los sistemas y los contextos, así como los individuos y las unidades familiares.

Implicaciones

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

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

REFERENCIAS

1. United States. Public Health Service. Office of the Surgeon General. *Youth Violence: a Report of the Surgeon General*. Washington, DC: US Dept of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General; 2001.
2. *Safe schools, safe students: A guide to violence prevention strategies*. Washington, DC: Drug strategies; 1998.
3. Thornton TN, Craft CA, Dahlberg LL, Lynch BS, Baer K, eds. *Best practices of youth violence prevention: A sourcebook for community action*. Atlanta, Ga: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2002. Disponible en: <http://www.cdc.gov/ncipc/dvp/bestpractices.htm>. Visitado el 5 de agosto de 2003.
4. Sylvia S, Thorne JT. *School-based drug prevention programs: A longitudinal study in selected school districts. Technical report*. Research Triangle Institute: Research Triangle Park, NC; 1997. Publication #ED416432.
5. Costello EJ, guest ed. Developments in child psychiatric epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1989;28(6 Special Issue).

6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
7. Campbell SB, Ewing LJ. Follow-up of hard-to-manage preschoolers: Adjustment at age 9 and predictors of continuing symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1990;31(6):871-889.
8. Tremblay RE, Pihl RO, Vitaro F, Dobkin PL. Predicting early onset of male antisocial behavior from preschool behavior. *Archives of General Psychiatry* 1994;51(9):732-739.
9. Robins LN. Sturdy childhood predictors of adult antisocial behaviour: Replications from longitudinal studies. *Psychological Medicine* 1978;8(4):611-622.
10. Conduct Problems Prevention Research Group. A developmental and clinical model for the prevention of conduct disorders: The FAST Track Program. *Development and Psychopathology* 1992;4(4):509-527.
11. Reid JB, Eddy JM. The prevention of antisocial behavior: Some considerations in the search for effective interventions. In: Stoff DM, Breiling J, Maser JD, eds. *Handbook of antisocial behavior*. New York, NY: J. Wiley & Sons; 1997:343-356.
12. Brooks-Gunn J, Duncan GJ. The effects of poverty on children. *Future of Children* 1997;7(2):55-71.
13. Berrueta-Clement JR, Schweinhart LJ, Barnett WS, Epstein AS, Weikart DP. *Changed lives: The effects of the Perry Preschool Program on youth through age 19*. Ypsilanti, Mich: High/Scope Press; 1984.
14. Brooks-Gunn J, Klebanov PK, Liaw F, Spiker D. Enhancing the development of low-birthweight, premature infants: Changes in cognition and behavior over the first three years. *Child Development* 1993;64(3):736-753.
15. Campbell FA, Ramey CT. Effects of early intervention on intellectual and academic achievement: A follow-up study of children from low-income families. *Child Development* 1994;65(2):684-698.
16. Johnson DL, Walker T. Primary prevention of behavior problems in Mexican-American children. *American Journal of Community Psychology* 1987;15(4):375-385.
17. McCarton CM, Brooks-Gunn J, Wallace IF, Bauer CR. Results at age 8 years of early intervention for low-birth-weight premature infants: The infant health and development program. *Jama: Journal of the American Medical Association* 1997;277(2):126-132.
18. Schweinhart LJ, Weikart DP, Lerner MB. Consequences of three preschool curriculum models through age 15. *Early Childhood Research Quarterly* 1986;1(1):15-45.
19. Schweinhart LJ, Weikart DP. The High/Scope Preschool Curriculum Comparison study through age 23. *Early Childhood Research Quarterly* 1997;12(2):117-143.
20. Bryant D, Vizzard LH, Willoughby M, Kupersmidt J. A review of interventions for preschoolers with aggressive and disruptive behavior. *Early Education & Development* 1999;10(1):47-68.

21. Olds D, Robinson J, Song N, Little C, Hill P. *Reducing the risks for mental disorders during the first five years of life: A review of preventive interventions*. Report submitted to the Center for Mental Health Services (SAMHSA). Denver, Colo: Prevention Research Center for Family and Child Health, University of Colorado Health Sciences Center; 1999.
22. Shure MB. *Preschool*. Champaign, Ill: Research Press; 1992. *I Can Problem Solve (ICPS): an Interpersonal Cognitive Problem-Solving Program*.
23. Shure MB. *Kindergarten and primary grades*. Champaign, Ill: Research Press; 1992. *I Can Problem Solve (ICPS): an Interpersonal Cognitive Problem-Solving Program*.
24. Shure MB. *Intermediate elementary grades*. Champaign, Ill: Research Press; 1992. *I Can Problem Solve (ICPS): an Interpersonal Cognitive Problem-Solving Program*.
25. Shure MB, Spivack G. Interpersonal problem solving as a mediator of behavioral adjustment in preschool and kindergarten children. *Journal of Applied Developmental Psychology* 1980;1(1):29-44.
26. Shure MB, Spivack G. Interpersonal problem solving in young children: a cognitive approach to prevention. *American Journal of Community Psychology* 1982;10(3):341-356.
27. Forehand R, Breiner J, McMahon RJ, Davies G. Predictors of cross setting behavior change in the treatment of child problems. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry* 1981;12(4):311-313.
28. Patterson GR, Chamberlain P, Reid JB. A comparative evaluation of a parent-training program. *Behavior Therapy* 1982;13(5):638-650.
29. Strayhorn JM, Weidman CS. Follow-up one year after parent-child interaction training: Effects on behavior of preschool children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1991;30(1):138-143.
30. Webster-Stratton C, Mihalic S, Fagan A, Arnold D, Taylor T, Tingley C. *The Incredible Years: Parent, Teacher And Child Training Series (IYS)*. Boulder: Center for the Study and Prevention of Violence Institute of Behavioral Science, University of Colorado at Boulder; 2001. *Blueprints for Violence Prevention, Book Eleven*.
31. Webster-Stratton C. Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 1998;66(5):715-730.
32. Walker HM, Kavanagh K, Stiller B, Golly A, Severson HH, Feil EG. First step to success: an early intervention approach for preventing school antisocial behavior. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 1998;6(2):66-80.
33. Greenberg MT, Domitrovich C, Bumbarger B. *Effectiveness of Prevention Programs for Mental Disorders in School-Age Children*. Eric Report EDRS: 2000. AN:ED464464.

*Este artículo ha sido traducido por la Junta Nacional de Jardines Infantiles -JUNJI-
Gobierno de Chile.*

AGRESIÓN

Para citar este documento:

Domitrovich CE, Greenberg MT. Intervenciones preventivas que reducen la agresión en niños pequeños. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia* [en línea]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2009:1-8. Disponible en: <http://www.encyclopedia-infantes.com/documents/Domitrovich-GreenbergESPxp.pdf>. Consultado [insertar fecha].

Copyright © 2009



Prevención Temprana del Comportamiento Agresivo en los niños pequeños: Comentarios sobre Webster-Stratton¹, Lochman, y Domitrovich y Greenberg

KENNETH A. DODGE, PhD

Duke University, EE.UU.

(Puesto en línea, en inglés, el 7 de abril de 2003)

(Puesto en línea, en español, el 25 de noviembre de 2009)

Tema

Agresión

Introducción

Webster-Stratton, Lochman, y Domitrovich y Greenberg han evaluado y compendiado el conocimiento en torno a la prevención del comportamiento agresivo en niños pequeños. En los actuales modelos de desarrollo de problemas agresivos crónicos, la ciencia del desarrollo se ha enfocado en el período entre 3 y 6 años, argumentando que en ese momento de la vida los patrones de comportamiento se tornan relativamente estables y anticipan problemas conductuales crónicos en la adolescencia, siendo así el momento oportuno para la intervención temprana. En la última década ha surgido una masa crítica de estudios empíricos en torno a la eficacia de nuevos programas de intervención, por lo cual es oportuno que estas revisiones hayan sido realizadas en este período.

Investigación y Conclusiones

Webster-Stratton, Domitrovich y Greenberg, y Lochman clasificaron las intervenciones en categorías que se enfocan en el niño, los padres, o profesores y programas que son explícitamente multimodales. Sus evaluaciones sugieren que los resultados más favorables han surgido de las intervenciones centradas en los padres. Los programas que enseñan a los padres a implementar estrategias consistentes y no violentas para manejar el mal comportamiento de los niños, han logrado los efectos más positivos para reducir la agresión infantil. Otros programas muestran algunos indicios de éxito, pero sus hallazgos no son tan claros, convincentes o numerosos.

Los analistas llegaron en consenso a varias conclusiones generales. En primer lugar, se considera relativamente pequeño el número de estudios controlados y se sugiere que se expandan exponencialmente en el transcurso de la próxima década. Esta sugerencia resulta especialmente significativa en el contexto del actual debate de política sobre el carácter de la programación para la primera infancia. En EE.UU., la meta de mejorar los

¹ Comentarios sobre el documento original publicado por Carolyn Webster-Stratton en 2003. Para consultar este artículo, contáctenos en cedje-ceecd@umontreal.ca.

resultados educativos de los niños está provocando un mayor financiamiento para los programas de primera infancia que preparan a niños de alto riesgo para el aprendizaje en el jardín de niños (kindergarten). La polémica es respecto a si dichos esfuerzos deben destinarse al desarrollo cognitivo (a través de la instrucción didáctica directa de habilidades de prelectura y fonética) o al desarrollo de un comportamiento socioemocional más amplio (proporcionando contextos de cuidado tales como guarderías y la programación directa del desarrollo social de los niños). Las intervenciones para prevenir el comportamiento agresivo en niños preescolares de alto riesgo asumen una importancia aún mayor en este contexto político.

La segunda conclusión de los analistas fue que la próxima generación de intervenciones debe reflejar mayor comprensión del nivel de desarrollo de los niños que las reciben. Los programas para niños de 2, 3 y 4 años pueden diferir mucho entre sí. Además, tal vez sea necesario evaluar los niveles funcionales de desarrollo en niños individualmente para ofrecer intervenciones óptimas para cada niño. Por ejemplo, algunas intervenciones enfocadas en los niños pueden apoyarse en sus habilidades verbales que, si éstas no están presentes, el programa no brindará resultados. Este punto es relevante no solo para los pequeños de distinto nivel de desarrollo sino para niños inmigrantes que asisten a las escuelas con distintos contextos de lenguaje y procedencias culturales.

Su tercera conclusión es que es necesario contar con más investigación básica sobre el desarrollo para crear nuevos programas de intervención (no se especifica el carácter preciso de dicha investigación). Gran parte de la investigación sobre desarrollo no se basa en la necesidad de crear intervenciones, si no que consiste en probar las hipótesis sobre las teorías básicas del desarrollo del niño. Se necesita una investigación enfocada al desarrollo de problemas que aporten información directa para desarrollar la intervención. Por ejemplo, la rentabilidad de los programas podría mejorar si las intervenciones se dirigieran óptimamente en función de su pertinencia para cada niño. La investigación del pasado en torno al desarrollo es útil solamente para esbozar categorías generales de agresión infantil. Necesitamos investigaciones que exploren los límites óptimos de inclusión en un programa; los beneficios de elegir niños sobre la base de una evaluación realizada en múltiples ámbitos, y los costos y beneficios de intervenir tempranamente versus después, en el transcurso del período preescolar.

Aun cuando hubo consenso general entre los analistas, algunos de sus planteamientos son un tanto contradictorios. Webster-Stratton concluyó que su intervención fue *el único* programa que ha producido resultados favorables en forma constante, mientras que los demás analistas se refirieron a otros programas que también dieron frutos positivos. Los más notables fueron:

1) el análisis de Domitrovich y Greenberg y su evaluación positiva del programa de mejoramiento de las habilidades sociales en niños de Shure^{1,2,3}, y

2) el análisis de Lochman de los programas de visitas domiciliarias de Olds⁴.

Domitrovich y Greenberg concluyeron que los programas multimodales producen resultados más favorables. Esta conclusión tiene una sólida base teórica en la

investigación del desarrollo que vincula el desarrollo del comportamiento agresivo con un complejo conjunto de factores relacionados con los niños, familias, pares, barrios y escuelas. Sin embargo, Domitrovich y Greenberg no proporcionan ejemplos de estudios que comparen enfoques uni y multimodales. Tales estudios ciertamente están justificados y serían necesarios para poder llegar a alguna conclusión.

La comparación de programas en estos tres análisis sugiere que la conceptualización de las intervenciones requiere consideración más amplia e inclusiva. Por ejemplo, Domitrovich y Greenberg examinaron programas enfocados en los padres e incluyeron únicamente iniciativas para entrenar a éstos en las habilidades del manejo conductual. No consideraron los aspectos promisorios del enfoque de visitas domiciliarias realizadas por enfermeras o practicantes tan aclamado por Lochman. Por otra parte, la totalidad de los programas considerada por estos autores produce de igual forma una gama de servicios francamente limitada. Tal vez la crítica más importante a estos estudios sea que excluyen una conceptualización más amplia de las intervenciones destinadas a prevenir el comportamiento agresivo en niños pequeños. En efecto, se podrían agregar al menos dos tipos de intervención a la lista para su consideración en este ámbito.

Una importante intervención que pueden realizar los padres es colocar al niño en un tipo de escenario específico en un punto específico de su desarrollo. Es posible que los padres elijan vivir en un barrio particular, tener empleos fuera del hogar, y tener (o no tener) más hijos durante un tiempo determinado. También es posible que decidan que su hijo(a) debe asistir a una guardería a cierta edad, y elijan el tipo de cuidado que recibirá (en una casa, en un centro, etc.). Existe cada vez más consenso en la literatura de desarrollo que colocar a un niño muy tempranamente en un ambiente de cuidado grupal podría ser dañino, así como puede ser dañino también retrasar demasiado su exposición a grupos de pares desconocidos. Estas intervenciones pueden tener efectos significativos sobre el desarrollo del comportamiento agresivo y su implementación debe considerarse en conjunto con intervenciones psicológicas estructuradas.

Otra intervención que tal vez tenga efectos más importantes en el desarrollo de la agresión infantil es el hecho de proporcionar un ambiente hogareño seguro, cálido, protector y estable. La literatura sobre el desarrollo sugiere que los niños corren el riesgo de desarrollar comportamientos agresivos si viven con una familia estresada y si son maltratados físicamente, o si son pobres. Todas las intervenciones que mitigan el estrés de los padres, que impiden que los padres maltraten físicamente a sus hijos, o ayudan a las familias a salir de la pobreza, contribuyen a evitar la agresión infantil. Por ende, los programas de bienestar, los subsidios para el cuidado infantil y las visitas domiciliarias son todas prometedoras como intervenciones preventivas frente a resultados infantiles adversos. Tal vez la próxima generación de estudios en esta área general incluya dichas intervenciones, y tal vez la nueva generación de programas enfocados a los padres incluya consideraciones similares junto con el entrenamiento para el manejo del comportamiento.

REFERENCIAS

- 1 Shure MB. *Preschool*. Champaign, Ill: Research Press; 1992. *I Can Problem Solve (ICPS): an Interpersonal Cognitive Problem-Solving Program*.
- 2 Shure MB. *Kindergarten and primary grades*. Champaign, Ill: Research Press; 1992. *I Can Problem Solve (ICPS): an Interpersonal Cognitive Problem-Solving Program*.
- 3 Shure MB. *Intermediate elementary grades*. Champaign, Ill: Research Press; 1992. *I Can Problem Solve (ICPS): an Interpersonal Cognitive Problem-Solving Program*.
- 4 Olds D, Henderson CR Jr, Cole R, Eckenrode J, Kitzman H, Luckey D, Pettit L, Sidora K, Morris P, Powers J. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *JAMA-Journal of the American Medical Association* 1998;280(14):1238-1244.

*Este artículo ha sido traducido por la Junta Nacional de Jardines Infantiles -JUNJI-
Gobierno de Chile.*

Para citar este documento:

Dodge KA. Prevención temprana del comportamiento agresivo en los niños pequeños: Comentarios sobre Webster-Stratton, Lochman, y Domitrovich y Greenberg. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia* [en línea]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2009:1-4. Disponible en: <http://www.encyclopedia-infantes.com/documents/DodgeESPxp.pdf>. Consultado [insertar fecha].

Copyright © 2009



Programas y Servicios que han Comprobado su Efectividad para Reducir la Agresión en Niños Pequeños. Comentarios sobre Webster-Stratton¹, Domitrovich y Greenberg, y Lochman

KAREN L. BIERMAN, PhD

Pennsylvania State University, EE.UU.

*(Puesto en línea, en inglés, el 20 de mayo de 2003)
(Puesto en línea, en español, el 25 de noviembre de 2009)*

Tema
Agresión

Introducción

Los artículos sobre la agresión destacan tres puntos clave. En primer lugar, los problemas de comportamiento agresivo-disruptivo constituyen el motivo más común para referir a niños a servicios de salud mental. En segundo lugar, afectan en forma desproporcionada a niños que viven en condiciones socioeconómicas desfavorables, agravando las privaciones educativas y sociales que éstos ya presentan. En tercer lugar, son muy estables y si no tienen tratamiento, aumentan el riesgo futuro de delincuencia, consumo de sustancias, depresión, fracaso escolar, y producen costos extremadamente altos a los individuos y familias involucradas, y a la sociedad en general. Existen algunas intervenciones preventivas ya probadas, pero se necesitan estrategias para mejorar su amplia difusión y la fiel implementación de prácticas basadas en la evidencia. Además, se requiere más investigación para orientar la práctica y las políticas en esta importante área.

Materia

Los artículos exponen un argumento convincente para aplicar una perspectiva desarrollista al diseño de programas de prevención para reducir la agresión temprana. Cada uno de los autores señala cómo, sin prevención, los factores de riesgo inicia¹ tienden a acumularse y aumentar con el tiempo, de manera que los niños que completan la educación preescolar sin aprender a controlar su agresión ingresan a la escuela básica con un alto riesgo de continuar e incrementar los problemas de adaptación.¹ Las consecuencias negativas incluyen rechazo y victimización de sus pares², así como una pérdida de motivación frente a la escuela y una creciente frustración,³ lo cual sienta las bases para la desidia adolescente, el fracaso escolar, el consumo de alcohol y sustancias, y las actividades delictivas.^{4,5}

¹ Comentarios sobre el documento original publicado por Carolyn Webster-Stratton en 2003. Para consultar este artículo, contáctenos en cedje-ceecd@umontreal.ca.

Problemas

Como se ha señalado, múltiples factores interactúan para poner a los niños en riesgo de violencia, entre ellos, las características temperamentales de los mismos, las prácticas parentales y procesos familiares, las experiencias escolares y las influencias de los pares. Estos factores ciertamente merecen atención en los programas de prevención.

Sin embargo, al enfocarse únicamente en reducir el comportamiento agresivo inicial, estos artículos sugieren que las conductas agresivas pueden tratarse sin considerar a la vez al “niño en su totalidad” y a sus habilidades en otras áreas de su desarrollo socio-emocional y cognitivo. Muchos de los factores de riesgo asociados con comportamientos agresivos también anticipan retrasos en el desarrollo de habilidades de lenguaje, habilidades cognitivas, y comprensión socio-emocional^{6,7}. En términos de desarrollo, la mayoría de los niños muestra comportamientos agresivos al aprender a relacionarse con los otros (en torno a los 2 o 3 años). Las habilidades verbales, emocionales, y sociales que desarrollan durante la edad preescolar les permiten inhibir sus primeros impulsos, cumplir el protocolo social y “usar sus propias palabras” para expresar insatisfacción y resolver desacuerdos. Por tanto, las intervenciones preventivas durante la primera infancia deben enfocarse no solo en disminuir la agresión, sino también fomentar el desarrollo de un amplio conjunto de competencias que permiten que los niños se conviertan en miembros positivos de su familia, sus grupos de pares y sus comunidades escolares.

Contexto de Investigación

Como se aprecia en los artículos, muchos de los programas de prevención de la agresión que cuentan con un respaldo empírico se han enfocado en niños de enseñanza primaria, mientras que relativamente pocos estudios se dedican a ellos desde el nacimiento hasta los 5 años. La mayoría de los estudios con niños pequeños se enfoca en el entrenamiento de los padres – reduciendo la agresión infantil al promover relaciones positivas entre los padres y los niños y prácticas efectivas de disciplina no punitiva.⁸ Últimamente se han diseñado programas similares para capacitar a profesores en el uso de estrategias de manejo conductual, incluyendo el establecimiento de límites claros y consecuencias no punitivas (por ejemplo, “tiempo fuera”) con el fin de reducir la agresión en la sala de clases.⁸

Además de los programas dirigidos específicamente a la agresión, algunos programas efectivos de educación temprana diseñados para promover la competencia social, emocional y cognitiva de los niños también han demostrado ser efectivos para reducir la agresión infantil.⁹⁻¹⁰ Las habilidades adaptativas en las áreas de lenguaje, auto-regulación e interacción social, promueven el control de la agresión.¹¹⁻¹⁴ Las instrucciones dirigidas del profesor, combinadas con múltiples oportunidades de práctica, *coaching* del profesor, y un entorno positivo y de apoyo en la sala de clases, pueden promover la comprensión emocional, el autocontrol y la competencia social de los niños de manera eficiente, y por ende conducir a una sostenida reducción del comportamiento agresivo.¹⁵⁻¹⁶

Preguntas Clave de Investigación

Existe un evidente consenso en torno a las preguntas clave de Investigación:

- 1) ¿Cuáles son las intervenciones preventivas más efectivas, eficientes y rentables basadas en evaluaciones de ensayos clínicos aleatorios?
- 2) ¿Cuáles son los mecanismos activos y los resultados proximales a los cuales se dirigen estos programas que parecen ser esenciales para prevenir resultados negativos a más largo plazo?
- 3) ¿Cuáles son los factores de riesgo del niño, de la familia, y de la escuela, que reducen la eficacia de estas intervenciones y requieren que el diseño de prevención se ajuste?

Se necesita que la investigación también se centre en identificar estrategias y factores asociados a la difusión amplia y a la fiel implementación de prácticas con respaldo empírico.

Resultados de Investigaciones Recientes

Los artículos describen programas de entrenamiento para padres con respaldo empírico y resultados demostrables para reducir la agresión en niños pequeños (entre los 2 y 5 años), así como intervenciones recientes basadas en la escuela, tal como *The Incredible Years Teacher Training Program (Programa de capacitación de profesores Los Años Increíbles)*, diseñado para enseñar estrategias efectivas de manejo en la sala de clases.¹⁷ Existen intervenciones prometedoras, pero no muy investigadas enfocadas en los niños, que intentan reducir el riesgo mediante el mejoramiento de habilidades sociales, emocionales y cognitivas, tales como *The Incredible Years Dinosaur Curriculum*,¹⁷⁻¹⁸ *I Can Problem Solve*,¹⁹ y el texto preescolar *Promoting Alternative Thinking Strategies*.²⁰⁻²²

A nivel de enseñanza primaria, los enfoques para prevenir la agresión incluyen cada vez más intervenciones multifacéticas que integran a los padres, al niño, y a los componentes centrados en los profesores.²³ No obstante, en este punto necesitamos desarrollar y evaluar los enfoques preescolares preventivos que apliquen intervenciones cohesivas y coordinadas integrando lo impartido en la escuela con componentes de entrenamiento de padres y consultas a profesores.^{24,16}

Conclusiones

Aunque la mayoría de las intervenciones para prevenir la agresión han sido diseñadas para niños de educación primaria y no para preescolares, la investigación de desarrollo sugiere que los esfuerzos para prevenir la agresión y los problemas relacionados de desarrollo deberían iniciarse en la primera infancia cuando el aprendizaje para controlar la agresión es una tarea normativa del desarrollo, en lugar de esperar hasta la edad escolar cuando los problemas se manifiestan con tasas clínicamente significativas.

La capacidad de controlar la agresión depende de una base de competencias del desarrollo que brindan apoyo, las cuales incluyen el lenguaje, la auto-regulación, y las habilidades sociales. Por tanto, las estrategias para promover el control de la agresión

deberían integrarse a estrategias para promover competencias en habilidades de lenguaje, auto-regulación y habilidades sociales.

Aun cuando la base de la investigación actual respalda fuertemente los programas enfocados en los padres durante la edad preescolar, los resultados más positivos y robustos se han encontrado en los programas de componentes múltiples dirigidos a diferentes ámbitos, incluyendo los padres, las habilidades infantiles y las prácticas de los profesores.

Implicaciones

Difusión estratégica de prácticas probadas

Se requieren esfuerzos destinados a desarrollar estrategias que difundan las intervenciones empíricamente validadas en el área del entrenamiento de padres comprobadamente efectivas en reducir la agresión en niños pequeños. Dada la importancia de una fiel implementación para lograr los mayores efectos, la investigación debe enfocarse en determinar estrategias óptimas para la educación y capacitación de los profesionales y métodos a fin de proporcionar asistencia y apoyo técnico permanente.

Extensión y evaluación de programas de componentes múltiples

Se requiere evaluar nuevos programas de intervención con niños en edad preescolar. Son especialmente importantes los modelos que vinculan componentes enfocados en los padres y profesores, y componentes para desarrollar habilidades infantiles, que han demostrado ser efectivos a nivel de escuela primaria.

Integración de la educación inicial y promoción de programas de salud mental

Debido a la significativa interdependencia entre el control de la agresión y el desarrollo socio-emocional positivo y de lenguaje, los programas preescolares deben esforzarse en mejorar las competencias infantiles en los ámbitos de aprendizaje cognitivo y socio-emocional. Los esfuerzos pueden ser más efectivos cuando agencias y proveedores de servicios trabajen conjuntamente en las disciplinas de educación y salud mental, vinculando estratégicamente servicios educacionales universales de prevención (como aquellos ofrecidos por las escuelas) con niveles indicados y selectivos de apoyo a la prevención (por ejemplo intervenciones para padres impartidas por agencias de salud mental y otras agencias de la comunidad) con el fin de proporcionar una red coordinada y flexible de apoyo preventivo para los niños y sus familias.

REFERENCIAS

1. Campbell SB. *Behavior problems in preschool children: Clinical and developmental issues*. New York, NY: Guilford Press; 1990.
2. Eisenberg N. *Altruistic emotion, cognition, and behavior*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1986.
3. Dodge KA, Bates JE, Pettit GS. Mechanisms in the cycle of violence. *Science* 1990;250(4988):1678-1683.

4. Cairns RB, Neckerman HJ, Cairns BD. Social networks and the shadows of synchrony. In: Adams GR, Montemayor R, eds. *Biology of adolescent behavior and development. Advances in adolescent development: An annual book series*, Vol 1. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1989:275-305.
5. Dishion TJ, Skinner M. A process model for the role of peer relations in adolescent social adjustment. Paper presented at: Biennial meeting of the Society for Research in Child Development; April, 1989; Kansas City, MO.
6. Lengua LJ. The contribution of emotionality and self-regulation to the understanding of children's response to multiple risk. *Child Development* 2002;73(1):144-161.
7. Sameroff AJ, Seifer R. Early contributors to developmental risk. In: Rolf JE, Masten AS, Cicchetti D, Neuchterlein KH, Weintraub S, eds. *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. Cambridge, MA: Cambridge University Press; 1990:52-66.
8. Webster-Stratton C. Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1998;66(5):715-730.
9. Consortium on the School-Based Promotion of Social Competence. The school-based promotion of social competence: Theory, research, practice, and policy. In: Haggerty RJ, Sherrod LR, Garmezy N, Rutter M, eds. *Stress, risk, and resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms, and interventions*. New York, NY: Cambridge University Press; 1994:268-316.
10. Zigler E, Taussig C, Black K. Early childhood intervention: A promising preventative for juvenile delinquency *American Psychologist* 1992;47(8):997-1006.
11. Barkley RA. Attention-deficit/Hyperactivity disorder. In: Mash EJ, Barkley RA, eds. *Child Psychopathology*. New York, NY: Guilford Press; 1996:63-112.
12. Greenberg MT, Kusche CA, Speltz M. Emotional regulation, self control, and psychopathology: The role of relationships in early childhood. In: Cicchetti D, Toth SL, eds. *Internalizing and externalizing expressions of dysfunction: Rochester symposium on developmental psychopathology*, Vol 2. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1991:21-55.
13. Ladd GW. Having friends, keeping friends, making friends, and being liked by peers in the classroom: Predictors of children's early school adjustment. *Child Development* 1990;61(4):1081-1100.
14. Vitaro F, Tremblay RE, Gagnon C, Boivin M. Peer rejection from kindergarten to grade 2: Outcomes, correlates, and prediction. *Merrill-Palmer Quarterly* 1992;38(3):382-400.
15. Kusche CA, Greenberg MT. *The PATHS Curriculum*. Seattle, WA: Developmental Research and Programs; 1994.
16. Weissberg R., Greenberg MT. Community and school prevention. In: Siegel I, Renninger A, eds. *Child psychology in practice*. New York, NY: John Wiley & Sons; 1998:877-954. Damon W, ed. *Handbook of child psychology*; Vol 4. 5th ed.
17. Webster-Stratton C, Hammond M. Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1997;65(1):93-109.

18. Webster-Stratton C, Reid J, Hammond M. Social skills and problem-solving training for children with early-onset conduct problems: Who benefits? *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 2001;42(7):943-952.
19. Shure MB. *I Can Problem Solve: An interpersonal cognitive problem solving program*. Champaign, IL: Research Press; 1992.
20. Domitrovich CE, Greenberg MT, Kusche C, Cortes R. *Manual for the Preschool PATHS Curriculum*. Philadelphia, PA: Pennsylvania State University; 1999.
21. Bierman KL, Coie JD, Dodge KA, Greenberg MT, Lochman JE, McMahon RJ, Pinderhughes EE. Initial impact of the Fast Track prevention trial for conduct problems: I. The high-risk sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1999;67(5):631-647.
22. Greenberg MT, Kusche CA. *Promoting social and emotional development in deaf children: The PATHS Project*. Seattle, WA: University of Washington Press; 1993.
23. Tremblay RE, LeMarquand D, Vitaro F. The prevention of oppositional defiant disorder and conduct disorder. In: Quay HC, Hogan AE, eds. *Handbook of disruptive behavior disorders*. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 1999:525-555.
24. Bierman KL, Coie JD, Dodge KA, Greenberg MT, Lochman JE, McMahon RJ. A developmental and clinical model for the prevention of conduct disorders: The FAST Track Program. *Development and Psychopathology* 1992;4(4):509-527.

*Este artículo ha sido traducido por la Junta Nacional de Jardines Infantiles -JUNJI-
Gobierno de Chile.*

Para citar este documento:

Bierman KL. Programas y servicios que han comprobado su efectividad para reducir la agresión en niños pequeños. Comentarios sobre Webster-Stratton, Domitrovich y Greenberg, y Lochman. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia* [en línea]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2009:1-6. Disponible en : <http://www.encyclopedia-infantes.com/documents/BiermanESPxp.pdf>. Consultado [insertar fecha].

Copyright © 2009



Apoyo a Niños Pequeños y sus Familias para Reducir la Agresión. Comentarios sobre Webster-Stratton¹, Domitrovich y Greenberg, y Lochman

DEBRA J. PEPLER, PhD

*LaMarsh Centre for Research on Violence
and Conflict Resolution, CANADÁ*

*(Puesto en línea, en inglés, el 6 de junio de 2003)
(Puesto en línea, en español, el 25 de noviembre de 2009)*

Tema
Agresión

Introducción

En las últimas dos décadas, los temas de agresión infantil han salido claramente a la palestra. Gracias a las primeras investigaciones basadas en la observación realizadas por Patterson y sus colegas,¹ hemos aprendido que en algunos niños los patrones conductuales agresivos no disminuyen con el desarrollo del lenguaje y de las habilidades sociales. Estos niños, que muestran elevados niveles de agresión en la primera infancia, corren el riesgo de seguir presentando los problemas durante la niñez y la adolescencia.² El desafío, por tanto, es encontrar maneras de apoyar a estos niños pequeños y sus familias para reducir la agresión y promover capacidades sociales positivas. Carolyn Webster-Stratton, Mark Greenberg, y John Lochman son algunos de los investigadores más prominentes en el tema de la prevención y el tratamiento de la agresión infantil. Sus programas para niños agresivos son ejemplares en términos de sus fundamentos teóricos y empíricos, así como sus rigurosas evaluaciones. En estos textos, los autores exponen las ideas principales de la investigación que intenta desentrañar la naturaleza de la agresión en los niños pequeños y las estrategias para apoyar un desarrollo óptimo.

Investigación y Conclusiones

En su reseña sobre la agresión en niños pequeños, Webster-Stratton destaca la importancia de contar con una perspectiva sistémica de desarrollo para comprender los comportamientos agresivos e intervenir. En su comentario, Webster-Stratton elabora una perspectiva del niño en desarrollo. Puesto que los problemas de la conducta agresiva tienden a cristalizarse con la edad, el momento óptimo para intervenir es la primera infancia. Además, a medida que se expanden los mundos sociales de los niños, sus interacciones con otros implican riesgos adicionales para la consolidación de patrones de

¹ Comentarios sobre el documento original publicado por Carolyn Webster-Stratton en 2003. Para consultar este artículo, contáctenos en cedje-ceecd@umontreal.ca.

comportamiento agresivo. Por lo tanto, el foco de la intervención que inicialmente se encuentra en el contexto familiar, se expande hasta abarcar los contextos escolares y de los pares. Webster-Stratton ha respondido a un frecuente llamado por intervenciones empíricamente validadas. Sus intervenciones son algunas de las pocas que han sido evaluadas rigurosamente y han demostrado ser efectivas en reducir el comportamiento agresivo en niños pequeños.

Domitrovich y Greenberg han seguido la línea de Webster-Stratton en cuanto a sus intervenciones preventivas para reducir la agresión en niños pequeños. Destacan la seriedad de los problemas de comportamiento agresivo, que de no ser tratados, pueden ser los cimientos de resultados desfavorables durante la niñez y la adolescencia, y hasta la adultez. Domitrovich y Greenberg destacan la importancia de la prevención temprana para reducir los riesgos, y explican que a medida que los niños se desarrollan, los factores de riesgo relacionados con sus comportamientos problemáticos tienden a acumularse y a conducir a los niños con problemas por un camino de inadaptación. Estos autores también destacan la importancia de la interacción de los niños cuando éstos pasan a la escuela y participan en grupos de pares. Sus opiniones respecto de la investigación de intervenciones son similares a las de Webster-Stratton y Lochman ya que identifican las intervenciones enfocadas en los padres como las más efectivas para reducir problemas conductuales en niños pequeños. En cuanto al desarrollo, el foco de las intervenciones preventivas debería extenderse para incluir las habilidades sociales y la resolución de problemas de los niños, además del contexto de la sala de clases. Domitrovich y Greenberg se suman al llamado de Webster-Stratton de generar más intervenciones en los primeros años, cuando la maleabilidad de los problemas conductuales de los niños y el potencial de cambio son mayores.

El artículo de Lochman complementa la idea, enfocándose en programas efectivos para los problemas de comportamiento agresivo en niños pequeños. Apoyándose en investigaciones longitudinales sobre resultados desfavorables para niños agresivos, Lochman recalca la importancia de las intervenciones, debido al alto costo de la agresión infantil para los propios niños y sus familias, además de la sociedad en su conjunto. Lochman observa que estas intervenciones deben aplicarse en la primera infancia de un niño, ya que, con el tiempo, se suman los factores de riesgo familiar y personal asociados a la agresión continua. Lochman también presenta una perspectiva sistémica de los problemas de agresión, refiriéndose a la investigación de la cascada de riesgos en una etapa, los cuales desencadenan riesgos en una etapa posterior. Por ejemplo, un niño agresivo con escasa competencia social no estará en condiciones de mantener relaciones positivas con sus pares, e incluso con sus profesores. Esta incapacidad para establecer relaciones produce experiencias de rechazo, incluso dentro de los contextos sociales. Lochman expone pautas para la consideración de intervenciones que cruzan las perspectivas de desarrollo y sistémicas. En distintas etapas de desarrollo, se pueden establecer distintas metas de habilidades sociales dentro de los contextos sociales en continua expansión. En relación a los primeros periodos de la infancia, Lochman cita estudios de eficacia para los programas de visitas domiciliarias que promueven interacciones positivas entre padres e hijos y habilidades parentales. Con respecto al período preescolar, destaca la efectividad de las intervenciones de Webster-Stratton con

padres y las de Eyberg con padres y niños. Puesto que la relación padres-hijos es el contexto primario de socialización en los primeros años, mejorar la capacidad de interactuar de manera positiva y no hostil entre padres e hijos debe ser un componente importante en los programas efectivos para niños pequeños. Lochman concluye que se requiere investigar un número considerablemente mayor de intervenciones en niños pequeños agresivos y que estas intervenciones deben adaptarse a las tareas de desarrollo y a los contextos sociales en las distintas etapas de desarrollo inicial.

Implicaciones para los Servicios

Estos tres artículos, en conjunto, ofrecen pautas fundamentales para quienes proporcionan o planifican servicios para niños pequeños y sus familias. En primer lugar, la agresión en niños pequeños no es algo que “se les quita con el tiempo”, sino un problema que crece y coloca a los pequeños y a quienes les rodean en riesgo de enfrentar serios problemas durante la niñez, la adolescencia y la adultez. Por lo tanto, la intervención resulta esencial para desviar la trayectoria disfuncional de los niños agresivos. En segundo lugar, las intervenciones tempranas son las más auspiciosas porque los comportamientos de los niños y de sus padres son más maleables en los primeros años. Consecuentemente, el foco de los esfuerzos de intervención debe extenderse para incluir un esfuerzo concertado, para promover interacciones sociales positivas durante la lactancia y la primera infancia. En tercer lugar, aun cuando se requiere focalizarse en el niño, ello no es suficiente. En la lactancia y la primera infancia, las intervenciones más efectivas refuerzan la capacidad de los padres para apoyar el desarrollo saludable de sus niños. A medida que los mundos sociales de los niños se expanden, éstos ingresan a contextos sociales más complejos y demandantes en sus escuelas y grupos de pares. En los niños socialmente competentes, estas relaciones pueden promover el desarrollo y la competencia social; sin embargo, en niños agresivos, éstas presentan factores de riesgo adicionales porque los profesores y los pares eventualmente reaccionan con rechazo ante las dificultades de sostener una relación con ellos. De esta manera, los problemas de interacción que los niños agresivos experimentaron con los padres y en sus casas se reflejan en las relaciones que se establecen en los contextos más amplios. Por ende, a medida que los niños se desarrollan, se requiere que el foco de las intervenciones se extienda de relaciones padres-hijos a los contextos de escuelas y grupos de pares. Si no se realizan cambios en estos contextos importantes para el desarrollo, persistirán las dinámicas que provocan respuestas agresivas en los niños pequeños. Además, no podemos confiar en que las intervenciones en una etapa y en un contexto sean suficientes. Es posible que los niños agresivos necesiten apoyo permanente mientras negocian nuevos desafíos de desarrollo en su paso por distintos contextos sociales.

Aun cuando surgen pautas coherentes en las investigaciones examinadas por los tres artículos, todavía queda mucho por aprender respecto de las intervenciones para apoyar el desarrollo óptimo de los niños agresivos. No todos los niños agresivos son iguales y los factores de riesgo asociados a sus trayectorias disfuncionales varían enormemente. A medida que avancemos en nuestros esfuerzos por apoyar a los niños agresivos y a sus familias, necesitaremos reconocer no solamente las similitudes en sus riesgos y trayectorias de desarrollo, sino también las diferencias. Las intervenciones adaptadas a las necesidades específicas de los niños agresivos y de sus familias tendrán mayor éxito en

cambiar los patrones de interacción y promover la capacidad de relacionarse. Gran parte de la investigación de intervenciones para niños agresivos validada empíricamente ha sido realizada con varones ya que la prevalencia de sus problemas de comportamiento agresivo es superior a la de las niñas y sus comportamientos agresivos son generalmente más notorios. Sin embargo, la estabilidad de los problemas de comportamiento agresivo de niñas es similar a la de los niños y los problemas que experimentan en la adolescencia y la adultez son igualmente preocupantes.³⁻⁵ Aún no está claro si las intervenciones estandarizadas para reducir los problemas de comportamiento agresivo son igualmente efectivas para niñas y niños. Entre otras cosas, se debe destacar que las relaciones son de gran importancia para las niñas y pueden comprender un importante foco de intervención adaptado para niñas agresivas.⁶

En la última década hemos avanzado sustancialmente en la comprensión del desarrollo y la efectividad de las intervenciones para niños agresivos. Hoy el desafío es identificar a los niños y las familias en riesgo antes de que los comportamientos problemáticos se afiancen y antes de que los sistemas de los diferentes contextos de actividad de los niños comiencen a marginar a quienes tienen problemas de comportamiento agresivo. Si ignoramos a estos niños cuando son pequeños y cuando el desafío de criarlos recae en los padres, perderemos la oportunidad de fomentar su capacidad de relacionarse con los demás en la escuela, con sus grupos de pares, en el lugar de trabajo, en las relaciones sentimentales, y en sus propias familias. El costo de la intervención temprana parece mínimo comparado con el inmenso costo de contención y reparación asociado con el desarrollo disfuncional. Con la intervención temprana, tenemos la esperanza de situar a estos niños con problemas en un camino positivo.

REFERENCIAS

1. Patterson GR. *Coercive family process*. Eugene, Ore: Castalia Publishing; 1982.
2. Campbell SB, Shaw DS, Gilliom M. Early externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology* 2000;12(3):467-488.
3. Huesmann LR, Eron LD, Lefkowitz MM, Walder LO. Stability of aggression over time and generations. *Developmental Psychology* 1984;20(6):1120-1134.
4. Moffitt TE, Caspi A, Rutter M, Silva P. *Sex differences in antisocial behaviour: Conduct disorder, delinquency, and violence in the Dunedin Longitudinal Study*. Cambridge: Cambridge University Press; 2001.
5. Robins LN. The consequences of conduct disorder in girls. In: Olweus D, Block J, Radke-Yarrow M, eds. *Development of antisocial and prosocial behavior: Research, theories, and issues*. Orlando, FL: Academic Press; 1986:385-414.
6. Walsh MM, Pepler DJ, Levene KS. A model intervention for girls with disruptive behaviour problems: The Earls court Girls Connection. *Canadian Journal of Counselling* 2002;36(4):297-311.

AGRESIÓN

*Este artículo ha sido traducido por la Junta Nacional de Jardines Infantiles -JUNJI-
Gobierno de Chile.*

Para citar este documento:

Pepler DJ. Apoyo a niños pequeños y sus familias para reducir la agresión. Comentarios sobre Webster-Stratton, Domitrovich y Greenberg, y Lochman. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia* [en línea]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2009:1-5. Disponible en: <http://www.encyclopedia-infantes.com/documents/PeplerESPxp.pdf>. Consultado [insertar fecha].

Copyright © 2009