

## **INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN AGRESIÓN: TÉCNICAS, PROGRAMAS Y PREVENCIÓN**

### **PSYCHOLOGICAL INTERVENTION ON AGGRESSION: TECHNIQUES, PROGRAMMES AND INTERVENTION**

MARCELA PAZ GONZÁLEZ-BRIGNARDELLO Y MIGUEL ÁNGEL CARRASCO ORTIZ  
Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

#### **Resumen**

La conducta agresiva y la violencia han pasado a tener un lugar de relevancia en los problemas de nuestra sociedad, requiriendo intervenciones a múltiples niveles: individual, de grupo y también un abordaje a nivel de sistema. Presentamos las estrategias más utilizadas en el campo de la intervención para reducir el comportamiento agresivo, posteriormente haremos referencia a los programas que las incluyen, programas multicomponentes y programas multimodales. Debido a la estabilidad y la relación existente entre la conducta agresiva infantil y el desarrollo de trastornos de conducta y delincuencia posterior, nos referiremos también a los programas que se implementan en el área de la prevención, primaria y secundaria, es decir, de aplicación a nivel universal y aplicación sobre grupos de riesgo.

#### **Palabras Clave**

Agresión, violencia, prevención, intervención.

#### **Abstract**

The aggressive behavior and the violence have passed to take a place of relevance in the problems of our society, requiring interventions at multiple levels: singular, of group and also a boarding at system level. We present here, the strategies more used in the field of the intervention to reduce the aggressive behavior, and later we will make reference to the programs that include them, multicomponents and multimodalities programs. Due to the stability and the existent relationship between the infantile aggressive behavior and the development of behavior dysfunctions and later delinquency, we will also refer to the programs that are implemented in the prevention area, primary and secondary, from application to universal level and application at risk groups.

#### **Key Words**

Aggression, violence, prevention, intervention

## Introducción

Dentro del numeroso volumen de investigaciones e informes publicados acerca del tratamiento de las conductas agresivas, violentas y delictivas, nos encontramos con gran diversidad de enfoques y estrategias, basadas en diferentes marcos teóricos y aplicados que se focalizan, en mayor o menor medida, sobre aquellas variables que han resultado relevantes desde los hallazgos empíricos. Un gran cuerpo de informes y artículos se refiere a programas implementados a diferentes edades, contextos y poblaciones para reducir dichas conductas. En este artículo, pondremos énfasis en aquellos programas que han sido diseñados tomando en cuenta un marco de aplicación en un determinado contexto de desarrollo y, como no puede ser de otra manera, en poblaciones diagnosticadas por su comportamiento violento o agresivos, como es el caso de niños con trastorno disocial, trastorno negativista desafiante u otros problemas de conducta.

A partir del análisis de estudios longitudinales (Olweus, 1979; Loeber et al., 1993) se han hallado altos niveles de consistencia de la conducta agresiva a lo largo del desarrollo. Coie, Lochman, Ferry y Hyman (1992) han encontrado que la conducta agresiva en la edad escolar es un buen predictor de delincuencia o de trastorno de conducta en la adolescencia, más aún si se acompaña de rechazo por parte de los pares. Los programas preventivos aplicados a niños, que presentan conducta agresiva en la infancia, intentan interrumpir esta secuencia de mantenimiento y progresión desviada. Del mismo modo, los programas preventivos aplicados a la población general, intentan desarrollar los factores protectores para que al llegar a determinadas etapas del desarrollo, por ejemplo la adolescencia, los niños se encuentren protegidos e inmunes al desarrollo de conductas agresivas futuras.

La revisión analizada que se expone en este artículo, menciona las distintas aproximaciones teóricas que dan sustento a las propuestas de intervención. Estas propuestas se han organizado en dos niveles: en un nivel más molecular centrado en las técnicas y estrategias que han abordado el problema de la conducta violenta y

en un nivel más molar, en el que se revisan los programas multicomponentes y preventivos hallados. Finalmente, se hace una breve reseña sobre los estudios de eficacia de las intervenciones expuestas.

## Diferentes bases teóricas

Desde las teorías psicodinámicas, se ha conceptualizado la agresión como un impulso que está en conflicto con la realidad externa, y por lo tanto, se hace necesario realizar continuos ajustes basados en la sublimación, un proceso por el cual el sujeto aprende a suprimir y redirigir las tendencias agresivas, en conductas más apropiadas socialmente. El tratamiento psicodinámico utiliza estrategias de asociación libre y de *insight* terapéutico para ayudar a los sujetos a desarrollar una comprensión de la agresión y el papel de la ira en dicha conducta (Ewen, 1988). En este marco, se conceptualiza la agresividad como un mecanismo catártico que permitiría la liberación de los impulsos destructivos. Sin embargo, el valor catártico de la agresión permanece ambiguo y confuso. En relación con esto, durante los años 60 y 70, se extendió la recomendación, por parte de terapeutas, de realizar la libre y abierta expresión de los "sentimientos agresivos" como un mecanismo para evitar la represión de la agresión y por tanto, los efectos adversos que sobre el cuerpo esto tendría. Los defensores de la hipótesis de la catarsis creen que se produce una descarga de energía que en sí es beneficiosa y que puede hacerse a través de la simulación de la agresión. No obstante, numerosa investigación al respecto señala que la mera expresión de los impulsos agresivos a través de las actividades de violencia simulada no consigue una reducción de éstos sino que, más bien, aumentan la agresividad (Berkowitz, 1996).

Por su parte, las teorías conductuales han entendido la agresividad y las conductas de agresión como conductas aprendidas. Éstas ocurren y se mantienen a partir de las contingencias de reforzamiento y castigo inadecuado. Las intervenciones conductuales se centran en el desaprendizaje de la conducta agresiva y el reaprendizaje de conductas no agresivas, gracias a estrategias específicas que incluyen: a) el uso

de reforzamiento primario y secundario, b) la aplicación de castigo de forma apropiada y consistente, y c) la combinación de contingencias de refuerzo y castigo para cambiar las múltiples dimensiones de la conducta agresiva. Este modelo teórico aporta, como veremos, un fuerte componente de intervención dirigido a padres, con el objetivo de entrenar en el manejo adecuado de contingencias.

Desde la perspectiva del aprendizaje social, se plantea que el desarrollo de la agresión se realiza a través de la observación de las conductas violentas de otros y de las consecuencias que a éstos le siguen y, por lo tanto, se trata de un fenómeno aprendido vicariamente (Bandura, 1973). Entre las estrategias que se utilizan para intervenir en el comportamiento violento, se encuentran el uso de técnicas de modelado consistentes en la observación, imitación y ensayo de conductas incompatibles con la conducta agresiva.

El modelo cognitivo ha considerado la conducta agresiva como una manifestación del sistema personal de constructos y de los pensamientos irracionales que emanan de aquél. Este modelo se focaliza en la secuencia encadenada de eventos externos e internos, encadenamiento que se observa claramente entre la ira, la hostilidad y la conducta agresiva, y donde se entrelazan pensamientos automáticos que serán el foco de las estrategias de intervención: identificación, sustitución por pensamientos más adaptativos y racionales y construcción de creencias personales alternativas (Deffenbacher, Dahlen, Lynch et al, 2000). Las intervenciones dentro de este modelo irán dirigidas, entre otras, a las percepciones, expectativas, auto-afirmaciones y creencias relacionadas con las situaciones de agresividad.

Dentro de las estrategias cognitivo-conductuales, se han utilizado combinaciones de técnicas de modificación de conducta junto con técnicas de orientación cognitiva. De ese modo, la ira y la agresión son modificadas aplicando una variedad de contingencias de reforzamiento y castigo (abierto y encubierto) mientras se modifican los pensamientos acerca de las situaciones que provocan las conductas exteriorizadas. Las técnicas cognitivo-conductuales utilizan una gran amplitud de estrategias de intervención

que incluyen más de 2 o 3 técnicas, tales como entrenamiento en habilidades sociales, educación afectiva y resolución de problemas (Fariz, Mías y Moura, 2002; Sukhodolsky, Kassinove y Gorman, 2004).

En los modelos socio-cognitivos se ha conceptualizado la conducta agresiva como la consecuencia de una inadecuada resolución de problemas interpersonales y de entendimiento interpersonal. En estos modelos, una persona agresiva se caracteriza por malinterpretar las situaciones sociales, percibiendo amenaza y provocación cuando no existen. Estas percepciones son acompañadas frecuentemente de sentimientos de ira y hostilidad, elección de soluciones desadaptativas y expectativas inadecuadas acerca del uso de la agresión como solución a los problemas sociales. Las estrategias de intervención sociocognitivas se basan en el desarrollo de habilidades de resolución de problemas interpersonales, reatribución y empatía, entre otras.

Frente a un comportamiento complejo que incluye diferentes niveles de análisis: situacional, fisiológico, conductual, cognitivo, comunicacional, sistémico, etc., es evidente que se hayan desarrollado programas multimodales con estrategias de probada eficacia, en las diferentes aproximaciones teórico-prácticas. Estos programas suelen incluir estrategias conductuales, cognitivas, motivacionales y prosociales (Kassinove y Tafrate, 2005).

## **Estrategias y técnicas empleadas en la reducción de la agresividad**

Como ya hemos comentado, existe una gran diversidad de técnicas y estrategias provenientes de los diferentes marcos teóricos, cuyo objetivo es reducir la agresividad. Normalmente, estas técnicas se dan en compañía unas de otras, formando intervenciones multimodales. En la siguiente tabla (tabla n.º 1) podemos ver un catálogo de estrategias y técnicas derivadas de los diferentes modelos teóricos.

La bibliografía de los últimos años, nos otorga un cierto número de estrategias de intervención destinadas a diferentes poblaciones, como también en diferentes contextos y modalidades

TABLA 1. Estrategias y Técnicas Derivadas de Los Diferentes Modelos Teóricos

Modelo teórico	Estrategias y técnicas
Modelos psicodinámicos	Terapia del entorno; Psicoterapia; Catarsis
Modelos conductuales	Modelado conductual; Economía de fichas o programa de puntos; Coste de respuesta; Tiempo fuera; Ensayo conductual; Establecimiento de Contrato; Relajación; Bio-Feedback y Autoobservación del arousal de ira; Exposición; Relajación
Modelos cognitivo-conductuales	Auto-instrucciones; Habilidades de afrontamiento; Autocontrol y control emocional; Educación afectiva; Entrenamiento en habilidades sociales; Aumento de autoestima; Aumento de autoeficacia; Desarrollo de asertividad; Inoculación de estrés; Role-playing; Relajación; Habilidades en solución de problemas sociales.
Modelos cognitivos	Entrenamiento atribucional; Reestructuración cognitiva; Resolución de problemas; Razonamiento ético; Adopción de perspectiva
Modelos de aprendizaje social	Grupo de pares; Modelado de conductas alternativas; Desarrollo habilidades prosociales
Modelos cognitivo-sociales	Resolución de problemas interpersonales; Resolución de conflictos; Discusión de dilemas; Juego cooperativo; Ayuda entre iguales y apoyo social; Desarrollo de autoeficacia en respuestas asertivas vs agresivas; Entrenamiento atribucional sobre claves sociales; Habilidades prosociales
Modelos sistémicos	Terapia familiar sistémica, comunicación

de aplicación individual y grupal. Igualmente, encontramos estrategias de aplicación centradas en el individuo frente a otras que incluyen técnicas destinadas al contexto o sistema en el cual se manifiesta la conducta violenta. Las referencias más frecuentes y avaladas por datos de adecuada eficacia para la reducción de la conducta agresiva, se realizan sobre intervenciones de tipo conductual, cognitivas y cognitivo-conductuales (Beck y Fernández, 1998; Suckhodolsky, Kassinove y Gorman, 2004). Se mencionan a continuación las principales estrategias citadas:

### *Técnicas conductuales*

Dentro de las técnicas más conductuales, y fundamentalmente en contextos residenciales, instituciones psiquiátricas y prisiones se han utilizado **Programas de puntos y coste de respuesta**. Goldstein y Keller (1987) refieren que, en comparación con otras técnicas conductuales, como son la extinción y el tiempo fuera, las estrategias combinadas de coste de respuesta y

reforzamiento positivo mediante economía de fichas se mostraron más eficaces en jóvenes muy agresivos.

### *Técnicas cognitivas y cognitivo-conductuales*

– **Entrenamiento en autoinstrucciones.** Se basa en la modificación de aquellas autoinstrucciones desadaptativas que acompañan la conducta agresiva y la instauración de autoinstrucciones más positivas y adaptativas que sustituyan a las anteriores. Meichenbaum y Goodman (1971) realizaron los primeros experimentos de utilización de autoinstrucciones dirigidas a reducir la conducta impulsiva en niños en situaciones específicas. Posteriormente se ha utilizado esta técnica con resultados positivos en adolescentes impulsivos (Snyder y White, 1979).

– **Entrenamiento en habilidades sociales.** Se trata de una secuencia de procedimientos que tienen como objetivo promover el desarrollo

o aumento de las habilidades para responder adecuadamente a situaciones interpersonales específicas. Este entrenamiento parte de dos premisas: a) la comprensión de las conductas agresivas, como productos de la falta de habilidades para negociar competentemente en situaciones de conflicto y b) la influencia de los iguales. Se utilizan como estrategias específicas: instrucciones, modelado, *role playing* o ensayo conductual, discusión, retroalimentación y asesoramiento. Se ha utilizado con eficacia en adolescentes delincuentes, como lo muestra el informe de casos presentado por Elder, Edelstein y Narick (1979). Estos autores aplicaron el entrenamiento en los contextos específicos en los cuales los sujetos habían presentado la conducta violenta. Los resultados mostraron mejoría en las habilidades entrenadas, así como en la conducta social general.

- **Entrenamiento en autocontrol.** Es una intervención destinada a lograr la autorregulación de la conducta mediante autoobservación, autoinstrucciones, autorreforzamiento y estrategias de autorregulación de la activación fisiológica. Esto último, a través del entrenamiento en técnicas de respiración y relajación. En este entrenamiento se enseña al sujeto a atender y percibir correctamente las claves fisiológicas que indican el comienzo de la ira y la agresividad.

- **Entrenamiento en solución de problemas sociales.** Este entrenamiento pretende fortalecer las habilidades para solucionar problemas interpersonales y evitar conflictos y el consecuente riesgo de conductas violentas. Se suele realizar en intervenciones breves, entre 6 y 12 sesiones (Nangle, Erdley y Carpenter, 2002). La intervención pionera se aplicó a niños preescolares (Spivack y Shure, 1974) y posteriormente ha sido adaptada a otros rangos de edad. Dentro de este entrenamiento se incluyen estrategias específicas, tales como entrenamiento en auto-dirección de la atención a ciertos aspectos de la tarea o situación; modelado y reforzamiento de conductas prosociales como respuesta a las situaciones. En este tipo de intervenciones, el terapeuta tiene un rol activo modelando los procesos cognitivos, haciendo manifestaciones verbales, dando *feedback*, etc.

- **Entrenamiento en control de la ira:** Se trata de una de las más extendidas técnicas de

intervención cognitivo-conductual referida a la conducta agresiva. Las formas predominantes de tratamiento para la ira, desde los años 70, han sido las terapias basadas en inoculación de estrés (Meichenbaum y Deffenbacher, 1988), y más concretamente su adaptación por parte de Novaco (1975). Además, varias intervenciones para la ira se han basado en la teoría cognitivo-social y usan procedimientos cognitivo conductuales para acceder a modificar los mediadores cognitivos que se cree que están relacionados con la experiencia de la ira: procesos atribucionales, percepción sesgada de las claves sociales y deficientes habilidades de solución de problemas sociales. Novaco (1975), en su adaptación del entrenamiento en inoculación de estrés de Meichenbaum (1975), desarrolla una intervención en tres fases. La primera de ellas consta de: reencuadre cognitivo, entrenamiento en relajación, uso de imágenes, modelado, y *role-playing* para mejorar el afrontamiento con las situaciones problemáticas. La segunda fase, incluye el desarrollo de habilidades de relajación. Finalmente, en la fase de ensayo, el cliente es expuesto a situaciones provocadoras de ira durante las sesiones, utilizando imágenes o *role-playing*. Esta línea de tratamiento puede ser complementada con técnicas alternativas como resolución de problemas, manejo de conflictos y entrenamiento en habilidades sociales como se muestra en el modelo de Lochman y Lenhart (1993). En una intervención grupal intensiva breve sobre el manejo de la ira, destinada a 87 delincuentes jóvenes en prisión, Ireland (2004) refiere disminución significativa de la conducta de ira observada, igualmente de las conductas autoinformadas, pensamientos y sentimientos.

Las técnicas cognitivo conductuales, aplicadas para el manejo de la ira, se han estructurado frecuentemente en 3 fases: a) preparación cognitiva, donde se incluye la identificación de las situaciones a trabajar, la identificación de las claves ambientales y las auto-afirmaciones para reencuadrar la situación y facilitar respuestas adaptativas; b) adquisición de habilidades de relajación, en presencia del estímulo o situación provocadora de ira, y c) fase de repetición, en la cual los sujetos son expuestos a situaciones provocadores de ira usando *role-playing* o imaginación (Beck y Fernández, 1998)

- **Terapia de pares o iguales.** La terapia de pares es una modalidad de tratamiento desarrollada dentro de una perspectiva evolutiva y desde un marco sociocognitivo. Principalmente, se dirige a las dificultades sociales encontradas a lo largo del desarrollo. Se trata de un proceso en el cual se replican las relaciones de amistad de larga duración. No se trata sólo de una intervención terapéutica, sino más bien de un método de prevención útil en diversos contextos (Selman y Schultz, 1990). La propuesta de Selman y Schultz (1990) consiste en veinticuatro sesiones de una hora de duración a lo largo de doce semanas. En las sesiones participan dos estudiantes y un terapeuta con un doble propósito: por una parte, el control de los alumnos de sus expresiones de ira y, por otra, la disminución de las conductas agresivas en clase. En dichas sesiones se trabaja el aumento del nivel de entendimiento interpersonal implicando a los participantes en una relación de amistad. Entre sus componentes destacan, el uso del *role-playing* y la exposición de sus propias percepciones, pensamientos, sentimientos y conductas manifiestas en aquellas situaciones que han reaccionado con ira y agresión.

- **Juego prosocial:** Basado en la importancia que el juego presenta en la socialización infantil, Garaigordobil (2004) desarrolla y evalúa los efectos de un programa de juego prosocial sobre la conducta social en niños de 10 a 11 años. Realizado en ambiente escolar y llevado a cabo por la profesora del grupo, consiste en la realización de una sesión de juego semanal de dos horas de duración, con 2 o 3 actividades lúdicas y sus respectivos debates. El programa está compuesto de 5 características estructurales: participación, comunicación, cooperación, ficción-creación y diversión. Un ejemplo de las actividades propuestas son los "cuentos morales", en los cuales, grupos de 4 o 5 niños, deben inventar cooperativamente un cuento que contenga alguna enseñanza moral, que luego se representan y sobre los cuales se debate. Los resultados indican que los niños incrementaron sus conductas asertivas, disminuyendo las agresivas, antisociales y delictivas. Ortega (2004) nos da una interesante visión del rol del juego entre iguales, analizándolo en relación con la utilidad que presta a la resolución de conflictos y al aprendizaje de normas sociales, a partir de marcos simulados de conflictividad.

## **Intervenciones farmacológicas**

Además de las técnicas psicológicas mencionadas, en ocasiones, y sobre todo para casos de alto nivel de agresión y violencia, como pueden ser casos de autolesión y riesgo de daño a otras personas, se suelen realizar intervenciones farmacológicas. Estas intervenciones frecuentemente se presentan en paralelo a la intervención psicológica. La farmacoterapia es de elección en dichos casos y, especialmente, en casos con patología orgánica, psicótica o de retraso mental. También está indicada en aquellas personas cuyas conductas agresivas no logran ser reducidas o en el transcurso de un proceso terapéutico. El tratamiento farmacológico de la agresividad presenta dos vertientes: una, destinada al tratamiento de los episodios de agresividad aguda, y la otra, referida al tratamiento de la agresividad crónica (para una revisión, López-Muñoz, Álamo y Cuenca, 1999). En el caso de episodios agudos se utilizan, para obtener una "tranquilización rápida" neurolépticos de alta potencia, tales como haloperidol o clorpromazina. En combinación con neurolépticos, o como alternativa a ellos se encuentran las benzodiazepinas, como el diazepam y el lorazepam. También se suele recurrir a los barbitúricos, como el amobarbital sódico o el fenobarbital, las sales de litio, la carbamazepina y el propranolol.

En el tratamiento de las conductas agresivas crónicas, se utilizan antipsicóticos atípicos como risperidona y clozapina, sobre todo, en trastornos psicóticos, retraso mental, autismo o déficit de atención con hiperactividad. En algunos casos, ansiolíticos como benzodiazepinas -diazepam, lorazepam, oxazepam, clordiazepóxido- pero debido a los efectos secundarios tanto cognitivos (efectos sobre la atención y concentración), como de dependencia y síndromes de retirada, se aconseja una alternativa como la buspirona. La buspirona es un ansiolítico serotoninérgico no benzodiazepínico, útil para el manejo de la agresividad en pacientes con retraso mental y en la conducta hostil y antisocial que acompaña al síndrome premenstrual. Los antidepresivos, como la fluoxetina (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina - ISRS) se han mostrado eficaces para tratar la agresividad en los casos de depresión, retraso

mental, con conductas agresivas y autolíticas, trastorno por estrés post-traumático y autismo. Todos los ISRS se han mostrado eficaces en el tratamiento de la agresividad en el trastorno límite de personalidad, así como dos IMAOS, concretamente fenelzina y tranilcipromina. El uso de sales de litio en la agresividad se ha mostrado eficaz en el trastorno bipolar, retraso mental o trastorno antisocial. También se han utilizado fármacos anticonvulsivos, como la carbamazepina y el ácido valproico, en casos de agresividad, no sólo secundaria a daño neurológico causado por epilepsia, sino también en sujetos con retraso mental, daño orgánico, psicóticos crónicos y en el trastorno límite de la personalidad (López-Muñoz et al, 1999).

En algunas poblaciones hospitalizadas, como enfermos en unidades psiquiátricas o unidades geriátricas y en atención de urgencias, la agresividad juega un papel epidemiológico muy importante y, a la vez, de muy diversas características. En estos contextos existe una gran dificultad para medir y evaluar la conducta agresiva y la inexistencia de un fármaco específico para su tratamiento, lo que hace aún más difícil la utilización y creación de protocolos eficaces de intervención farmacológica. La definición de criterios de evaluación de las crisis de agresión se transforma en una tarea fundamental a la hora de poder aplicar un tratamiento farmacológico adecuado. En este sentido, Needham, Abderhalden y Meer (2004), ponen énfasis en la necesidad de dar formación especializada, en el manejo de la agresividad, al personal que trabaja en ambientes psiquiátricos y de urgencias. Dicha formación debe incluir la medición y la valoración de riesgos.

## Programas multicomponentes

En niños con trastornos de conducta, las variables familiares constituyen elementos consecuentes, etiológicos o mantenedores de las desviaciones comportamentales. En ese sentido, la historia de abusos intrafamiliares, la existencia de problemas y conflictos familiares, el mal manejo de la conducta del niño en el hogar, hacen necesario plantear la necesidad de incorporar a los padres. Esta incorporación, no sólo se hace como parte complementaria a la intervención

destinada a los niños, sino también como foco central de la misma. Por ejemplo, la aplicación de medidas disciplinarias en forma inconsistente y la baja implicación de los padres con el niño han sido relacionadas con la agresión infantil y, por tanto, serán objetivos de la intervención (Capaldi y Patterson, 1991).

Los programas multicomponentes que se refieren a continuación son intervenciones que añaden a la atención sobre el niño o adolescente, la atención a los padres, la familia y/o los profesores (Tabla n.º 2). Se comentan a continuación algunos de estos programas y sus derivaciones:

### *Propuesta de Barkley (1987, 1997)*

Barkley (1987, 1997) ha desarrollado un programa de entrenamiento para padres de niños entre 2 y 11 años que presentan trastorno negativista desafiante, trastorno por déficit de atención o trastorno disocial. Su núcleo central es el manejo adecuado de las contingencias que siguen a la conducta del niño. Se compone de diez módulos en los que se trabajan los siguientes contenidos: a) educación a los padres acerca de las causas de los problemas conductuales (basado en un modelo simple que atiende a las características del niño, características de los padres, los acontecimientos ambientales estresantes y las consecuencias situacionales); b) creación de un tiempo compartido de juego para favorecer la aplicación del reforzamiento; c) entrenamiento de la conducta obediente del niño a través del manejo adecuado de contingencias; d) refuerzo del juego autónomo en el niño para disminuir las conductas perturbadoras mediante economía de fichas y coste de respuesta; y e) generalización del comportamiento a situaciones fuera del hogar. La intervención además incorpora sesiones de apoyo para realizar el seguimiento de las técnicas, así como la revisión del progreso y la orientación sobre los temas de preocupación que se susciten a lo largo del seguimiento. Este programa es de aplicación individual o grupal. La mejor relación coste/eficacia se presenta cuando se aplica en grupos de 6 a 10 familias. En el caso de niños con conductas perturbadoras graves, se incorpora un entrenamiento directo en casa.

TABLA 2. Programas de Intervención Multicomponentes

Programa	Población	Contenidos	Modalidad	Dirigido a
<i>Programa de entrenamiento para padres (PMT)</i> Kazdin (2000, 2005)	Niños conducta antisocial, oposicional y agresiva	Conductuales: contingencias, reforzamiento positivo de cond. prosociales, tiempo fuera, negociación, contrato conductual.	Grupal	Niños, padres y familia
<i>Incredible Years Training Series</i> Webster-Stratton y Reid (2003)	Niños de 2 a 8 años con problemas de conducta y conducta oposicional	Multimodales: reforzamiento, manejo de conflictos, comportamiento en la escuela, entrenamiento en habilidades sociales y de juego con el niño, solución de problemas, estrategias de auto-control, empatía.	Grupal	Niños, padres y profesores
<i>Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)</i> Herschell, Calzada, Eyberg y McNeil (2002)	Niños con conducta oposicional de 3 a 6 años	A través de interacción mejorar relación de apego y entrenar habilidades de manejo por parte de los padres.	individual	Familia
<i>Triple T-Positive Parenting Program</i> Sanders, Markie-Dadds y Turner (2003)	Normal con deseos de mejorar pautas de crianza hasta niños referidos clínicamente	Estrategias conductuales, afrontamiento del estrés y técnicas de generalización, entrenamiento en diversas habilidades parentales, dependiendo necesidades específicas.	Individual o grupal	Niños y padres
Barkley (1987, 1997)	Niños con trastorno desafiante por oposición, trastorno por déficit de atención y trastorno disocial, de entre 2 y 11 años	Conductuales: Contingencias, economía de fichas, coste de respuesta.	Individual o grupal (6 a 10 familias es óptimo)	Familia



Programa	Población	Contenidos	Modalidad	Dirigido a
<i>Coping Power Program</i> Lochman y Dodge (1994, 1998)	Niños agresivos	Cognitivo sociales: intervención en niños incluye: definición de metas, atención a sentimientos, al arousal fisiológico, instrucciones de afrontamiento, distracción y relajación, habilidades de estudio, adopción de perspectiva, reentrenamiento de atribución, habilidades de resolución de problemas sociales y asertividad. El componente para padres incluye: identificación de conducta prosocial y la disruptiva, manejo de contingencias, uso de instrucciones efectivas, reglas y expectativas apropiadas, facilitación de la comunicación familiar	Grupal	Padres y niños
Vitaro, Brendgen, Pagan, Tremblay y McDuff (1999)	Niños de 7 y 9 años con problemas de conducta y conducta agresiva	Cognitivo-conductual: entrenamiento en habilidades sociales, en estrategias de resolución de problemas y autocontrol, así como entrenamiento a los padres (uso de contingencias y observación sostenida)	Grupo de pares	Niños y padres
<i>Terapia Multisistémica (TMS)</i> Burns, Schoenwald Burchard, Faw y Santos (2000)	Adolescentes con graves problemas de conducta y delincuencia	Multimodal: PMT, terapia de pareja, habilidades en resolución de problemas. Planteamiento abierto a necesidades.	individual	Adolescentes y padres
<i>Terapia Familiar Prosocial</i> Blechman y Vryan (2000)	Jóvenes delincuentes	Multisistémica: comunicación e intercambio de información, entrenamiento conductual de padres, manejo de conductas, resolución de problemas, dentro de un marco consistente con la estructura y el funcionamiento del sistema familiar.	individual	Familia

### ***Propuesta de Kazdin (2005): Programa de Entrenamiento para Padres (PMT)***

La propuesta de Kazdin (2005) se basa en los principios del condicionamiento operante, cuyo principal objetivo es modificar las interacciones padres-hijo en el hogar. Especialmente, se dirige a la modificación de las prácticas de crianza e intercambios coercitivos existentes entre padres e hijos (niños o adolescentes) que manifiestan conducta antisocial, negativista o agresiva. El PMT posee dos formatos de aplicación: uno grupal, diseñado para aplicar en escuela de padres o en programas de prevención; y otro individual, diseñado para aplicar en casos de niños, padres y familias disfuncionales que requieren una atención más específica e intensiva. Este programa se basa fundamentalmente en el reforzamiento positivo de conductas pro-sociales, junto con el desarrollo de habilidades para el manejo de contingencias, negociación, contrato conductual y uso de la reprimenda. Aunque el contenido de las sesiones está bien definido, éste se adapta y especifica según las necesidades de los sujetos al que se dirige. En cuanto a la estructura y organización del programa, consta de 12 a 16 sesiones semanales. En cada sesión se revisan y analizan los problemas aparecidos durante la semana anterior; se presenta el nuevo tema a tratar; se representan mediante *role-playing* las estrategias a entrenar derivadas de ese tema y se asignan tareas para desarrollar en casa. El PMT se usa como intervención única o combinada con otros tratamientos, tales como el entrenamiento en el manejo de la ira o la terapia familiar (Kazdin, 2005). Estas combinaciones han dado lugar a modificaciones y derivaciones del programa original algunas de las cuales se mencionan en las líneas siguientes.

### ***Derivaciones del Programa de entrenamiento para padres PMT***

A partir de las modificaciones del Programa PMT de Kazdin (2005) han sido numerosos los programas que se han desarrollado. Todos ellos tienen como base los principios del programa original y gran parte de sus contenidos. Mencionamos algunos de ellos:

- *Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)* (Herschell, Calzada, Eyberg y McNeil, 2002).

Este programa está dirigido a familias de niños con conductas negativistas de 3 a 6 años de edad. Sus objetivos principales son mejorar la relación de apego entre padres-hijo y desarrollar habilidades de manejo parental. Se trata de un tratamiento individual a la familia, que se realiza en una sala de juegos mediante la interacción lúdica entre padre y niño. El terapeuta explica y modela las habilidades específicas. La duración del programa es abierta y se mantiene hasta que los padres adquieren confianza y destreza en el manejo de las conductas problemáticas del niño. En un estudio de seguimiento realizado después de seis años de la aplicación, se ha demostrado un adecuado mantenimiento de los efectos.

- *Incredible Years Training Series* (Webster-Stratton y Reid, 1997)

Este programa está diseñado para niños de 2 a 8 años con problemas de conducta y conductas negativistas. Se presenta también grupalmente y está formado por diferentes módulos secuenciados que se dirigen a diferentes destinatarios: niños, padres y profesores. Un recurso interesante en este programa es el uso de videos con viñetas y escenas, en los diferentes módulos que lo componen. Los módulos secuenciados se estructuran en: a) desarrollo de habilidades clave (administrar elogios, sugerencias, ignorar, tiempo); b) manejo de conflictos y comunicación; c) funcionamiento escolar; d) entrenamiento para profesores; y e) un último módulo que se centra en el entrenamiento de las habilidades sociales y lúdicas en el niño, la solución de problemas y las estrategias de auto-control y empatía.

- *Triple T-Positive Parenting Program* (Sanders, Cann y Markie-Dadds, 2003).

El objetivo de esta propuesta es tratar y prevenir los problemas conductuales, emocionales y del desarrollo. Se trata de un programa formado por diferentes niveles de intensidad del tratamiento dirigido a padres de niños y adolescentes desde el nacimiento hasta los 16 años. Existen varias modalidades que van desde el asesoramiento a los padres por el terapeuta, con un mínimo contacto, hasta el entrenamiento intensivo de pa-

dres. La aplicación de este programa se realiza tanto a nivel comunitario como a nivel individual. La modalidad comunitaria está diseñada para padres que deseen promover adecuadas pautas de crianza. La modalidad individual, está diseñada para la intervención de población clínica infantil con diferentes grados de severidad. El estudio comparativo de la eficacia de las diferentes modalidades ha mostrado que tanto la aplicación dirigida por el terapeuta, como la aplicación autoadministrada mediante manual de ejercicios y consultas telefónicas semanales, han resultado con niveles de eficacia equiparables (Sanders, Markie-Dadds, Tully y Bor, 2000).

– *Coping Power Program* (Lochman y Wells, 2004)

Es un programa de dos años de duración que incluye dos componentes principalmente: uno dirigido a los padres y otro dirigido a los niños. Está basado en un modelo cognitivo-social contextual (Lochman y Dodge, 1994) que considera, tanto las variables cognitivas y sociales del niño, como los procesos y comportamientos parentales implicados en el desarrollo de problemas de conducta (Ej., disciplina dura y agresiva, órdenes ambiguas, escasa supervisión, etc.). De los dos componentes mencionados, el componente para niños incluye los siguientes contenidos: definición de metas personales y conductuales, conciencia y atención a los sentimientos y al arousal fisiológico asociado, uso de instrucciones de afrontamiento, técnicas de distracción y relajación, habilidades de estudio y organización, entrenamiento en adopción de perspectivas y reentrenamiento atribucional, habilidades de resolución de problemas sociales y manejo de la presión de los pares (los problemas relacionados con el entorno y el desarrollo de habilidades para negarse a la presión ejercida). En paralelo, el componente para padres incorpora los módulos referidos a: habilidades para identificar y diferenciar la conducta prosocial y la disruptiva de sus hijos, atención a las conductas apropiadas, emisión de instrucciones efectivas, establecimiento de reglas y expectativas apropiadas a la edad de sus niños, aplicación de consecuencias a la conducta negativa, y establecimiento de una comunicación continua a través de reuniones familiares semanales (Lochman y Wells, 2004).

– *Terapia Multisistémica (TMS)* (Borduin, Barton y Cone, 1995)

En línea con los tratamientos disponibles para tratar adolescentes con graves problemas de conducta y delincuencia, se encuentra la Terapia MultiSistémica (TMS). El foco de interés en esta propuesta es la modificación del sistema en el cual se presenta la conducta problema (Borduin, Barton y Cone, 1995). Es un programa multisistémico que incorpora, PMT, terapia de pareja y entrenamiento en habilidades de resolución de problemas. La flexibilidad del programa permite incluir cualquier otra técnica necesaria para abordar problemas específicos según lo requiera el caso. Los resultados obtenidos tras la aplicación de este programa en experimentos clínicos aleatorizados con niños gravemente afectados por diferentes trastornos han mostrado una adecuada eficacia. Entre delinquentes juveniles su aplicación logró una disminución de la reincidencia de delitos significativamente más baja que en el grupo control (22,1 % frente a 71,4%), con la reducción de conflictos interpersonales y una mejora del funcionamiento familiar (Borduin et al, 1995).

– *Programa de Intervención Temprana* (Vitaro, Brendgen, Pagani, Tremblay y McDuff, 1999)

Se trata de un programa de intervención diseñado para niños de edades comprendidas entre 7 y 9 años. El programa está constituido por las siguientes técnicas: entrenamiento en habilidades sociales; entrenamiento en estrategias de resolución de problemas y autocontrol, y por un componente de entrenamiento dirigido a padres. La metodología de esta intervención se basa en la terapia de pares, consistente en llevar a cabo el entrenamiento de habilidades sociales y de resolución de problemas, en pequeños grupos dentro del contexto escolar. Cada grupo está formado por 3 o 4 niños "prosociales" y dos niños del grupo de intervención, lo que permite que los niños prosociales actúen como agentes de refuerzo y modelos positivos. Esta metodología evita que los niños problemáticos sean estigmatizados por el grupo-clase. Los resultados aportados por sus autores revelan una disminución significativa de las conductas disruptivas en el niño, una disminución del número de amigos agresivos y la reducción del riesgo posterior de desarrollar algún trastorno de conducta.

- *Terapia Familiar Funcional* (Klein, Alexander y Parsons, 1977)

Esta terapia está basada en la determinación de las fuentes más comunes de conflicto entre padres e hijos. Bajo un modelo de sistemas conductuales, entrena a parejas de padre-hijo en habilidades de identificación de problemas, negociación y solución de conflictos (Klein et al., 1977). Los resultados derivados de esta intervención han indicado la reducción de conductas delictivas incluso en seguimientos durante la vida adulta. Otros estudios han revelado una significativa reducción en la tasa de reincidencia de conductas delictivas entre el grupo de intervención y el grupo control (Gordon, Graves y Arbuthnot, 1995).

- *Terapia Familiar Prosocial (PFT)* (Blechman y Vryan, 2000)

Se trata de una intervención procedente del Modelo Sistémico de Terapia. Se basa tanto, en la evaluación e intervención de los factores protectores y de riesgo de las conductas violentas como de la aplicación de estrategias derivadas de esta terapia. Se dirige a jóvenes con conductas delictivas e incluye entrenamiento en habilidades de comunicación, manejo de conductas, resolución de problemas y terapia familiar con especial énfasis en el proceso de alianza terapéutica. En cuanto a las estrategias específicas, el programa consta, entre otras de: entrenamiento en la identificación y el reconocimiento de las necesidades del otro, entrenamiento en la asunción de responsabilidad personal y psicoeducación. La metodología incorpora entrevistas telefónicas y planificación de “un buen día” (es decir, un día sin conductas agresivas o violentas). Los autores refieren que la aplicación del programa posee efectos a corto y largo plazo. Entre los primeros, informan de la disminución de situaciones problema, tales como arrestos, abuso de drogas o expulsión escolar. Entre los segundos, informan de la reducción del abandono escolar, de crímenes, así como de embarazos precoces, y de un aumento de la expresión de conductas prosociales.

- *Modelo Multidimensional por Fases* (Goldstein y Keller, 1987)

Aun cuando las intervenciones y estrategias anteriormente comentadas han resultado efica-

ces, sus efectos suelen estar restringidos a los objetivos del tratamiento (McGuire, 2005). La estrategia más común es integrar y crear intervenciones multidimensionales que incluyen estrategias destinadas a modificar diferentes partes del proceso de la conducta agresiva (fisiológico, cognitivo, conductual, social, etc.), sin olvidar aquí, la asociación que presenta esta conducta con trastornos de base (Ej., déficit de atención con hiperactividad, síndromes de desinhibición neuroconductual, trastorno del control de impulsos, trastorno negativista desafiante, trastornos del aprendizaje y de la adaptación).

Goldstein y Keller (1987), desarrollan un modelo, basado en el análisis por fases del acto agresivo. Los autores plantean diferentes estrategias secuenciadas que se centran en diferentes aspectos de la conducta agresiva: comienzan con estrategias aplicadas sobre la interpretación del acontecimiento estimular que el individuo interpreta como aversivo, seguido por el reconocimiento de los indicadores kinestésicos o fisiológicos que idiosincrásicamente señalan “cólera”. Esta identificación da como resultado, elevados niveles de activación afectiva ante los cuales se activarán estrategias de relajación y de enfriamiento emocional de la situación. En la tabla 3 se muestran los pasos, el tipo de intervención aplicada y los elementos sobre los cuales se centra esta intervención. La incorporación de padres y hermanos en el programa mejora la eficacia de éste.

## Programas de prevención

Olweus (1979) realizó una revisión de 16 estudios longitudinales que analizaban los niveles de consistencia de la agresividad. En estas investigaciones, que se referían a períodos de edad que transcurrían desde un año hasta 21, se evidenció una importante consistencia de la conducta agresiva a lo largo del tiempo. Más recientemente, numerosos trabajos han alertado de esta consistencia, si bien, hoy sabemos que la agresión se manifiesta de forma diferente a lo largo de los años (Tremblay et al. 2004) y que existen diferentes patrones de desarrollo para distintos tipos de conducta agresiva (Loeber et al., 1993) y para distintos sujetos (Moffitt, 1993).

TABLA 3. Estrategias Secuenciadas de Goldstein y Keller (1987)

Paso	Intervención	Elementos
a. Interpretación de estímulos externos que incrementan la activación	Entrenamiento en el control de la ira	Autoinstrucciones
b. Activación afectiva elevada	Entrenamiento en relajación	Autorrelajación (Jacobson) De otros (enfriamiento de la situación provocadora)
c. Comunicación defectuosa	Entrenamiento en comunicación Entrenamiento en negociación Establecimiento del contrato	
d. Manejo erróneo de contingencias	Entrenamiento en el manejo de contingencias	Presentación EE + Eliminación EE + Presentación EE aversivos
e. Deficiencias en habilidades prosociales	Entrenamiento en habilidades prosociales	"aprendizaje estructurado"
f. Deficiencias en valores prosociales	Entrenamiento en valores prosociales	Grupo de discusión de dilemas

El trabajo de Olweus, también evidenció que los niños agresivos con conductas disruptivas sufrían rechazo por parte de los pares. Este rechazo se mantenía incluso después de que dichas conductas habían sido modificadas (August, Egan, Realmuto y Hektner, 2003), lo que facilitaría las amistades entre niños agresivos, y el consecuente reforzamiento del patrón de comportamiento agresivo y desadaptado. El rechazo de los pares unido a la conducta agresiva es un fuerte predictor de trastornos conductuales en la adolescencia (Coie et al, 1992; Dodge, Lochman, Harnish, Bates, y Pettit, 1997; Pellegrini, Bartini y Brooks, 1999; Poulin y Boivin, 2000).

En sentido más amplio, la conducta agresiva infantil no sólo es riesgo para la subsecuente conducta delincuente y criminal sino también para el pobre ajuste escolar (Tremblay et al, 1992; Coie, Ferry, Lenox, Lochman y Hyman, 1995), el abandono escolar (Cairns, Cairns, y Neckerman, 1989), el consumo de sustancias, la depresión y los embarazos precoces (Rubin, Chen, McDougall, Bowker, y McKinnon, 1995). De acuerdo con lo anterior, los esfuerzos en la prevención temprana cobran especial relevancia y han sido de gran interés en las últimas décadas. Máxime cuando se constata un aumento

en la violencia juvenil y la implicación de niños y adolescentes en actos delictivos y agresivos. Por tanto, es necesaria la implementación de programas preventivos que permitan detener el desarrollo del comportamiento antisocial.

Los programas de prevención normalmente se centran en competencias sociales en sentido amplio, y en habilidades específicas. Como ya hemos comentado, debido a que la agresión y el rechazo de los pares son dos predictores de futuros problemas de conducta y delincuencia (Kupersmidt y Coie, 1990; Coie et al, 1992), una gran parte de los programas de prevención en agresividad abordan el desarrollo de habilidades sociales y el control de impulsos entre iguales.

A modo de síntesis, se pueden diferenciar dos tipos de programas preventivos, dependiendo de la población a la que se apliquen: los programas de aplicación universal, que están dirigidos a la población general, por ejemplo un sector escolar con el objetivo de reducir la incidencia de un determinado problema; y por otra parte, los programas de aplicación específica, dirigidos a aquellos niños identificados de alto riesgo. Se detalla a continuación cada uno de ellos:

### ***Programas de prevención de aplicación universal***

- *Promoting Alternative Thinking Strategies Curriculum (PATHS)* (Conduct Problems Prevention Research Group, 1999).

Es un programa de prevención que se aplica a nivel de escuela primaria y pretende promover el desarrollo de competencias sociales y emocionales. El programa incluye diversos componentes, tales como: solución de problemas sociales, manejo de la ira, empatía y habilidades de autorregulación de la emoción. Se trata de un programa que transcurre durante la educación básica y se aplica en el contexto de la clase. Los resultados de eficacia han referido una disminución de las conductas agresivas y un aumento de la obediencia a las reglas entre estudiantes de los primeros años de la educación primaria.

- *Second Step Program*

Es también un programa aplicado directamente en la dinámica de clase. Su objetivo general es el aprendizaje socio-emocional, para ello intenta prevenir la agresión desarrollando habilidades de empatía y entrenando la adopción de perspectivas y las habilidades de manejo de la ira. Incluye en una proporción importante del programa, contenidos referidos a la agresividad relacional y al desarrollo de habilidades adaptativas (Frey, Hirschstein y Guzzo, 2000). Con este programa se ha obtenido una significativa reducción de las conductas de agresión física y verbal así como un incremento de las conductas prosociales con relación al grupo control (Grossman et al, 1997).

- *Social Problem Solving (SPS) Program*

Como los dos anteriores, está diseñado para su implementación en el aula. Entre sus componentes consta de entrenamiento en habilidades afectivas, cognitivas y conductuales para la resolución de problemas sociales, la toma de decisiones y el manejo del estrés. Este programa enfatiza el desarrollo de habilidades socio-cognitivas, la aceptación del otro y la instauración de actitudes favorables a la reducción del impulso o la conducta agresiva. Para su aplicación con adolescentes procedentes de contextos urbanos el SPS propone entrenar en los compo-

nes referidos a: a) control de impulsos, procesamiento de información social y habilidades socio-conductuales; b) actitudes pro-sociales y c) ambiente de apoyo que mejore y refuerce los valores y habilidades adaptativas para la vida real (Weissberg y Caplan, 1998).

### ***Programas preventivos de aplicación específica a poblaciones de riesgo***

- *Early Risers 'Skills for Success'* (August et al, 2003).

Se trata de un programa aplicable a contextos comunitarios. Es una intervención preventiva multicomponente diseñado para niños agresivos de 6 a 12 años, con un alto riesgo de desarrollar conducta antisocial grave. Su propósito general es facilitar en los niños un desarrollo saludable. Más específicamente, pretende la mejora de competencias sociales y personales. Para ello incorpora distintos componentes, tales como entrenamiento en habilidades sociales mediante la incorporación en un par-estratégico (similar a la terapia de pares); apoyo al aprendizaje escolar y enriquecimiento de actividades educativas; apoyo a la familia, intervenciones para afrontar el estrés; consulta proactiva padres-colegio; manejo de contingencias para conductas agresivas, disruptivas y desobedientes.

- *First Steps Program* (Walker, Stiller, Severson, Fiel y Golly, 1998).

Es un programa destinado a niños de alto riesgo en edad preescolar. Está basado en la adquisición de habilidades sociales, reforzamiento de conductas adaptativas y orientación a padres en el entorno familiar.

- *Fast Track Project* (Conduct Problems Prevention Research Group, CPPRG, 1992).

Es un programa basado en la teoría del desarrollo. Fue diseñado para identificar niños de alto riesgo al final de la etapa preescolar por su conducta agresiva y disruptiva en casa y en la escuela. Combina una intervención dirigida a la población general (PATHS) y una atención específica a niños de alto riesgo. Se extiende desde el comienzo de la educación básica hasta la educación secundaria, con una especial dedicación en los dos primeros años de escuela pri-

maria y en la transición a la escuela secundaria. El componente dirigido a los niños incluye apoyo escolar para incrementar las competencias académicas básicas (lectura y habilidades comunicacionales), entrenamiento en autorregulación y el desarrollo de habilidades sociales. El componente para padres aborda temas disciplinarios y la revisión y análisis de fracasos en la instauración de conductas constructivas, particularmente en respuesta a conflictos y frustración. Promueve la implicación de los padres en la educación de los niños y mayor supervisión en las actividades de éstos a través de visitas a domicilio.

– *Propuesta de Hamburg y Hamburg (2004)*

Hamburg y Hamburg (2004) plantean que es necesario considerar una vía multidimensional, de aplicación más amplia, que tome en cuenta el conjunto de las instituciones básicas que comparten responsabilidad en el desarrollo del niño y el adolescente: familia, comunidad, medios, salud y sistema educativo. Estos autores plantean que las políticas públicas orientadas a atender las demandas de los adolescentes, usualmente han sido específicas y orientadas a un problema concreto. Por el contrario, los autores observan que la mayoría de los problemas del desarrollo ocurren juntos, como “clusters”, con causas comunes. Por ese motivo, presentan un programa en el que intervienen diferentes instituciones, destinado a ayudar a los adolescentes a adquirir y fortalecer los factores protectores. Dichos factores están basados en la curiosidad intelectual, las relaciones humanas estables y seguras, la respetabilidad, el sentido de pertenencia e integración en un grupo valorado, y las conductas prosociales, reflejadas en la utilidad que el joven puede significar para otros.

De acuerdo con estas premisas para Hamburg y Hamburg (2004), las intervenciones preventivas deben incluir: a) la creación de pequeñas comunidades de aprendizaje, en las cuales se den relaciones estables con adultos y pares que permitan el crecimiento personal e intelectual; b) la promoción de estilos de vida saludable, incorporando en el currículo de ciencias la prevención de conductas de riesgo; c) el entrenamiento en toma de decisiones, resolución de conflictos, y resolución de problemas sin violencia; d) el fortalecimiento de los mecanismos

de apoyo social, comprometiendo a las familias con las escuelas; e) la creación de actividades extracurriculares en organizaciones comunitarias que eviten que los chicos permanezcan en la calle sin control o que se impliquen en actividades de riesgo; f) proveer una percepción de oportunidad y de valor hacia la comunidad implicando a los adolescentes en servicios a la comunidad académicamente supervisados y en programas de trabajo-estudio; g) hacer fácilmente accesibles y atractivos los servicios de salud, conectándoles con el centro escolar y prestar especial atención a la intervención sobre la depresión y la ira recurrente.

Como puede observarse, los autores proponen la integración de estrategias específicas dentro de los sistemas e instituciones relacionadas con el niño. En ese sentido, este tipo de planteamientos presenta un modelo ecológico y sistémico de implementación. De ese modo, su intervención básica consiste en enseñar habilidades de resolución de conflictos como parte de la educación para la salud o estudios sociales en la escuela primaria y secundaria. Al mismo tiempo, plantean que la implementación del programa mejora su eficacia si se inserta dentro de un programa a largo plazo que se dirija a múltiples factores de riesgo. Su aplicación en períodos prolongados de tiempo juega un papel importante, sobre todo en ambientes saturados con violencia callejera.

Con una filosofía próxima a esta propuesta existen dos programas de prevención españoles que se comentan a continuación: el Proyecto Sevilla-antiviolenencia escolar (Ortega y del Rey, 2001) y el Programa de prevención de la violencia y acoso escolar de Díaz-Aguado (2005):

***Proyecto Sevilla-antiviolenencia escolar (Ortega y del Rey, 2001)***

Caracterizado por un estilo “no directivo” de realización, el Proyecto Sevilla-antiviolenencia escolar de Ortega y Del Rey (2001) parte de un análisis ecológico, que considera al centro escolar como un ecosistema. Este programa preventivo centra el trabajo sobre profesores, alumnos y familias. Se caracteriza por ser una intervención abierta, en la cual el profesorado activa sus

propias formas de ejecución, de acuerdo a su estilo y los condicionantes propios del centro. En la implementación de este programa se estableció una red de centros colaboradores, que permanecieron en contacto y realizaron un trabajo cooperativo a lo largo de los tres años que duró el proyecto (1996 a 1999). Se utilizaron tres grandes líneas programáticas a modo de "intenciones ordenadas" o directrices de funcionamiento: 1) educación en sentimientos/emociones (con actividades basadas en el juego, los cuentos, la simulación de roles y el estudio de casos); 2) gestión democrática de la convivencia y 3) trabajo en grupos cooperativos.

Ortega (2004) plantea que la violencia y agresividad observadas en la época en que vivimos responde a un sistema agresivo e injusto reflejo de la jerarquización y deshumanización de los mecanismos del poder, observable en el macrosistema en el cual nos insertamos. Estos esquemas de dominio-sumisión se reproducen finalmente en la escuela, como subsistema de aquel, en los diferentes niveles de interacción que en ella se dan (Ortega, 2004; Díaz-Aguado, 2005).

Desde una perspectiva más amplia y sociológica, Ortega (2004) propone un programa basado en educación para la convivencia. Se trata de un intento por ir hasta la estructura social de participación y para ello propone conjuntos de actividades interrelacionadas, como son: a) la construcción del conocimiento a través del trabajo curricular en grupo cooperativo; b) la construcción de formas de ser y de estar que tengan en cuenta a los otros y sus sentimientos; c) educación emocional y en valores. Todo este sistema de actividades se desarrolla en un marco educativo caracterizado por la gestión democrática de la convivencia.

### ***Programa de prevención de la violencia y acoso escolar de Díaz-Aguado (2005)***

Del mismo modo, dentro de una perspectiva de intervención preventiva amplia, también dentro de un modelo ecológico, Díaz-Aguado (2005) plantea insertar los programas de prevención de la violencia y el acoso escolar dentro de un enfoque global. La propuesta está dirigida al ni-

vel de educación secundaria, y a las figuras de agresor y de víctima. El programa incluye, de cara a la prevención y al tratamiento del agresor: rechazo y condena a toda forma de violencia; respeto a los derechos humanos y su utilización en las propias decisiones morales y el desarrollo de alternativas a la violencia, es decir, utilización de la comunicación, negociación y mediación por todos los integrantes del contexto escolar.

De cara a la prevención de la victimización el programa propone: erradicación de la exclusión basándose en el aprendizaje cooperativo; enseñar a decir que no ante situaciones de abuso, saber pedir ayuda, preparar emocionalmente a las víctimas para no sentirse culpable cuando se es víctima y superar los prejuicios acerca de determinados colectivos proporcionando experiencias de igualdad. Este programa se desarrolla en base a un protocolo de 16 actividades que favorecen el aprendizaje significativo y en los cuales se trata al adolescente como si fuera un profesional capaz de prevenir la violencia. En cuanto a su metodología, basado en la psicología Vygotskiana (Vigotsky, 1978), el programa de Díaz-Aguado (2005) se caracteriza por la agrupación de los alumnos en grupos heterogéneos y un significativo incremento del poder y responsabilidad que se da a los alumnos en su propio aprendizaje. Algunos ejemplos de actividades dentro de este programa son la elaboración de la Declaración de los Derechos Humanos, o de campañas de prevención contra la violencia de género dirigidas a adolescentes. Díaz-Aguado (2005) informa una significativa eficacia del programa en la reducción de situaciones de violencia y de exclusión, la mejora de la relación con el aprendizaje y con el profesorado, y en el rechazo al empleo de la violencia como forma de resolución de conflictos.

### **Eficacia de las diferentes técnicas**

Muchos de los trabajos expuestos proceden de estudios de eficacia que han intentado contrastar, en qué medida las intervenciones propuestas alcanzan los objetivos planteados. Se recoge en estas líneas, alguno de los estudios, mayoritariamente realizados a través de metaanálisis, que arrojan alguna luz en este sentido.



Kazdin (2003), estudiando la integración de múltiples programas utilizó el PMT en combinación con entrenamiento en habilidades en resolución de problemas. La combinación de ambos tratamientos resultó más eficaz que la aplicación aislada, sin embargo, el autor plantea la necesidad de estudiar la ganancia real de su aplicación combinada en términos de eficiencia, es decir, de coste-beneficios (Kazdin, 2003).

Es de interés observar los resultados que Wilson, Lipsey y Derzon (2003) obtienen al realizar un meta-análisis acerca de la efectividad de los programas aplicados en el contexto escolar para prevenir o reducir la conducta agresiva. Pueden resumirse de la siguiente manera:

- La gran mayoría de los trabajos al respecto se basan en programas que tienen un propósito de investigación para contrastar su validez. Una mínima parte de estos estudios se refieren a programas diseñados para la práctica cotidiana real, es decir, programas que se encuentren implementados y que estén siendo aplicados en una institución escolar.
  - Los autores refieren un efecto mínimo de estos últimos sobre la conducta agresiva, a diferencia de lo que ocurre con los programas de investigación que produjeron un efecto mayor y redujeron las tasas de conducta agresiva a más de la mitad de la línea base inicial.
  - La mayoría de los programas no logran prevenir el incremento potencial en la conducta agresiva, sino que reducen los niveles de agresividad ya existentes.
  - Muchos de estos trabajos, no encontraron diferencias de sexo, edad, o etnia en el efecto de los programas.
  - En cuanto a la eficacia diferencial según el tipo de intervención, las intervenciones conductuales y el asesoramiento mostraron los mayores efectos, seguido de los programas basados en el entrenamiento de la competencia social con o sin componentes cognitivo-conductuales. Las intervenciones multimodales y los programas de mediación de pares fueron los que revelaron los efectos menores.
- Las intervenciones más intensas y bien implementadas, con formato de uno a uno y administrada por profesores fueron las que mostraron mayor efecto.
- Probablemente, el menor efecto de los programas sin propósitos de investigación implementados en la práctica cotidiana se deba a problemas metodológicos que dificultan la comparación de los resultados entre niños problemáticos y no problemáticos. Sería necesario analizar aquellas variables que puedan estar disminuyendo, en la aplicación de dichas intervenciones, los logros esperados. Esto cobra especial importancia, dados los esfuerzos y costes realizados en su implementación.
- Siguiendo con los trabajos que se han dedicado al estudio de la eficacia, Grietens y Hellinckx (2004) realizaron un análisis estadístico de los resultados de cinco estudios meta-analíticos, es decir, realizaron una revisión "mega-analítica o de segundo orden". Los meta-análisis se habían realizado para evaluar el efecto de los tratamientos residenciales para jóvenes delincuentes con archivos criminales graves, y que habían cometido actos violentos o agresivos. Basándose en la reincidencia como medida de cambio, encontraron que los programas significativamente más exitosos incluían las siguientes características: a) un marco teórico sólido; b) tratamientos multicomponentes con *role-playing*, modelado, y entrenamiento en habilidades socio-cognitivas y d) especial atención a las necesidades específicas y ajuste a los estilos de aprendizaje y habilidades de los jóvenes a los que se dirige. Sin embargo, los logros en la disminución de reincidencia fueron pequeños. Esta demuestra que la conducta delincuente es difícil de tratar y que, probablemente, la reincidencia sea una medida muy conservadora del cambio. En todo caso, estos resultados combaten la línea de opinión, que sobre los años 70 se erigió, en relación con "nada es útil" en la población delincuente.
- Otro de los trabajos de revisión de la eficacia de los programas de intervención ha sido el de Redondo, Sánchez-Meca y Garrido (1999) en el que recoge un meta-análisis realizado sobre 32 estudios de programas para un total de 7778 jóvenes y adultos delincuentes. Entre sus resultados, encontraron que la reincidencia de las con-

ductas delictivas se redujeron en un 75 % de los estudios. En este meta-análisis, los tratamientos cognitivo-conductuales fueron los más eficaces.

En cuanto al estudio de eficacia diferencial entre técnicas, además de los resultados señalados por Wilson et al. (2003) anteriormente, Suckhodolsky et al (2004) revisaron los resultados de 40 investigaciones. Los trabajos revisados aplicaban terapia cognitivo-conductual a niños y adolescentes con problemas relacionados con la ira en diferentes contextos (escuela, centros ambulatorios, hospitales, centros de reforma). Se incluyeron aquellos estudios que contenían estrategias de intervención clasificables en las siguientes categorías: a) desarrollo de habilidades (desarrollo de conductas sociales adecuadas); b) educación afectiva (identificación de emociones, auto-observación del arousal de ira, y relajación); c) solución de problemas (entrenamiento atribucional, auto-instrucciones y pensamiento consecuencial, entre otras intervenciones); y d) tratamientos multimodales. Los autores informan que el entrenamiento en habilidades y los tratamientos multimodales fueron los más eficaces a la hora de reducir la conducta agresiva y mejorar las habilidades sociales, pero al mismo tiempo, las intervenciones basadas en solución de problemas redujeron más eficazmente la experiencia subjetiva de ira. En relación con la eficacia de técnicas de intervención específicas, los autores codificaron el uso de las siguientes en las siguientes categorías: instrucción, discusión, modelado, role-playing, feedback, identificación de emoción, relajación, auto-instrucciones, exposición, asignación de tareas y reforzamiento. Los resultados hallados por Suckhodolsky et al. (2004) mostraron que las técnicas específicas que se relacionan con mayores indicadores de eficacia son las intervenciones que incluyen el uso de retroalimentación, modelado y asignación de tareas para el hogar. Los resultados obtenidos por estos autores, sugieren que la eficacia de los tratamientos aumenta en la medida que se utiliza un mayor número de técnicas de modelado y un mayor uso de la retroalimentación o *feedback*.

Para finalizar, una breve mención a la eficacia añadida que reportan los programas de intervención multicomponentes y los de prevención. Parece estar fuertemente justificada la

implementación de estrategias más amplias que las puramente destinadas al sujeto que presenta, en principio, las conductas agresivas. En este sentido se recomiendan los tratamientos, en primer lugar, a los padres y la familia, y en segundo lugar, hacerlos extensibles también a un sistema de relaciones mayor como la escuela o la comunidad. En apoyo a esta indicación, Lochman y Wells (2004) compararon el efecto que producía sobre la conducta agresiva la aplicación del componente infantil del "Coping Power Program", frente a la aplicación del tratamiento con componentes múltiples (componente para padres y niños) y a la ausencia de tratamiento (grupo control). Los resultados indicaron que este programa produjo una disminución significativa de la conducta delictiva y del consumo de sustancias en el grupo de estudio (intervención dirigida a niños y padres) frente al grupo control (intervención dirigida sólo a niños). En la misma dirección se mostraron los resultados de Kazdin, Siegel y Bass (1992), quienes hallaron mejores resultados cuando se combinaban los componentes del tratamiento dirigido a los padres y a los niños.

## Conclusiones

Hasta aquí se ha intentado recoger las principales líneas de intervención y actuaciones aparecidas en la literatura para abordar el problema de la violencia en general. Tenemos a nuestra disposición, desde un elenco de técnicas aisladamente consideradas, hasta numerosos programas multicomponentes y preventivos que integran variadas técnicas y estrategias. De esta revisión hemos extraído algunas conclusiones que precisamos en los párrafos siguientes:

- Existen diferentes propuestas de intervención derivadas de distintas aproximaciones teóricas, sin embargo en la literatura revisada predominan las propuestas procedentes del marco teórico cognitivo y conductual.
- La mayoría de las intervenciones están diseñadas para población infantil y adolescente y en menor medida, para población adulta. Para sujetos adultos se recurre a la intervención clínica individualizada y a la

aplicación de técnicas dentro de un proceso terapéutico.

- Se descuida la consideración de aspectos y variables individuales en la intervención, posiblemente porque la mayoría de las propuestas pretenden ser de alcance universal. La revisión de la literatura muestra gran cantidad de estudios referidos a las formas de aplicación de los tratamientos y programas, a los ámbitos de intervención, sus componentes y modalidades. Todos ellos están fundamentalmente basados en la aplicación general sin prestar especial atención a las variables individuales. Se hacen necesarios, por tanto, estudios que consideren las variables personales en relación con la aplicación de estrategias de tratamiento, en concreto, variables que pueden centrarse en autoeficacia, locus de control e impulsividad/reflexividad, entre otras. Estos estudios aportarían luz sobre la elección de determinados tratamientos en relación al tipo de sujeto o paciente (Beck y Fernández, 1998). En este mismo sentido, Deffenbacher (1999) plantea la necesidad, no sólo de contar con las variables del paciente, sino la necesidad de enfatizar intervenciones individualizadas y contextualizadas a cada caso. El terapeuta ha de realizar un trabajo colaborativo con el sujeto y tomar en cuenta su historia y sus características.
- La incorporación del componente familiar, en los tratamientos y en los programas de prevención, destinados a niños y adolescentes, parece un elemento clave. Del mismo modo, que la intervención, en ambientes escolares, ha de implicar a todos los agentes del sistema, la incorporación de los padres a los programas se transforma en el elemento que hará posible la generalización y también el cambio de las interacciones en el ámbito familiar.
- Unido a lo anterior, es importante incluir en la intervención de variables procedentes de la motivación familiar. Si bien las variables individuales son relevantes, al analizar el nivel familiar también encontramos factores que están afectando al grado de adherencia y la participación real

en los programas. Es importante tomar en cuenta la motivación y las atribuciones iniciales de los padres cuando uno de sus hijos presenta conducta agresiva o delictiva y son remitidos a tratamiento. Los padres motivados externamente tendrán un alto riesgo de abandonar el programa y de participar escasamente si el niño no está implicado en el tratamiento. Una vez tomadas en cuenta dichas variables, podrá adscribirse a los padres y al niño al programa en el cual el pronóstico de permanencia y participación esté más asegurado (Miller y Prinz, 2003).

- Es necesario analizar el tipo intervención más apropiada en relación con el tipo de agresividad presentada. En ese sentido, Vitiello y Stoff (1997) estudiaron la respuesta diferencial dada por niños agresivos proactivos y niños agresivos reactivos. Los niños agresivos proactivos serían más proclives a responder a una terapia conductual, mientras que los niños agresivos reactivos, lo serían a las intervenciones psicosociales y farmacológicas.
- En relación con los resultados de eficacia consultados en el tratamiento de la agresividad, las intervenciones cognitivo-conductuales muestran una mayor eficacia en la reducción tanto de las conductas exteriorizadas como de la ira (Sukhodolsky et al, 2004) frente a las intervenciones provenientes de otros modelos. En este sentido, a mayor gravedad del trastorno, mayor eficacia de las estrategias más conductuales, y a la inversa, a menor gravedad, mayor eficacia de intervenciones dirigidas a procesos internos. Sin embargo, se sabe poco acerca de los mecanismos del cambio, de las variables moderadoras y de las diferencias en la aplicación en investigación clínica *versus* aplicación en entornos ecológicos o cotidianos. Del mismo modo, es necesaria la elaboración de estudios cuyo objetivo sea analizar la eficacia diferencial de las diferentes estrategias de intervención, modalidades y componentes.
- En relación con la prevención de los trastornos relacionados con la agresividad, los programas más eficaces son aquellos más

globales, basados en un abordaje multidisciplinar global, que tienen en cuenta: la formación del profesorado; los mecanismos de crianza y apoyo a las conductas prosociales y adaptativas de los niños desde el hogar; el enriquecimiento del medio y las posibilidades de participación e integración activa de los niños en su comunidad.

A la luz de lo expuesto, tanto el estudio como el abordaje terapéutico y preventivo, requiere la implicación multidisciplinar, y el apoyo por parte de las instancias sociales y políticas. La implementación de estrategias que persiguen objetivos de cambio individual, grupal, interactivo, sistémico y axiológico requiere el compromiso y la implicación de todos los agentes pertenecientes al Sistema de atención y educación de la población.

## Referencias

- August, G.J., Egan, E.A., Realmuto, G.M. y Hektner, J.M. (2003). Four years of the Early Risers Early-Age-Targeted preventive intervention: Effects on aggressive children's peer relations. *Behavior Therapy*, 34, 453-470.
- Bandura, A. (1973) *Aggression: A social learning analysis*. Oxford, England: Prentice-Hall.
- Barkley, R.A. (1987). *Defiant children: A clinician's manual for parent training*. Nueva York: Guilford.
- Barkley, R.A. (1997). *Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training* (2ª edición). Nueva York: Guilford.
- Beck, R. y Fernández, E. (1998). Cognitive-behavioral therapy in the treatment of anger: A meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 63-74.
- Berkowitz, L. (1996). *Agresión. Causas, consecuencias y control*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Blechman, E.A. y Vryan, K.D. (2000). *Prosocial family therapy: A manualized preventive intervention for juvenile offenders*. *Aggression and Violent Behavior*, 5, 343-378.
- Borduin, Ch.M., Barton, J. y Cone, L.T. (1995). Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: Long-term prevention of criminality and violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 569-578.
- Burns, M., Schoenwald, S.K., Burchard, J.D., Faw, L. y Santos, A.B. (2000). Comprehensive community-based interventions with severe emotional disorders: Multisystemic therapy and the wraparound process. *Journal of Child and Family Studies*, 9, 283-314.
- Cairns, B., Cairns, B.D. y Neckerman, H.J. (1989). Early school dropout: Configurations and determinants. *Child Development*, 60, 1437-1452.
- Capaldi, D.M. y Patterson, G.R. (1991). Relation of parental transitions to boys' adjustment problems: Mothers at risk for transitions and unskilled parenting. *Developmental Psychology*, 27, 180-189.
- Conduct Problems Prevention Research Group – CPPRG (2002). Evaluation of the first three years of the Fast Track prevention trial with children at high risk of adolescent conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 19-35.
- Coie, J.D, Ferry, R., Lenox, K., Lochman, J. y Hyman, C. (1995). Childhood peer rejection and aggression as predictors of stable patterns of adolescent disorder. *Development and Psychopathology*, 7, 697-713.
- Coie, J. D., Lochman, J. E., Terry, R. y Hyman, C. (1992). Predicting early adolescent disorder from childhood aggression and peer rejection. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 783-792.
- Deffenbacher, J. L. (1999). Cognitive-behavioral conceptualization and treatment of anger. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 295-309.
- Deffenbacher, J.L., Dahlen, E., Lynch, R., Morris, C. y Gowensmith, W. (2000). An application of Beck's Cognitive Therapy to General Anger Reduction. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 689-697.
- Díaz-Aguado, M.J. (2005). La violencia entre iguales en la adolescencia y su prevención desde la escuela. *Psicothema*, 17, 549-558.
- Dodge, K. A., Lochman, J. E., Harnish, J., Bates, J. y Pettit, G. (1997). Reactive and proactive aggression in school children and psychiatrically impaired chronically assaultive youth. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 37-51.

- Elder, J. P., Edelstein, B. A. y Narick, M.M. (1979). Adolescent psychiatric patients: Modifying aggressive behavior with social skills training. *Behavior Modification*, 3, 161-178.
- Ewen, R. (1988). *Theories of personality* (3d ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Fariz, M.D., Mías, C.D. y De Moura, C.B. (2002). Comportamiento agresivo y terapia cognitivo-comportamental en la infancia. En V.E. Caballo, M.A. Simón (dir.). *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente* (pp. 57-76). Madrid: Pirámide.
- Frey, K.S., Hirschtien, M.K. y Guzzo, B.A. (2000). Second Step: Preventing aggression by promoting social competence. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 8, 102-112.
- Garaigordobil, M. (2004). Intervención psicológica en la conducta agresiva y antisocial con niños. *Psicothema*, 16, 429-435.
- Goldstein, A.P. y Keller, H. (1987). *Aggressive behavior: Assessment and intervention*. NY, US: Pergamon Press.
- Gordon, D.A., Graves, K. y Arbuthnot, J. (1995). The effect of functional family therapy for delinquents on adult criminal behaviour. *Criminal Justice and Behavior*, 22, 60-73.
- Grietens, H. y Hellinckx, W. (2004). Evaluating effects of residential treatment for juvenile offenders by statistical meta-analysis: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 401-415.
- Grossman, D.C., Neckerman, H.J., Koepsell, T.D., Liu, P.Y., Asher, K.N., Beland, K., Frey, K. y Rivara, F. P. (1997). Effectiveness of a violence prevention curriculum among children in elementary school. *Journal of the American Medical Association*, 277, 1605-1611.
- Hamburg, D.A. y Hamburg, B.A. (2004). *Learning to live together. Preventing hatred and violence in child and adolescent development*. NY: Oxford University Press.
- Herschell, A.D., Calzada, E.J., Eyberg, S. M. y McNeil, C. (2002). Parent-Child interaction therapy: New directions in research. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 9-16.
- Ireland, J.L. (2004) Anger Management Therapy With Young Male Offenders: An Evaluation of Treatment Outcome. *Aggressive Behavior*, 30, 174-185.
- Kassinove, H. y Tafrate, R.C. (2005). *El manejo de la agresividad*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Kazdin, A.E. (2003). Problem solving skills training and parent management training for conduct disorder. En A. E. Kazdin y J.R. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 241-262). New York: Guilford Press.
- Kazdin, A.E. (2005). *Parent Management Training*. New York: Oxford University Press.
- Kazdin, A.E., Siegel, T.C. y Bass, D. (1992) Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 733-747.
- Klein, N., Alexander, J.F. y Parsons, B.V. (1977). Impact of family systems intervention on recidivism and sibling delinquency: A model of primary prevention and program evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 469-474.
- Kupersmidt, J. B. y Coie, J. D. (1990). Preadolescent peer status, aggression, and school adjustment as predictors of externalizing problems in adolescence. *Child Development*, 61, 1350-1362.
- Lochman, J.E. y Dodge, K.A. (1994). Social cognitive processes of severely violent, moderately aggressive, and nonaggressive boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 366-374.
- Lochman, J.E. y Lenhart, L.A. (1993) Anger coping intervention for aggressive children: Conceptual models and outcome effects. *Clinical Psychology Review*, 13, 785-805.
- Lochman, J.E. y Wells, K.C. (2004). The Coping Power Program for preadolescent aggressive boys and their parents: Outcome effects at the 1-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 571-578.
- Loeber, R., Wung, P., Keenan, K., Giroux, B., Stouthamer-Loeber, M., Van Kammen, W.B. y Maughan, B. (1993). Developmental pathways in disruptive child behavior. *Development and Psychopathology*, 5, 101-132.
- López-Muñoz F., Álamo C. y Cuenca. E. (1999). Aggressivity and psychotropic drugs: regulators and inducers of aggressive behaviours. (serial online) [http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol3num2/art\\_7.htm](http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol3num2/art_7.htm) (citado 20/12/2005)

- McGuire, J. (2005). Enfoques psicosociales para comprender y reducir la violencia en los jóvenes. En V. Varma, *La violencia en niños y adolescentes* (pp. 85-105). México D.F.: Trillas.
- Meichenbaum, D. (1975) Theoretical and treatment implications of developmental research on verbal control of behavior. *Canadian Psychological Review*, 16, 22-27.
- Meichenbaum, D.H. y Goodman, J. (1971) Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 115-126.
- Meichenbaum, D.H. y Deffenbacher, J.L. (1988) Stress inoculation training. *Counseling Psychologist*, 16, 69-90.
- Miller, G.E. y Prinz, R.J. (2003) Engagement of Families in Treatment for Childhood Conduct Problems. *Behavior Therapy*, 34, 517-534.
- Moffit, T.E. (1993). "Life-course persistent" and "adolescence limited" antisocial behaviour: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701.
- Nangle, D.W., Erdley, C.A. y Carpenter, E.M. (2002). Social skills training as a treatment for aggressive children and adolescents: A developmental-clinical integration. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 169-199.
- Needham, I., Abderhalden, C. y Meer, R. (2004). The effectiveness of two interventions in the management of patient violence in acute mental inpatient settings: Report on a pilot study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 595-601.
- Novaco, R. W. (1975) *Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment*. Oxford, England: Lexington.
- Olweus, D. (1979) Stability of aggressive reaction patterns in males: A review. *Psychological Bulletin*, 86, 852-875.
- Ortega, R. (2004). Lo mejor y lo peor de las redes de iguales: juego, conflicto y violencia. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 44, 93-113.
- Ortega, R. y Del Rey, R. (2001). Aciertos y desaciertos del proyecto Sevilla anti-violencia escolar (SAVE). *Revista de Educación*, 324, 253-270.
- Pellegrini, A. D., Bartini, M. y Brooks, F. (1999). School bullies, victims, and aggressive victims: Factors relating to group affiliation and victimization in early adolescence. *Journal of Educational Psychology*, 91, 216-224.
- Poulin, F. y Boivin, M. (1999). Proactive and reactive aggression and boys' friendship quality in mainstream classrooms. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 7, 168-177.
- Redondo, S., Sanchez-Meca, J. y Garrido, V. (1999). The influence of treatment programs on the recidivism of juvenile and adult offenders: A European meta-analytic review. *Psychology, Crime and Law*, 5, 251-278.
- Rubin, K.H., Chen, X., McDougall, P., Bowker, A. y McKinnon, J. (1995). The Waterloo Longitudinal Project: Predicting internalizing and externalizing problems in adolescence. *Development and Psychopathology*, 7, 751-764.
- Sanders, M.R., Cann, W. y Markie-Dadds, C.I. (2003). The triple P-positive parenting programme: A universal population-level approach to the prevention of child abuse. *Abuse Review*, 12, 155-171.
- Sanders, M.R., Markie-Dadds, C.I. y Tully, L. A. (2000). *The Triple P-Positive Parenting Program: A comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 624-640.
- Selman, R. L. y Schultz, L.H. (1990) *Making a friend in youth: Developmental theory and pair therapy*. Chicago, IL, US: University of Chicago Press.
- Snyder, J.J. y White, M.J. (1979). The use of cognitive self-instruction in the treatment of behaviorally disturbed adolescents. *Behavior Therapy*, 10, 227-235.
- Sukhodolsky, D.G., Kassinove, H. y Gorman, B.S. (2004). Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 247-269.
- Tremblay, R.E., Masse, B., Perron, D., Leblanc, M., Shwartzman, A.E. y Ledingham, J.E. (1992). Early disruptive behaviour, poor schools achievement, delinquent behaviour, and delinquent personality: Longitudinal analyses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 64-72.

- Tremblay, R., Nagin, D., Séguin, J., Zoccolillo, M., Zelazo, P., Boivin, M., Pérusse, D. y Japel, Ch. (2004). Physical aggression early childhood: trajectories and predictors. *Pediatrics*, 114,43-50.
- Vigotsky, L. (1978). *Mind in society*. En M. Cole, V. John Steiner, S. Scribner y E. Souberman (eds.) Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Vitaro, F., Brendgen, M., Pagani, L., Tremblay, R.E. y McDuff, P. (1999). Disruptive behavior, peer association, and conduct disorder: Testing the developmental links through early intervention. *Development and Psychopathology*, 11, 287-304.
- Vitiello, B. y Stoff, D.M. (1997). Subtypes of aggression and their relevance to child psychiatry. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 307-315.
- Walker, H., Stiller, B., Severson, H.H., Feil, E.G. y Golly, A. (1998). First step to success: Intervening at the point of school entry to prevent antisocial behaviour patterns. *Psychology in the Schools*, 35, 259-269.
- Webster-Stratton, C. y Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 93-109.
- Weissberg, R.P. y Caplan, M. (1998). Promoting Social Competence and Preventing Antisocial Behavior in Young Urban Adolescents. <http://www.temple.edu/lss/htmlpublications/publications/pubs98-22.htm> (citado 16/4/2006)
- Wilson, S.J., Lipsey, M.W. y Derzon, J.H. (2003). The effects of School-based intervention programs on aggressive behaviour: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 136-149.