
PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA

JOAQUÍN DÍAZ ATIENZA
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil
Almería

INTRODUCCIÓN

Tal vez no exista ningún otro trastorno psiquiátrico que reúna mejores condiciones que los trastornos de conducta en la infancia y adolescencia para poder establecer programas de prevención eficientes. Esta afirmación se sustenta en los aspectos siguientes:

1. La población en riesgo es absolutamente conocida.
2. Disponemos de instrumentos fiables para detectar el problema.
3. Existe un amplio margen temporal para la intervención y la evaluación (al menos desde los 10 años hasta la adolescencia).
4. Conocemos una serie importante de factores causales que son susceptibles a la intervención preventiva:
 - a. Ambiente social desorganizado.
 - b. Adversidad familiar.
 - c. Educación/supervisión parental deficiente.
 - d. Déficit en las habilidades cognitivas y emocionales.

De otra parte, sabemos que las intervenciones “terapéuticas” son relativamente poco exitosas si no se interviene simultáneamente sobre los factores de riesgo (o mantenedores). Sin embargo, son escasos los programas que estén diseñados convenientemente. Es decir, que mantengan una asignación aleatoria de los sujetos y con medidas de los efectos a largo plazo o que utilicen las clasificaciones a uso (CIE o DSM) en el diagnóstico de los TC.

Los **Programas de Prevención** deberían cumplir un mínimo de requisitos metodológicos:

1. Las intervenciones preventivas deben contemplar a niños sin problemas con objeto de poder evaluar el efecto preventivo.
2. Las intervenciones debería incluir a niños de 12 años o menores al inicio de la intervención con objeto de determinar que la implementación del programa se ha realizado antes de la presentación del trastorno.
3. El programa debe contemplar un periodo de seguimiento de la menos un año con objeto de determinar si posee efectos a medio plazo.
4. Deben utilizar el método de aleatorización en la inclusión de sujetos o utilizar diseños cuasi-experimentales con medidas pre-post intervención.

El término prevención podemos redefinirlo en base a donde se aplica. Así tenemos:

1. Intervención preventiva universal: se aplica en la población general.
2. Intervención preventiva selectiva: se aplica en población que presentan cierto riesgo de tipo ambiental.
3. Intervención preventiva indicada: Se aplica a individuos asintomáticos con alto riesgo debido a características individuales.

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

En este tema expondremos solamente aquellos **Programas de Prevención** que han demostrado su eficacia y que han seguido una metodología experimental o cuasi-experimental en su demostración. Lo dividiremos en aquellos que se han aplicado en diferentes tramos de edad. Finalmente expondremos los que se han aplicado en adolescentes embarazadas de alto riesgo.

1. The Seattle Social Development Project.

Programa de prevención universal cuyos resultados han sido publicados por Hawkins y col (1999). Se diseñó un experimento cuasi-experimental con grupo de control: inicialmente se seleccionaron a todos los alumnos de primer curso de primaria de seis colegios asignaron a los alumnos aleatoriamente al grupo intervención o al grupo control. Un séptimo colegio fue asignado completamente al grupo de intervención y un octavo al grupo control. Cuatro años más tarde, en el curso de 5º, la muestra se incrementó el grupo control y se constituyó un segundo grupo experimental (grupo de intervención tardía).

La intervención fue multimodal incluyendo entrenamiento del profesorado en el manejo proactivo de la clase, enseñanza y aprendizaje interactivo, entrenamiento en la solución interactiva de problemas, entrenamiento de los alumnos en la resistencia a las influencias sociales no deseables y búsqueda de alternativas positivas y entrenamiento de los padres en habilidades en el manejo de la conducta infantil.

Las medidas del efecto se realizaron a través de auto-evaluaciones, informes escolares y comunitarios.

Los resultados, después de seis años de seguimiento, fueron:

1. En todos los grupos de intervención se puso de manifiesto una incidencia significativamente menor de actos de violencia con respecto al grupo control.
2. Se encontraron otras mejorías en el grupo experimental con respecto al grupo control: mejor rendimiento académico y menor número de problemas de conducta en el colegio, menor número de consumo de drogas y menor número de conducta sexual inapropiada.
3. El grupo experimental tardío, se encuadraba entre ambos, lo que parece que la intervención tiene un "efecto dosis-dependiente".

2. The Perry Preschool Study y The Preschool Curriculum Comparison Study.

Se trata de uno de los programas que mejor ha demostrado su acción preventiva a largo plazo. El primero que se aplicó fue el Perry Preschool Study en donde 123 alumnos fueron asignados aleatoriamente al programa o no programa. En el segundo, el Preschool Curriculum Comparison Study, se asignaron los alumnos (68) de forma aleatoria en tres grupos: grupo con instrucciones directas, grupo de alto/apropiado rendimiento (High/Scope Model) y al grupo de intervenciones en escuelas infantiles (Nursery School Curriculum Programme). El High/Scope Model representa una estructura abierta en la que tanto el profesor como el alumno inician actividades. El énfasis se realiza sobre la planificación, en la realización y en la revisión de las tareas en un ambiente estimulante en el que los profesores juegan un rol de apoyo, reforzamiento intelectual, desarrollo social y físico.

El programa de instrucciones directas está representado por un programa de aprendizaje programado en el que el profesor inicia las actividades y el alumno responde. El énfasis se realiza sobre el rendimiento académico. Por último el Programa de Intervenciones en Escuelas Infantiles representa una actividad centrada en el niño en donde es el alumno el que inicia la actividad y el profesor responde. Las intervenciones preescolares duraron de uno a dos años dependiendo de la cohorte. Estas consistieron en dos horas por la mañana durante la semana y una hora y media semanal de visita a cada madre semanalmente por la tarde. Los participantes en el Perry Preschool fueron seguidos hasta los 22 años y los del Preschool Curriculum hasta los 18 años.

Los resultados en ambos Programas sugieren un efecto positivo en la prevención de delitos en edades tardías de la vida.

En el Perry Preschool Study se redujo significativamente las quejas de los profesores en cuanto a problemas de conducta y menos en la autoevaluación de conductas inapropiadas. En el Preschool Curriculum Comparison Study, tanto el High/Scope preschool model como el Nursery School Curriculum produjeron una disminución de actos delictivos en auto-evaluación como y en referencias oficiales comparado con el de Instrucciones Directas. Estos programas también produjeron mejorías en otros aspectos.

Sin embargo, ambos estudios han recibido alguna crítica respecto a su metodología. De un lado el pequeño efectivo muestral y, de otra, la excesivamente confianza en los resultados de los auto-cuestionarios y de los resultados referidos oficialmente.

A pesar de ello, ambos estudios han demostrado un impacto positivo en la prevención de actos delictivos desde las edades de 18 a 24 años después del final de la intervención. Esto sugiere que la intervención precoz en la infancia, inicialmente cognitivo-conductual por su naturaleza, puede reducir la conducta antisocial a largo plazo. Es muy importante conocer los mecanismos a través de los cuales estas intervenciones intervienen en los resultados finales.

3. The Houston Parent-Child Development Center (PCDC) Project.

Se trata de una intervención selectiva en familias americano-mexicanas con bajos ingresos económicos. El programa se diseñó con los objetivos de incrementar la promoción social, la competencia intelectual, y la prevención de problemas de conducta.

Las familias participantes fueron asignadas aleatoriamente al Programa o al grupo Control. Los efectivos asignados a cada grupo no se publicaron como tampoco se expuso ningún tipo de análisis cuando se manifestó que, durante el seguimiento, se perdieron el 50% de las familias participantes en ambos grupos, sin que existieran diferencias entre ambos abandonos (experimental o controles).

Se realizaron dos intervenciones: una cuando los niños tenía la edad de un año que duró hasta que cumplieron los dos años, en los que se inicia la segunda intervención. La primera comprendía visitas domiciliarias enfocadas al desarrollo infantil, habilidades en los cuidados parentales y desarrollo de entorno familiar que favoreciera el aprendizaje. En la segunda intervención los niños y las madres acudían al centro para aprender aspectos relacionados con el cuidado infantil, desarrollo cognitivo y habilidades de comunicación. Periódicamente las madres aprendían habilidades en el manejo del hogar mientras sus hijos estaban en la guardería.

La primera evaluación se realizó a los 5 y ocho años de seguimiento demostrando, según los autores, una disminución de problemas de conducta, referidos por los profesores, en el grupo experimental respecto al grupo control.

Recientemente se han publicado los resultados de un seguimiento de 6 a 13 años. Las familias evaluadas en esta publicación fueron 89 de 153 referidas al programa y 155 de 236 del grupo control. Un análisis preliminar sugiere que una disminución de las conductas externalizantes, cuando son evaluadas por la madre, aunque no cuando la valoración es realizada por los profesores. Tampoco hay diferencias cuando lo evaluado son las conductas de agresión/hostilidad.

En definitiva, parece ser que el programa es preventivo en cuanto a las conductas disruptivas, cuando son evaluadas por las madres, aunque la ausencia de una definición operativa clara para la agresión/hostilidad hace que el programa no sea totalmente afortunado.

4. The Elmira Home Visitation Study.

Este programa consistió en la administración de una serie de cuidados a adolescentes (familias) embarazadas y de alto riesgo. Estas intervenciones fueron: valoraciones periódicas sobre el desarrollo y sensorial, gratuidad en el transporte al centro de valoración, así como la gratuidad de los cuidados del niño hasta el segundo año de vida. También se desarrollaron un calendario de visitas de una enfermera a domicilio durante el embarazo que continuó hasta que el niño cumplió los dos años (esta última modalidad se le denominó Tratamiento 4).

Esta última combinación de servicios se comparó con dos grupos de control: a uno se le administraba gratuitamente las valoraciones sensoriales y del desarrollo y el transporte (se le denominó Tratamiento 1 y 2), o los screening de salud, transporte y las visitas de enfermería (denominado Tratamiento 3). La enfermería hacía especial énfasis en el desarrollo de conductas saludables en las madres, mejoras en los cuidados al niño y desarrollo personal.

Se distribuyeron 400 familias de forma aleatoria a cada grupo de tratamiento siendo, por tanto, la intervención de tipo selectivo si tenemos en cuenta que:

- Eran mujeres menores de 19 años.
- Solteras o
- Pertenecían a un bajo estatus socioeconómico.

Las mujeres fueron seleccionadas antes de las 25 semanas de gestación y fueron seguidas durante 13 años después de finalizada la intervención.

La mayoría de las diferencias entre los Tratamientos 1 – 2 y 4 se dieron en un subgrupo de mujeres pertenecientes a una casa de acogida para embarazadas con bajo estatus socioeconómico. Este subgrupo se operativizó, a su vez, en dos subgrupos: con/sin altos niveles de estrés y escasos recursos personales para afrontar el estrés. En éste subgrupo de mayor riesgo, las mujeres pertenecientes al Tratamiento 4 (respecto a los Tratamientos 1 -2) presentaron menor número de embarazos, menor número de los tickets para alimentos y de los servicios de ayuda familiar. También auto-refirieron menor consumo de alcohol y otras drogas, arresto y encarcelamientos, menor número de actos negligentes y de abuso infantil.

En cuanto al efecto de la intervención sobre los problemas de conducta antisocial en los hijos, se evidenció que:

- Las madres pertenecientes al Tratamiento 4 describieron un mayor número de intervenciones de la policía, aunque menor número de arrestos o multas.
- Los efectos positivos del Tratamiento 4 sobre los arrestos y las multas se concentraron en niños de madres solteras y madres solteras y con bajo nivel socioeconómico.
- En el subgrupo de madres solteras y de bajo estatus socioeconómico, éstas refirieron un menor número de arrestos y fugas del hogar comparado con los Tratamientos 1-2.

QUÉ HACER Y CÓMO

- La respuesta a qué hacer podemos encontrarla en los resultados de alguno de los programas expuestos respecto a los que no han dado resultados positivos en la prevención de los trastornos de conducta. Entre los expuestos anteriormente, el *High/Scope* supone una gran eficacia en la prevención a largo plazo, especialmente con la intervención focalizada en el desarrollo cognitivo.
- El *Perry Preschool Study* puso en evidencia que la intervención precoz a nivel preescolar mejora el coeficiente intelectual de los participantes y que esto, a su vez, incrementa la motivación precozmente en la escuela elemental dando lugar a la consecución de niveles más altos de escolaridad con menor número de arrestos, así como un mayor sueldo a la edad de 27 años.
- Se cree que es importante la generalización al domicilio lo conseguido en el ámbito escolar, ya que sería esta generalización la que produciría un aumento de la motivación escolar.
- También parece que en la implementación de los programas preventivos son fundamentales las visitas domiciliarias para prevenir las conductas disruptivas. Estas visitas deberían desarrollar habilidades en la pareja en los cuidados de niño. De aquí que actualmente se haga un énfasis especial en este aspecto.
- Otro aspecto determinante en la prevención se refiere al impacto que sobre la presentación de problemas de conducta representa la pertenencia a un grupo de iguales con este problema. De aquí que algunos programas, como el *Montreal Longitudinal Experimental Study* (véase tabla – 1), contemple como medida la reducción del contacto con grupos de iguales con problemas de conducta. Se recomienda el entrenamiento en habilidades a los padres y de habilidades sociales en el niño, habiéndose demostrado que reduce la prevalencia de trastornos de conducta a la edad de 13 años. También parece que la supervisión de los padres da lugar a que el niño seleccione mejor sus amistades. El riesgo se produce a través de modelaje y el reforzamiento, particularmente cuando en el grupo el número de niños con trastornos de conducta excede a los que no los presentan.
- Por tanto, las intervenciones multicomponentes son las que mejor ejerce una acción preventiva. Igualmente, las intervenciones durante un largo periodo de tiempo e implementadas a edades muy tempranas, son las más eficaces en la prevención de los trastornos de conducta.

PROGRAMAS ACTUALMENTE EN CURSO

1. The Fast Track Project (Conduct Problems Prevention Research Group).

Combina un programa de intervención preventiva universal con una intervención indicada en niños de alto riesgo. Se seleccionaron, aparearon y aleatorizó la intervención frente a un grupo control las escuelas elementales de cuatro ciudades americanas consideradas de alto riesgo en base a los actos delictivos y nivel de pobreza que presentaban.

Durante cinco años se aplicó el programa (comenzó en primaria) con técnicas de desarrollo emocional, comprensión social y técnicas de autocontrol. Además se delimitó un grupo de riesgo – presentaba puntuaciones mayores al 10% que recibió en cuestionarios de profesores y padres en conductas agresivas, conductas oposicionistas y disruptivas – al que se le aplicó entrenamiento en habilidades sociales, apoyo psicopedagógico en lectura y técnicas de mejora en las relaciones amistosas en clase (apareamiento con niños apropiados). A los padres se les administró técnicas creación de ambiente familiar positivo, mejoras en la coordinación con el colegio, técnicas en solución de problemas, aplicación del tiempo fuera y técnicas de autorregulación.

Los primeros resultados, en cuanto a la intervención universal, al año de la intervención pusieron de manifiesto un menor número de problemas de conducta, de agresiones entre iguales y mejor ambiente en el aula en comparación con el grupo control. En cuanto a los resultados en el grupo de riesgo, al tercer año, evidenció un menor número de conductas oposicionistas y agresivas respecto al grupo control, según refirieron los padres.

Un punto fuerte de este programa es el hecho de que contempla una serie de variables posiblemente mediadoras respecto a los resultados finales. Este planteamiento posibilitaría descubrir como la intervención disminuye las conductas agresivas. En este sentido, un estudio preliminar, ha puesto en evidencia un cierto número de factores pertenecientes al niño y a los padres que condicionan los resultados finales.

2. The Better Beginning, Better Futures Project.

Se está desarrollando en Ontario (Canadá). Se trata de una intervención preventiva universal llevada a cabo por los servicios sociales en comunidades de alto riesgo (pobreza extrema y alta desorganización). La evaluación de resultados es externa a los que ejecutan el programa.

El proyecto ha implementado dos modelos:

PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA.

- *Modelo 1:* Combina una intervención prenatal e infantil con un programa preescolar desarrollado hasta los cuatro años.
- *Modelo 2:* Se trata de un programa realizado en preescolares y primaria en niños de edades comprendidas entre los cuatro y ocho años.

Participan 11 comunidades. En ocho de ellas se ha implementado el programa prenatal/preescolar y en tres el programa preescolar/primaria. El seguimiento se realiza hasta la edad de 20 años.

CARACTERÍSTICAS QUE DEBRÍA CUMPLIR EL DISEÑO Y LA APLICACIÓN DE LOS PROGRAMAS

Si deseamos conocer el rol preventivo de una determinada intervención, el procedimiento metodológico debería cumplir, al menos, los siguientes requisitos:

- Los sujetos asignados al grupo de intervención y controles deben ser distribuidos aleatoriamente.
- Cuando se realicen evaluaciones pre-intervención los resultados deben tenerse en cuenta para que tras la aleatorización los grupos que se creen sean homogéneos.
- Deberían medirse sistemáticamente las variables supuestamente mediadoras en la presentación de los trastornos de conducta.
- Midiendo las variables mediadoras al inicio de la intervención nos puede ser útiles para delimitar subgrupos que puedan beneficiarse de una intervención específica.
- Se recomienda intervenir en múltiples contextos, así como que las intervenciones sean lo más duraderas posible. En definitiva, múltiples contextos (escuela, familia), desde diversas perspectivas (padres, profesores) y múltiples áreas (drogas/alcohol, autoestima, sexualidad...).
- Cualquier programa debería ir acompañado de un manual de referencia que asegure que la intervención es la misma para todos los participantes. Este aspecto redundaría positivamente en la validez interna de la intervención.
- Analizar las variables ligadas (calidades) a los técnicos que desarrollan el programa puede ser muy importante en el resultado final: su implicación, motivación, habilidades etc...

BIBLIOGRAFÍA (A parte)