

CARACTERIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE
TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL
MANEJO DE PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO EN
NIÑOS Y ADOLESCENTES REALIZADOS EN BOGOTÁ
ENTRE 2002 Y 2008

CHARACTERIZATION OF COGNITIVE BEHAVIORAL TREATMENT PROGRAMS FOR
MANAGING BEHAVIOR PROBLEMS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS IN BOGOTA
BETWEEN 2002 AND 2008

Jaime Moreno Méndez
Emilio Utria Rodríguez*
Universidad de San Buenaventura (Colombia)

Resumen

El presente proyecto describe y analiza las características de los programas de tratamiento cognitivo-conductual de los problemas de comportamiento en niños y adolescentes realizados en Bogotá entre los años 2002 y 2008. Para tal fin se llevó a cabo una investigación de corte empírico-analítico, de tipo descriptivo con una metodología de carácter documental, la cual permitió identificar el estado actual

Fecha de recepción: 30 de febrero de 2011
Fecha de aceptación: 23 de agosto de 2011

* Directores de investigación. Grupo de Investigación Avances en Psicología Clínica y de la Salud, Facultad de Psicología Universidad de San Buenaventura, Bogotá, D.C.
E-mail: jaimehm@yahoo.com oeur81@hotmail.com.

de los diferentes programas objeto de este estudio en términos de los logros y avances, así como las limitaciones, dificultades y vacíos que presentan en el contexto local.

Palabras clave: programas de tratamiento, problemas de comportamiento, niños y adolescentes.

Abstract

This project describes and analyzes the characteristics of the programs of cognitive-behavioral treatment of behavior problems in children and adolescents in Bogota during the years 2002 to 2008. Aiming at this objective, an investigation was conducted with an empirical-analytic, descriptive methodology with a documentary, which identified the current status of the various programs subject of this study in terms of achievements and progress and the limitations, difficulties and gaps that occur in the local context.

Keywords: treatment programs, behavioral problems, children and adolescents.

INTRODUCCIÓN

Los problemas de comportamiento infantil son un hecho cotidiano que está alcanzando niveles crecientes de interés y atención en la sociedad. Las familias están cada vez más sensibilizadas sobre los problemas de comportamiento en los niños y las consecuencias que generan en los entornos familiar, escolar y social. Esta demanda de la sociedad se va abordando a través del interés de los profesionales que trabajan tanto en salud mental infantil como en el ámbito académico por estudiar dicho fenómeno con el fin de plantear programas de prevención al respecto.

Los problemas de comportamiento infantil con frecuencia son observados en niños, incluso, cumplen criterios de trastorno clínico (Moreno, 2007). En tal sentido, Díaz-Sibaja (2005) refiere que el trastorno de comportamiento perturbador en la infancia y la adolescencia hace referencia a la presencia de un patrón de conducta persistente, repetitivo e inadecuado para la edad del niño, que se caracteriza por el incumplimiento de las normas sociales básicas de convivencia y por la oposición a los requerimientos de las figuras de autoridad, que trae como consecuencia un deterioro en las relaciones familiares y/o sociales.

Moreno (2007) señala que los niños con problemas de comportamiento tienen dos características principales que son la inflexibilidad y la baja tolerancia. La inflexibilidad se refiere a la dificultad para cambiar, adaptarse a diferentes circunstancias; y la baja tolerancia a la frustración indica, por una parte, que les resulta muy difícil soportar eventos o situaciones que no estén acordes a lo que ellos quieren o esperan, por una parte; pero también que los tropiezos y limitaciones propios de la vida diaria les afectan más y les cuesta más trabajo soportarlos.

En la vida cotidiana, estas dos dificultades conllevan a que el niño tenga fallas para realizar cambios y para pensar con claridad cuando no obtiene el resultado esperado ya sea en el ambiente familiar, el escolar o el social. Consecuentemente, responde a las demandas sencillas con extrema inflexibilidad, y cuando la presión aumenta, observa comportamientos desproporcionados cuyas características son la agresión física o verbal o la autoagresión. Esta problemática con frecuencia desencadena pataletas que generan estrés en el entorno del niño y que van minimizando los aspectos positivos que pueda tener.

Además de los anteriores problemas, la mayoría de estos niños evidencian otras dificultades, en la medida en que su comportamiento se ha exacerbado hasta el punto de cumplir criterios clínicos propios como los señalados en el DSM IV TR o en la CIE 10. Algunos manifiestan características del trastorno negativista desafiante y en casos extremos del trastorno disocial de la conducta. En otros casos, pueden tener trastornos del estado del ánimo ya que, además de ser irritables, también pueden aparecer como exageradamente activos y en otras, depresivos. Otro grupo de niños puede presentar trastornos de ansiedad (cuando tienen preocupaciones excesivas y recurrentes).

En el ámbito de la Psicología Clínica infantil y juvenil, los problemas de la conducta perturbadora reciben diferentes denominaciones. Según el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), estos son trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador que refieren al TDAH, al trastorno negativista desafiante y al trastorno disocial de la conducta y al trastorno del comportamiento no especificado. En el CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) carecen de un nombre genérico común, aunque se recogen varios trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia.

Las conductas perturbadoras también conforman algunas dimensiones (rasgos) comportamentales identificadas empíricamente y recogidas en sistemas de clasificación infantiles como el Sistema Achenbach de Evaluación con Base Empírica” (Aseba) bajo la denominación de síndromes exteriorizados (Fernández & Muñoz, 2005).

Según Achenbach & Rescorla (2001), la noción de aplicar categorías para psicopatologías infantiles deriva de un modelo médico que propone categorías estables de enfermedad; desde esta perspectiva, un individuo tiene o no un desorden; en contraste, el punto de vista que caracteriza las psicopatologías en dimensiones de comportamiento o en tipologías se basa en una perspectiva de la psicopatología del desarrollo.

La primera dimensión, denominada “internalizante”, incluye los trastornos de ansiedad, depresión retraimiento, aislamiento, tristeza, temor y quejas somáticas. En ese sentido, a partir de la conducta internalizante la ansiedad y la depresión, se constituyen en el extremo final de una dimensión o dimensiones a lo largo del continuo del desarrollo nor-

mal de los niños (Achenbach, 1985; McConaugh & Achenbach, 1988; Barkley, 1988).

La segunda dimensión, denominada “externalizante”, incluye los trastornos de conducta, agresividad, desobediencia, crueldad hacia los animales, destructividad, abuso de sustancias y la hiperactividad. Suelen crear problemas a las personas que los rodean, se asocian a comportamientos subcontrolados y son de más frecuente aparición en los niños que en las niñas. Roca & Alemán (2000), (Bongers, Kool, Van der Ende & Verhulst, 2004). Uno de los instrumentos que más se ha utilizado para evaluar las conductas externalizantes es la lista de chequeo de la conducta infantil (Achenbach & Edelbrock, 1983; Fernández & Muñoz, 2005).

Una de las variables que se considera relevante para algunos de estos problemas de comportamiento es la interacción familiar, que configura de manera importante el desarrollo y perpetuación de conductas externalizantes en el niño, con lo cual dificulta su proceso de ajuste al medio. Cuando se encuentra este panorama, los padres buscan ayuda profesional a fin de remediar dicha situación. En ese sentido, uno de los enfoques que más se ha centrado en el manejo de los problemas de comportamiento externalizante e internalizante ha sido la terapia cognitivo-conductual.

La terapia cognitivo-conductual (TCC) no busca entender por qué ocurren las conductas; de hecho se focaliza en el aprendizaje de nuevas conductas. Los comportamientos observables son el foco de cambio. Los clientes deberían venir al tratamiento e identificar conductas específicas a las que ellos desean dirigirse y estar dispuestos a trabajar activamente su cambio.

Según Sampers, Anderson, Hartung, y Scambler (2001) la mayoría de las intervenciones conductuales se basan en los principios de aprendizaje social. Entre los objetivos generales de los programas revisados se encuentran: mejorar la actitud de los padres ante la mala conducta, romper el ciclo de coerción instruyendo a los padres en modos de respuesta más eficaces ante la conducta problema y promoción del comportamiento prosocial a través del refuerzo conductual. Todos los programas revisados informan de resultados positivos a corto plazo.

Moreno (2007) refiere que la mayoría de los programas de tratamiento persiguen el objetivo de enseñar a los padres una serie de estrategias

que les posibiliten, por un lado, reducir o eliminar las conductas inadecuadas del niño, y, por otro, instaurar, incrementar o mantener aquellas conductas consideradas adecuadas o satisfactorias.

Chronis, Chacko, Fabiano, Wymbs & Pelham (2004), respecto de los avances reportados sobre la implementación de los programas dirigidos a padres, sugieren que las intervenciones realizadas en la comunidad (escuela, centros sociales, etc.) promueven la implicación en los programas. También, que la intervención sobre la psicopatología parental (a través de componentes que incluyan manejo de la ira, estrés y emociones) maximiza los efectos a largo plazo de la intervención. Robles & Romero (2011), en un estudio sobre la eficacia de los programas de entrenamiento de padres de niños con problemas de conducta, encontraron que estos evidencian una clara eficacia en la mejora de las interacciones diarias entre padres e hijos.

De acuerdo con Rey (2006), los principales componentes de los programas de entrenamiento a padres revisados se dividen en dos ejes: 1) estrategias dirigidas a la capacitación en el manejo conductual a través del entrenamiento en técnicas de modificación de conducta y formación en los principios de aprendizaje social. 2) Mejora del bienestar de los padres a través de entrenamiento en resolución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales y entrenamiento en manejo del estrés y control de la ira.

Características comunes de los programas de intervención: esta última se dirige fundamentalmente a los padres con el objetivo de clarificar primero la problemática del desarrollo de los niños, y luego de modificar pautas de interacción inadecuadas entre padres e hijos; el contenido se ajusta a brindar información de los principios del aprendizaje, así como entrenamiento en observación y registro de las conductas del niño en la utilización del refuerzo positivo, en procedimientos de eliminación o reducción de conductas y en instrucciones acerca de cómo dar órdenes de forma clara y en términos concretos.

En los últimos años se han desarrollado multitud de programas de entrenamiento a padres que tienen hijos con problemas de comportamiento. Aunque cualquiera de ellos pudiera resultar adecuado, uno de los que más reconocimiento ha tenido en el medio es el de Barkley (1997), ya que fue

diseñado para dar respuesta a las demandas de padres con niños negativistas desafiantes, hiperactivos o disociales. Los objetivos que pretende cubrir el programa están dirigidos a favorecer las interacciones familiares saludables y satisfactorias basadas en la comunicación, la cooperación y el aprecio mutuo; disminuir tanto los conflictos familiares como los que puedan surgir en el entorno escolar; proporcionar a los padres una serie de recursos que les posibilite incrementar los comportamientos adecuados del niño y disminuir o eliminar las conductas consideradas inadecuadas.

Los anteriores planteamientos contribuyen a la comprensión e identificación de factores predisponentes, desencadenantes y de mantenimiento de los problemas de comportamiento internalizante y externalizante, lo cual, a su vez, se constituye en un pilar fundamental para el desarrollo de los programas, planes y proyectos dirigidos a su prevención.

Cerda (2001) refiere que comúnmente se acepta la definición de programa como un conjunto de proyectos relacionados entre sí, que se caracteriza principalmente por implicar una distribución y un ordenamiento de las partes constituyentes de un todo orgánico. También conlleva el acto de preparar los datos previos indispensables para obtener la solución de un problema o, en su defecto, de todos los aspectos que sean indispensables para alcanzar algunos objetivos precisos.

Por otro lado, Sandoval & Fernández (2004) afirman que un programa es un conjunto ordenado y coherente de proyectos que se orientan a la atención de problemas específicos para el logro de los objetivos preestablecidos, y pueden cubrir todo el país o alguna unidad geográfica más pequeña.

Tomando como base las anteriores definiciones, puede decir que “la diferencia entre un programa y un proyecto radica en la magnitud, diversidad y especificidad del objetivo que se quiere alcanzar o la acción que se va a realizar: si es compleja, habrá de ser un programa con varios proyectos; si es sencilla, un simple o único proyecto podrá desarrollarla” como bien lo señala (Ander-Egg, & Aguilar, 2000, p. 16).

A efectos de esta investigación, el programa se entenderá como “un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades, servicios o

procesos expresados en un conjunto de proyectos relacionados o coordinados entre sí y que son de similar naturaleza” (Ander-Egg & Aguilar, 2000, p. 3). Se toma dicha conceptualización puesto que la mayoría de veces un programa corresponde a una totalidad sistemática y organizada de proyectos con un objetivo, una población específica y con un tiempo determinado, que se deriva inicialmente de un plan.

Es importante tener en cuenta que para la presentación de un programa deben considerarse los siguientes elementos: “*antecedentes, justificación, prioridades de intervención, marco estratégico (imagen-objetivo, estrategia y metas), marco de acción, aspectos institucionales y recursos a utilizar*”. La responsabilidad de la formulación de los programas corresponde generalmente a entidades públicas o privadas, de acuerdo con la asignación de responsabilidades que haga el Gobierno central o la directiva con base en los lineamientos dados por la Unidad de Planificación” (Sandoval & Fernández, 2004).

Según López & Pérez (2005), es obvio que antes de programar una intervención lo primero que hay que conocer es a qué necesidades o problemas se pretende dar solución. Por otro lado, Borges (2004, citado por López & Pérez, 2005) describe las principales características del diagnóstico de necesidades de la siguiente manera: a) es un proceso que facilita la toma de decisiones y permite priorizar; b) selecciona datos para convertirlos en decisiones; y c) representa el punto de partida para identificar aquellas situaciones que requieren soluciones.

Aun cuando hay un amplio abanico de programas de tratamiento para los problemas de comportamiento en la infancia, solo algunos han demostrado de manera contundente su eficacia. De igual manera en el medio colombiano es necesario analizar su efectividad debido a las características propias de la población y a las necesidades particulares que se suscitan en los niños con esta problemática. Por tal motivo amerita investigar sobre las características de los programas de tratamiento existentes a nivel local con el fin de proponer alternativas para su mejoramiento.

En Colombia, según el segundo Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas (1997), los problemas más prevalentes en la infancia son los trastornos de ansiedad, seguidos por los trastornos de conducta, la conducta oposicionista, los problemas de aprendizaje,

el déficit de atención con hiperactividad y la depresión. En 1997, la prevalencia de estas problemáticas estaba entre el 4 y el 10%, distribuida de la siguiente forma: trastorno oposicionista 10%; trastornos de conducta, 9% en niños y 3%, en niñas; trastornos de aprendizaje, 5%; déficit de atención con hiperactividad, 4%.

Según Pineda, Kamphaus, Mora, Restrepo, Puerta, Palacio & cols. (1999) la prevalencia de los trastornos de comportamiento infantil se incrementó en un rango entre el 10 y 20% en la población escolar normal. Pineda, Lopera, Henao, Palacio & Castellanos (2001) reportaron que en el año 2000, la prevalencia era del 19.8% de hiperactividad y un 10.6% de problemas de comportamiento negativista en niños de 6 a 11 años de edad. Además, se señaló que un 8.6% de niños en esta edad se encuentran en riesgo de presentar dichas problemáticas.

Andraca, Pino, La Parra, Rivera & Castillo (2002) hacen énfasis que las problemáticas de trastornos psicológicos infantiles están en aumento debido a factores de riesgo relacionados con el desarrollo psicológico infantil; por tanto, los sujetos serán más vulnerables a desarrollar problemas psicológicos a pesar de su corta edad.

En este sentido, uno de los aspectos manifiestos es el bajo índice de investigación acerca de estas problemáticas, ya que en la mayoría de los casos remite hacia la población adulta colombiana, dejando de lado a una población muy vulnerable, a diferencia de diversos trabajos realizados en otros países.

Existe una amplia gama de tratamientos para los trastornos de conducta a nivel internacional, que mayormente se centra en el niño o el adolescente de forma individual con la pretensión de modificar aspectos particulares de su funcionamiento. Por otra parte, están los enfoques centrados en la familia, que pretenden cambiar global o parcialmente su funcionamiento. En último lugar, se encuentran aquellos tratamientos centrados en la comunidad, que hacen énfasis en el contacto directo de los jóvenes con los profesionales y los servicios comunitarios (Buela-Casal, Del Campo & Bermúdez, 2006). A pesar de existir perspectivas de intervención en el contexto colombiano, aún falta validar muchas de estas aproximaciones terapéuticas; esta situación ameritaría analizarse sobre todo si se tiene en cuenta que la alta prevalencia e incidencia a nivel local y nacional de estas problemáticas demanda una respuesta oportuna.

Domitrovich & Greenberg (2000) citados por Henao (2006), plantean que algunos de los pocos programas dirigidos a niños, incluyen un componente para padres. Las intervenciones dirigidas a niños son conducidas en calidad de programas universales en el aula de clase (prevención primaria) o como acciones focalizadas en pequeños grupos de niños que han sido detectados por su comportamiento agresivo y se encuentran en riesgo (prevención secundaria).

Los programas de prevención primaria buscan que los niños desarrollen habilidades sociales, emocionales y cognitivas para la solución de conflictos; por ejemplo, en niños con déficit intelectual, problemas de comportamiento y delincuencia o pobre desempeño académico hay una orientación de estos programas hacia el mejoramiento del desempeño escolar y a la disminución de los problemas de agresión y comportamiento antisocial.

El segundo grupo de programas busca mejorar las habilidades o competencias psicosociales de los niños e intervenir sobre algunos de los factores de riesgo individual (Rotheram, 1982; Lochman, 1992; Webster-Stratton, 2003; citados por Henao, 2006).

Pérez, Pinzón & Alonso (2007) plantean que la formulación de programas de prevención es una de las tareas más urgentes en el área de la salud, y su desarrollo y eficiente evaluación requieren tanto de principios científicamente comprobados como tener en cuenta las necesidades de la población. Asimismo precisa de un enfoque arraigado no solamente en el deseo de asistir a las personas para que mejoren sus estilos de vida, sino también en la consecución de cambios sostenibles en su medio ambiente.

De manera particular, en Colombia, Juárez (2003) refiere que en campos como la delincuencia juvenil, los porcentajes de violencia han permanecido sin cambios o con cambios mínimos, lo cual indica que en general los programas orientados conductualmente para reducir la violencia no han mostrado grandes éxitos. Sin embargo, la ausencia de cambios significativos puede ser explicada por diferentes variables, no solo referidas al diseño del programa, sino a la universalidad de la aplicación, no dirigidas a padres, y que no se hayan tenido en cuenta factores culturales de la población beneficiaria entre otros aspectos. En este sentido es necesario

destacar las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en cuanto a la necesidad de atender las líneas de base para poder medir eficazmente el progreso de los programas.

De igual manera, Juárez (2003) resalta que la elaboración de programas de prevención de comportamientos violentos debe tener en cuenta la intervención en secuencias determinadas ya que el efecto puede ser muy diferente. El modo usual de realización de los programas es intervenir en un período determinado y una vez que finalice, se retira.

Todo lo anterior conlleva la necesidad de analizar si los programas de tratamiento realizados en el contexto local tienen especificadas las líneas base como el proceso de desmantelamiento después de su desarrollo, así como el seguimiento que permita dar cuenta de la efectividad de los resultados. En este sentido se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son las características de los programas de tratamiento cognitivo-conductual para el manejo de los problemas de comportamiento en niños y adolescentes realizados en Bogotá durante los años 2002 a 2008?

OBJETIVOS

Objetivo general

Describir y analizar las características de los programas de tratamiento cognitivo-conductual para el manejo de los problemas de comportamiento en niños y adolescentes realizados en Bogotá entre los años 2002 y 2008.

Objetivos específicos

1. Identificar los aspectos teóricos desde donde se han abordado los programas de tratamiento cognitivo-conductual de los problemas de comportamiento en niños(as) y adolescentes realizados en Bogotá entre los años 2002 y 2008.
2. Identificar los aspectos metodológicos de los programas de tratamiento cognitivo-conductual de los problemas de comportamiento en niños(as) y adolescentes realizados en Bogotá durante los años 2002 a 2008.

3. Identificar los aspectos evaluativos de los programas de tratamiento cognitivo conductual de los problemas de comportamiento en niños y adolescentes realizados en Bogotá entre los años 2002 y 2008.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

El presente estudio se enmarca dentro de un tipo de investigación descriptiva, que utilizando una metodología de carácter documental identifica las características de los diferentes programas de tratamiento cognitivo conductual en problemas de comportamiento en niños y adolescentes realizados en Bogotá entre los años 2002 y 2008 en términos de logros y avances, así como las limitaciones, dificultades y vacíos que presentan.

Unidad de análisis

Programas de tratamiento cognitivo-conductual realizados en la ciudad de Bogotá durante el periodo 2002-2008 (ver apéndice A).

Instrumento

A efectos de analizar los programas se adaptó el instrumento para la recolección de información de los programas de Molina y Moreno (2009) con la correspondiente validación por parte de jueces expertos. El instrumento, denominado recolección de información de los programas (IRIP), consta de 28 categorías orientadoras (datos del programa, nombre del programa, nombre de el(los) autor(es), tipo de institución que lo realiza, datos de contacto, población a la que va dirigida, tipo de programa, objetivos, antecedentes, fundamentación, metodología, apoyo interdisciplinario, diagnóstico de necesidades, criterios de inclusión de la población al programa, actividades, sesiones, tareas para la casa, manual, protocolo, técnicas y estrategias, etapa de planeación, etapa de aplicación, etapa de evaluación del programa, etapa de seguimiento, sostenibilidad y observaciones), que comprenden aspectos teóricos, metodológicos, procedimentales y evaluativos de los programas.

Procedimiento

Las etapas contempladas para el desarrollo de este proyecto de investigación son las siguientes:

Fase preparatoria. El objetivo de esta fase es el de adelantar todas aquellas acciones que permitan el desarrollo del estudio para lo cual se seguirán los siguientes pasos: 1) construcción del instrumento de recolección de información de los programas, 2) validación del instrumento a **nivel metodológico** (con dos jueces que fueron profesores universitarios de metodología de la investigación) **y de contenido** (con tres jueces, quienes tenían experiencia investigativa en problemas clínicos infantiles).

Fase descriptiva. El objetivo de esta fase es la recolección de la información relevante y pertinente sobre programas de tratamiento cognitivo conductual en Bogotá entre los años 2002 y 2008. Para lograr este objetivo se siguieron los siguientes pasos: 1) rastreo de los programas, 2) aplicación del Instrumento IRIP, 3) sistematización de la información.

Fase analítica. El objetivo de esta fase es la realización del análisis de la información recolectada a la luz de referentes teóricos y metodológicos relacionados con el diseño, aplicación y evaluación de programas.

Fase propositiva. El objetivo de esta fase es identificar los parámetros y lineamientos generales para el diseño de un programa en cuanto tratamiento cognitivo conductual de problemas de comportamiento en niños y adolescentes.

RESULTADOS

El proceso de documentación de la investigación comprendió la definición del universo de búsqueda: parámetros o descriptores; revisión en bases de datos, visitas a centros de investigación, de documentación y bibliotecas universitarias en Bogotá.

Los resultados de la búsqueda arrojaron como conclusión preliminar, que en algunos de los sitios visitados no hay una clara conceptualización acerca de los programas por lo que frecuentemente solo son des-

cripciones generales de las actividades de la misma institución, que ya publicadas aparecen referenciadas por título y autor. Asimismo, algunas instituciones apenas desarrollan talleres para el manejo de problemas de comportamiento más que programas estructurados.

Son excepcionales los casos en los que se encuentra un documento completo en la Red sobre el tema objeto de interés. Los sitios seleccionados fueron las bibliotecas de las universidades y sus centros de investigación; ONG y entidades gubernamentales con programas o investigaciones en torno a las temáticas objeto del presente estudio.

En un comienzo, las fuentes de información consultadas para el rastreo de los programas de prevención, se realizó en libros/monografías, tesis de grado, artículos científicos publicados, investigaciones institucionales, ya sea de circulación amplia o restringida.

Luego de revisar los programas se presenta como inconveniente la ausencia de información personal de quienes los desarrollan, ya que esto dificulta su contacto posterior; la única información que aparece consignada es el crédito al diseñador y el nombre de la institución contratante. Se aplicó el instrumento (IRIP) a nueve programas con el propósito de abarcar la mayor cantidad posible de instituciones y entidades públicas y privadas; sin embargo, es probable que en el registro falten muchas de las entidades que pudieran estar manejando dicha problemática.

En su totalidad los documentos corresponden a investigaciones o intervenciones financiadas por entidades académicas interesadas o especializadas en el manejo de comportamientos internalizantes y externalizantes en niños y adolescentes. Conviene anotar que el universo de los estudios realizados seguramente es mucho más amplio que el universo reseñado, aunque muchos de ellos no se publican o no fueron accesibles en el momento de esta investigación.

A continuación se describirán los resultados de los análisis cuantitativo y cualitativo de los nueve programas revisados a través del instrumento de recolección de información de programas (IRIP).

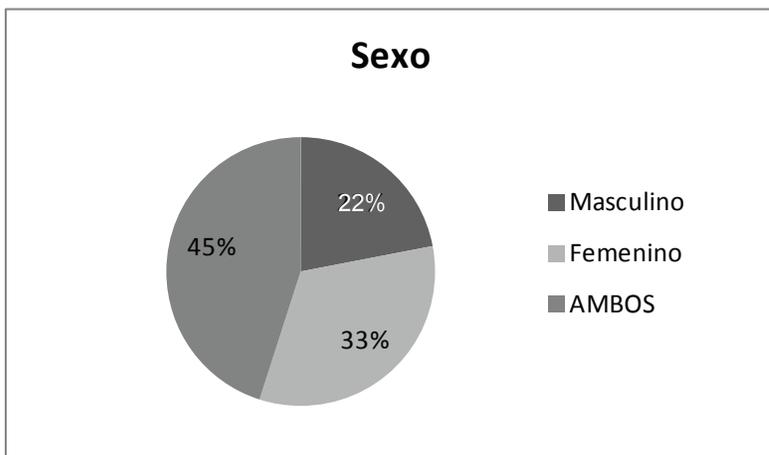


Figura 1. Distribución porcentual de la variable sexo

De acuerdo con la figura 1, el 45% de los programas está dirigidos a ambos sexos; el 33 % solo al sexo femenino, mientras que el 22% únicamente al sexo masculino.

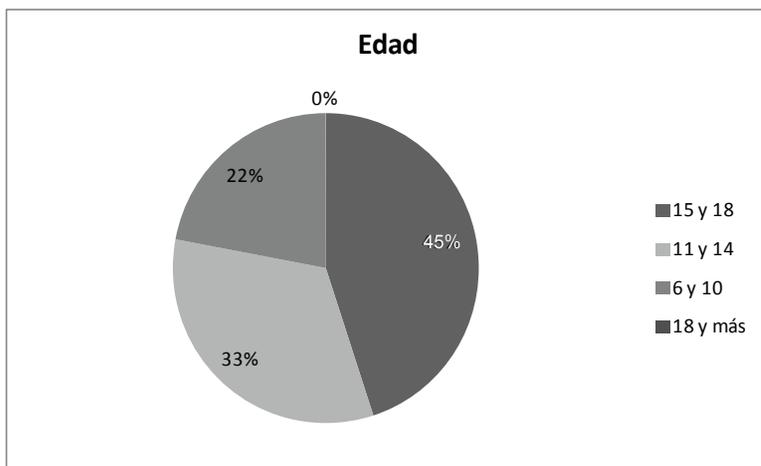


Figura 2. Distribución porcentual de la variable edad

Según la figura 2, el 45% de los programas está dirigido a población adolescente entre 15 y 18 años; el 33% a adolescentes entre 11 y 14 años y solo un 22% a niños entre 6 y 10 años.

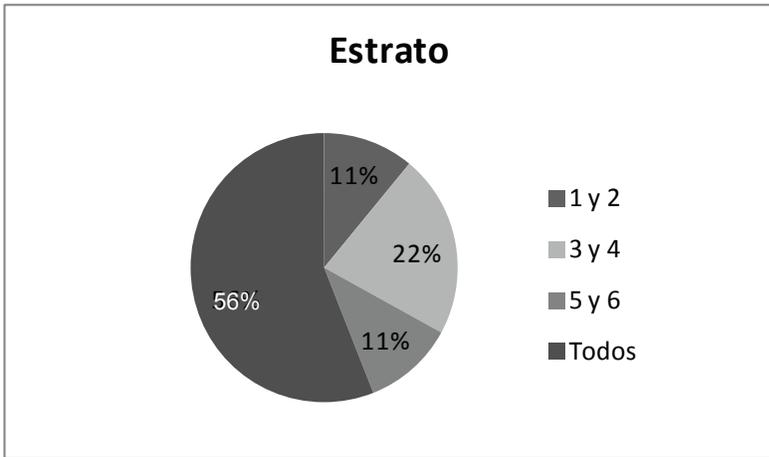


Figura 3. Distribución porcentual de la variable estrato

Como se aprecia en la figura 3, la mayoría de los programas están dirigidos a población de estratos 1 y 2, con un 56%. A los estratos 3 y 4 en un 22% y a los estratos 5 y 6 con un 11%. Se encuentra también que hay un 11% de los programas que están dirigidos a todos los estratos.

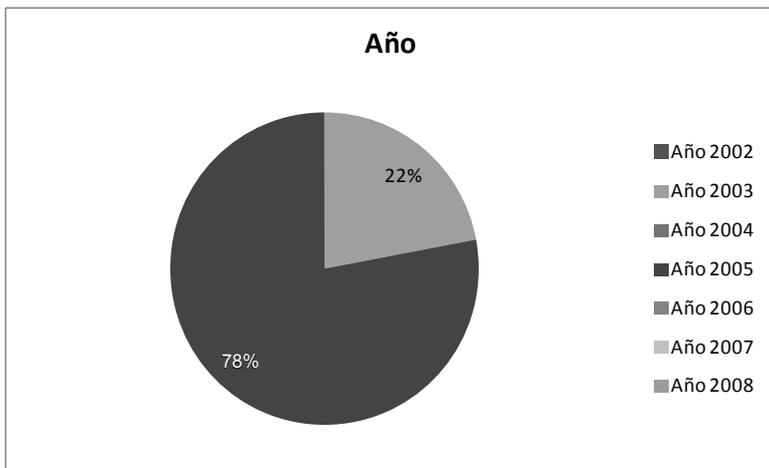


Figura 4. Distribución porcentual de la variable año de aplicación

Tal cual se aprecia en la figura 4, la mayoría de los programas encontrados (78%) fueron aplicados en el año 2005. El 22% restante fueron aplicados en el año 2003. En los otros años no se encontraron programas aplicados.

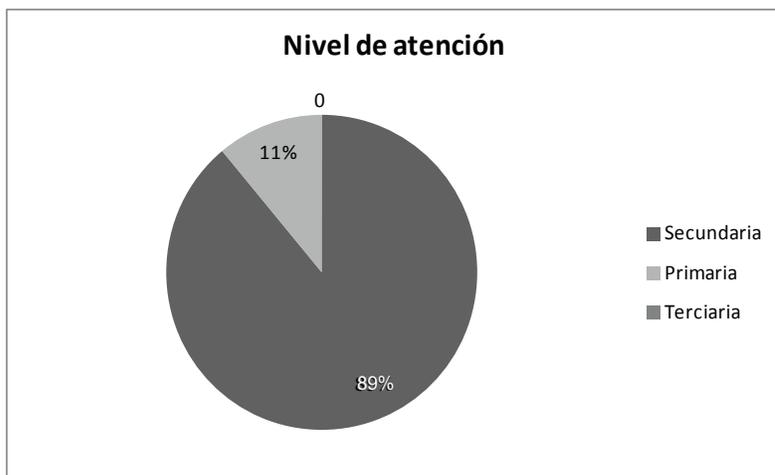


Figura 5. Distribución porcentual de la variable nivel de atención

Como se puede observar en la figura 5, la mayor proporción de los programas se ha enfocado en el 89% de los casos hacia la prevención secundaria, mientras que el 11% se ha dirigido hacia la prevención primaria. Ninguno de los programas hallados está dirigido hacia la prevención terciaria.

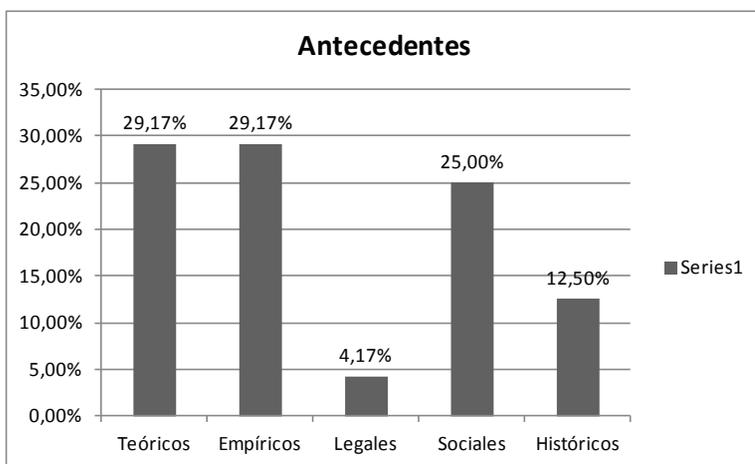


Figura 6. Distribución porcentual de la variable antecedentes del programa

Según la figura 6, los programas encontrados tienen tanto antecedentes teóricos como empíricos en un 29,17% de los casos, respectivamente. Un 25% refiere antecedentes sociales; un 12,5%, antecedentes históricos y solo un 4,17%, antecedentes de tipo legal.

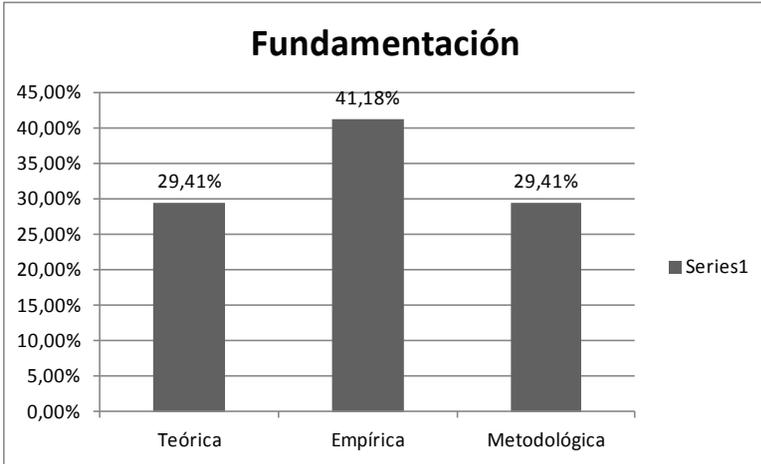


Figura 7. Distribución porcentual de la variable fundamentación del programa

De acuerdo con la figura 7, los programas encontrados tienen fundamentación empírica en un 41,18% y teórica y metodológica en un 29,41%, respectivamente.

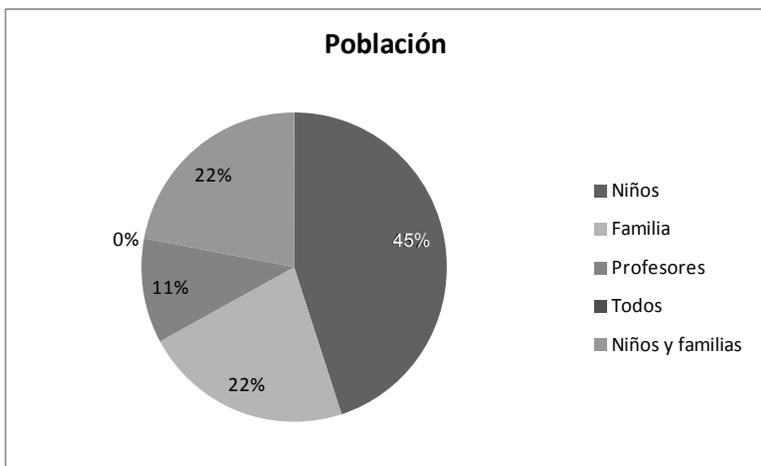


Figura 8. Distribución porcentual de la variable población a quien se dirige el programa

Como se aprecia en la gráfica 8, el 45% de los programas está dirigido a niños; el 22%, a la familia; el 11%, conjuntamente a los niños, la familia y los profesores y el 22%, a los niños y la familia.

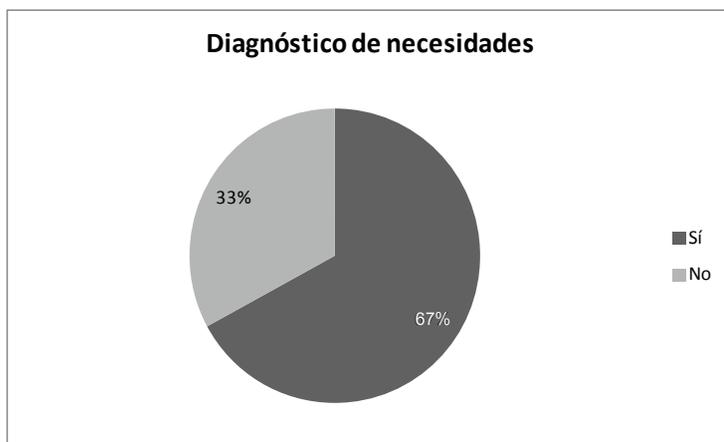


Figura 9. Distribución porcentual de la variable diagnóstico de necesidades

Como se puede observar en la gráfica 9, en el 67% de los programas se realizó un diagnóstico de necesidades, mientras que en el 33% no se llevó a cabo.

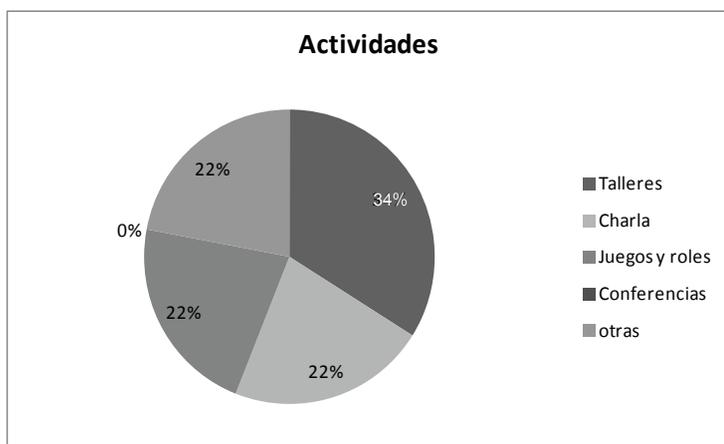


Figura 10. Distribución porcentual de la variable actividades de los programas

De acuerdo con lo presentado en la gráfica 10, en el 34% de los programas se realizaron talleres; en el 22%, charlas y juegos de roles, respectivamente, y en el otro 22% se desarrollaron diversas actividades.

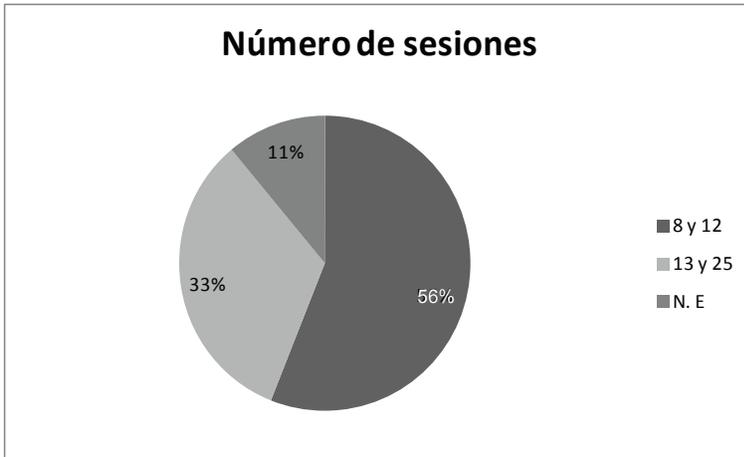


Figura 11. Distribución porcentual de la variable número de sesiones de los programas

Según la gráfica 11, la mayoría de los programas, en un 56%, cuentan con un número entre 8 y 12 sesiones para su desarrollo; un 33%, entre 13 y 25, y un 11% no especifica.

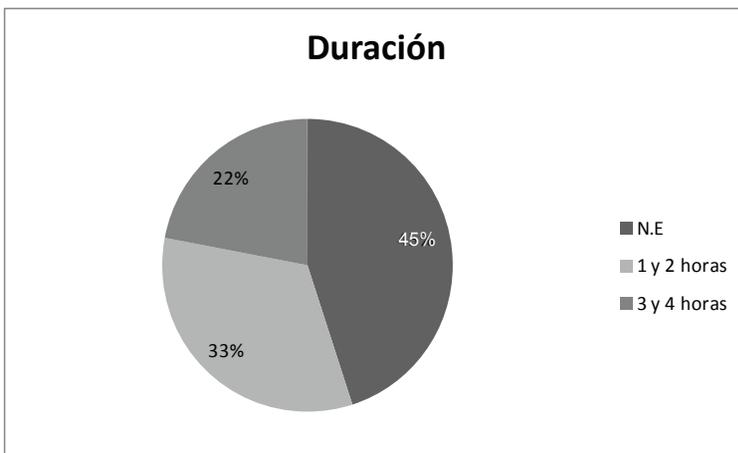


Figura 12. Distribución porcentual de la variable duración de las sesiones del programa

De acuerdo con la gráfica 12, el 45% de los programas no especifica la duración de las sesiones; el 33% emplea un tiempo entre 1 y 2 horas, mientras que en el 22% de los programas las sesiones duran entre 3 y 4 horas.

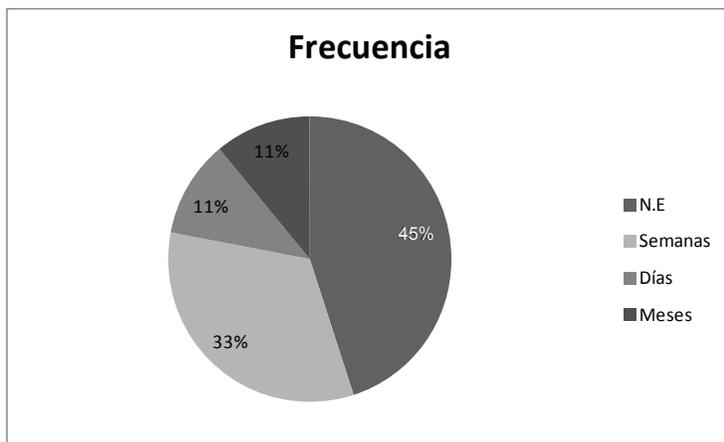


Figura 13. Distribución porcentual de la variable frecuencia de las sesiones del programa

Como se observa en la gráfica 13, en el 45% de los programas no se especifica la frecuencia de las sesiones; mientras el 33% las realiza semanalmente; un 11% las desarrolla diariamente y otro 11% las lleva a cabo mensualmente.

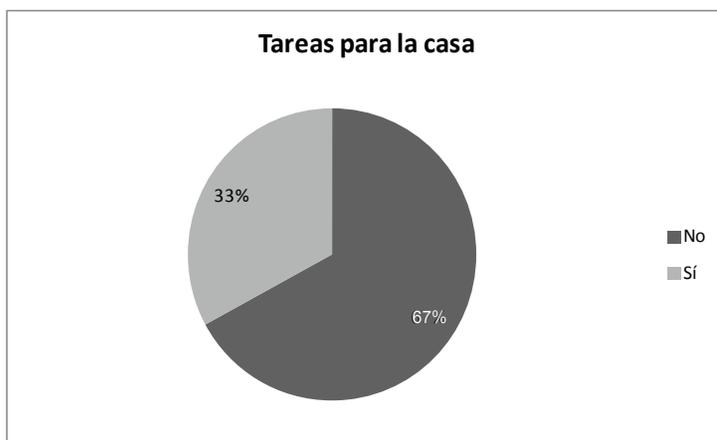


Figura 14. Distribución porcentual de la variable tareas para la casa

Como se observa en la gráfica 14, un 67% de los programas incluye tareas para la casa dentro del mismo, mientras que en un 33% no se plantean.

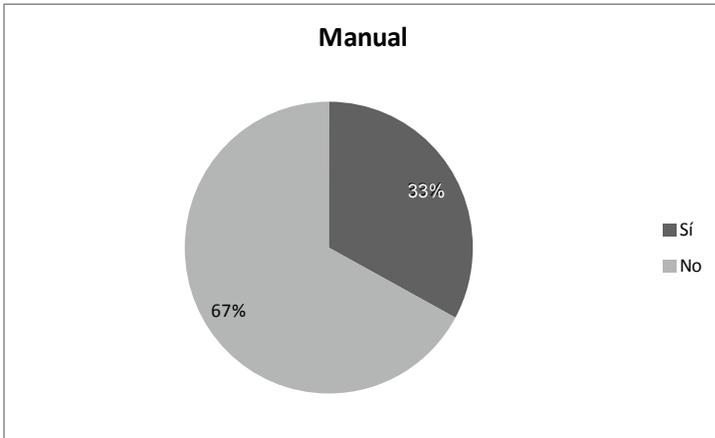


Figura 15. Distribución porcentual de la variable manual del programa

De acuerdo con la gráfica 15, el 67% de los programas no cuenta con un manual guía, mientras que el 33% sí lo incluye.

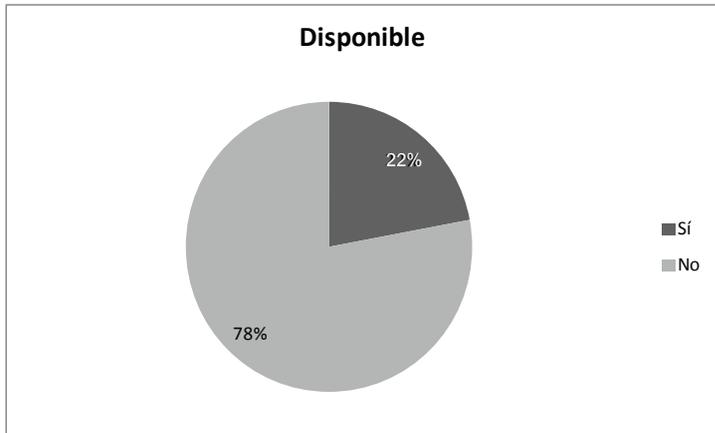


Figura 16. Distribución porcentual de la variable disponibilidad del manual del programa

De acuerdo con la gráfica 16, el 78% de los programas no cuenta con la disponibilidad del manual, y solo el 22% sí lo tiene disponible.

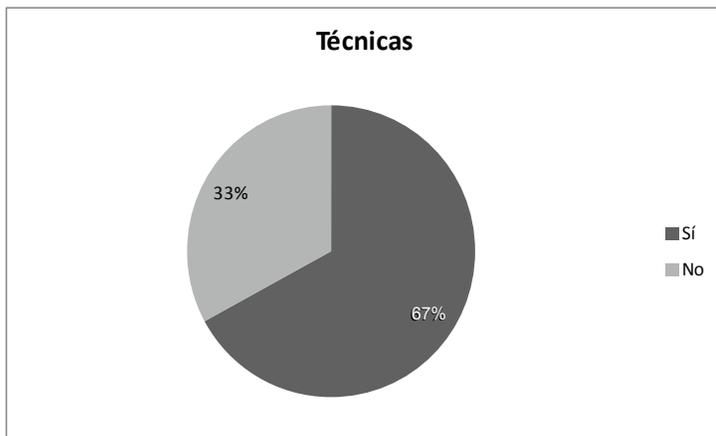


Figura 17. Distribución porcentual de la variable técnicas del programa

De acuerdo con la gráfica 17, en el 67% de los programas se emplean diversas técnicas, mientras que el 33% no las plantea.

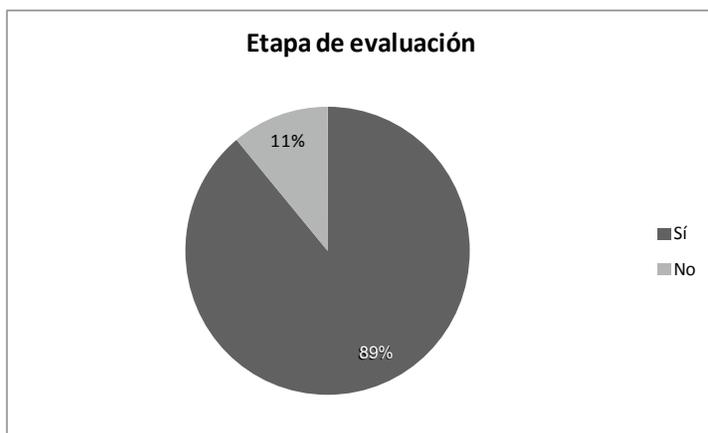


Figura 18. Distribución porcentual de la variable etapa de evaluación

Según la gráfica 18, el 89% de los programas especifica la etapa de evaluación, mientras que el 11% no lo hace.

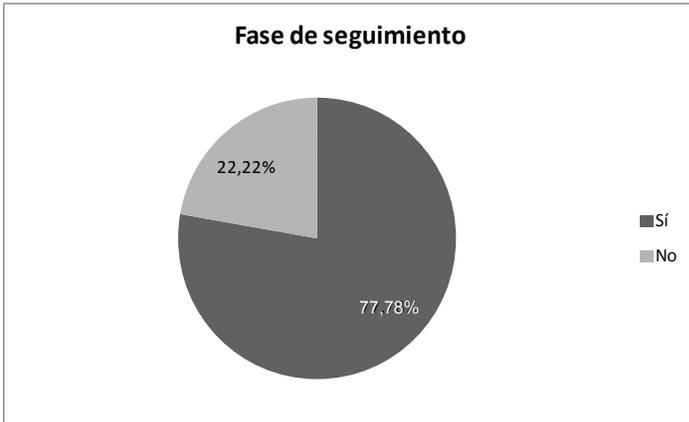


Figura 19. Distribución porcentual de la variable fase de seguimiento

De acuerdo con la gráfica 19, el 78% de los programas realiza fase de seguimiento, mientras que el 22% no lo hace.



Figura 20. Distribución porcentual de la variable resultados de la intervención

Como se aprecia en la gráfica 20, la totalidad de los programas presenta resultados de la intervención.

DISCUSIÓN

Es relevante precisar la edad, sexo y estrato de las personas que se van a beneficiar del programa, pues a partir de ello se plantean los objetivos, las temáticas a abordar y el tipo de intervención; no es lo mismo dirigirla a niños, o adolescentes, que involucrar a padres y profesores, ya que dependiendo de la edad y el estrato, cambiará la estructura, el lenguaje, las actividades a desarrollar, las tareas de casa, etc.

El simple hecho de no puntualizar la edad, sexo y estrato puede dificultar la réplica del programa y, a su vez, comprometer los resultados del mismo.

También se observó que los programas están dirigidos principalmente hacia ambos sexos y en población adolescente. Ello se puede explicar dado que diferentes estudios sugieren que las conductas internalizantes son relativamente estables a través de la infancia y van aumentando un poco durante la adolescencia (Leve, Kim & Pears, 2005). Es importante mencionar que la aparición temprana de los trastornos se relaciona con cronificación y nuevas patologías en la adolescencia y la edad adulta, razón por la cual es importante considerar la implementación de dichos programas desde la infancia.

Hay una tendencia a encontrar la realización de los programas en la población de estratos bajos, lo que podría explicar que la totalidad de los programas hallados se desarrollan desde el ámbito académico universitario como proyección social en respuesta a entornos más desfavorecidos. De igual modo es importante considerar que en estos estratos se presentan mayores estresores sociales con la consiguiente vulnerabilidad a los niños y adolescentes en caso de presentar conductas externalizantes e internalizantes. Ello concuerda con lo encontrado por Beyers, Bates, Pettit & Dodge (2003), quienes refieren que los problemas de conducta no se presentan descontextualizados, es decir, las influencias del ambiente ejercen un papel significativo en su manifestación; en tal sentido desarrollaron un estudio longitudinal donde se establecieron asociaciones entre la estructura del vecindario, los procesos parentales y el desarrollo de problemas de conductas externalizantes en adolescentes. Sobre el particular encontraron, en orden jerárquico,

que el menor monitoreo parental fue asociado con más problemas de comportamiento externalizante a la edad de 11 años; también menos supervisión del tiempo empleado fuera de la comunidad y menos compromiso parental positivo, ambos asociados con incremento en conducta externalizante a lo largo del tiempo; además, el decremento en los niveles de externalización asociado con mayor monitoreo parental fue significativamente más pronunciado cuando los jóvenes vivieron en vecindarios con más inestabilidad residencial.

En cuanto al año de aplicación, se encontró una mayor presencia de programas en el año 2005, así como una disminución considerable en los últimos tres años. Ante este resultado convendría una revisión, dado que si bien las problemáticas de comportamiento se han incrementado en los últimos años debido a factores de riesgo relacionados con el desarrollo psicológico infantil, tal como lo enfatizan Andraca, Pino, La Parra, Rivera & Castillo (2002), la respuesta que se ha venido dando no va en la misma dirección o al menos falta más divulgación de experiencias exitosas que se puedan estar desarrollando y que se pudieran replicar o servir de modelo para el diseño de otros programas.

Sobre el nivel de atención, hay una significativa tendencia a realizar programas en prevención secundaria, es decir, cuando el problema de comportamiento internalizante y externalizante se ha manifestado; esto ameritaría que se pensara en prevención primaria y en promoción de la salud mental con el fin de evitar que los problemas de conducta se presenten y tiendan a cronificarse.

Con respecto a lo mencionado anteriormente, cabe examinar lo señalado por Pérez, Pinzón & Alonso (2007) para quienes la formulación de programas de prevención es una de las tareas más solicitadas en el área de la salud cuyo desarrollo y eficiente evaluación requieren conjuntamente de principios científicamente comprobados y considerar las necesidades de la población. Asimismo necesita un enfoque arraigado no solamente en el deseo de asistir a las personas para que mejoren sus estilos de vida, sino también en busca de cambios sostenibles en su medio ambiente.

Un aspecto de vital importancia para el diseño y desarrollo del programa hace referencia a los antecedentes teóricos, empíricos, legales y sociales, pues ello permite dar un mayor sustento y justificación a su

propio contenido; dichos antecedentes son la recopilación de información sobre teorías, investigaciones, leyes y experiencias sociales que han aportado directa o indirectamente al problema, los cuales constituyen los cimientos metodológicos de un programa.

Algunos de los programas hallados tienen en cuenta estos aspectos; sin embargo, como una proporción considerable carece de ellos, esto podría restarle sustento al trabajo que se desarrolle para el manejo de los problemas de comportamiento externalizante e internalizante. Este aspecto es relevante dado que los problemas en cuestión son resultado de la interacción de factores tanto de tipo individual como contextual, que deben contemplarse al momento de diseñar el programa.

La fundamentación teórica, empírica y metodológica no muestra un mejor panorama, pues menos de la mitad de los programas revisados cuentan con el sustento necesario que los justifica. Los anteriores resultados permiten evidenciar los vacíos de los mecanismos de ayuda para los niños y adolescentes con problemas de comportamiento, y para los adultos que los rodean, quienes probablemente esperan contar con programas basados en fundamentos técnico-científicos que garanticen una mayor efectividad ante esta problemática.

Los anteriores porcentajes demuestran la gran deficiencia en los programas analizados en cuanto a la fundamentación o el tipo de información sobre la cual se basan, pues si no se tiene un conjunto de conocimientos probados y contrastados con anterioridad sobre lo que teóricamente se debería basar el programa ni otros basados en la experiencia, como apoyo empírico del programa, o algunos otros referentes como fundamento del programa, que lo correlacionan con un conjunto de estrategias, procedimientos, o actividades intencionadas, organizadas, secuenciadas e integradas metodológicamente, no es posible sustentar los hallazgos encontrados, ni justificar la propuesta presentada como solución viable, ni evaluar los logros del programa.

Ello podría ser una de las explicaciones al cuestionamiento de Juárez (2003), quien refiere que en campos como la delincuencia juvenil, los porcentajes de violencia han permanecido sin cambios o con cambios mínimos, es decir, que en general los programas orientados conductualmente para reducir la violencia no han mostrado grandes éxitos. En este sentido es necesario destacar las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud que señalan la necesidad de atender las líneas de base para poder medir eficazmente el progreso de los programas.

Los programas deben ser coherentes con la fundamentación teórica, empírica y metodológica, puesto que el desarrollo de estos aspectos es importante en la medida en que permiten definir con cierta especificidad la orientación del programa. Estos son el punto de partida para dar las explicaciones sistemáticas acerca de las causas, los elementos y las relaciones de la problemática.

Según López y Pérez (2005) la fundamentación debe basarse en la descripción de los antecedentes que originan la necesidad determinante de poner en marcha el programa de intervención.

Respecto a la población a la que se dirigen los programas hallados, se encontró que tienden a centrarse en los niños y adolescentes; en pocos casos integran padres y maestros, lo cual es una limitante importante dado que las conductas internalizantes y externalizantes, además de las variables individuales, son causadas y mantenidas por las interacciones con los adultos que rodean al niño. En ese sentido, un programa que en este punto no contemple a la familia y a la escuela se queda corto en la obtención del cambio de comportamiento de los niños y adolescentes que efectivamente espera.

Ello coincide con lo planteado por Moreno (2007), Rey (2006) y Robles & Romero (2011), quienes manifiestan que la mayoría de los programas de tratamiento persiguen el objetivo de enseñar a los padres una serie de estrategias que les posibiliten, por un lado, reducir o eliminar las conductas inadecuadas del niño, y, por otro, instaurar, incrementar o mantener aquellas conductas consideradas adecuadas o satisfactorias.

Lo anterior refleja un panorama como el planteado por Bucla-Casal, Del Campo & Bermúdez (2006), quienes refieren que existe una amplia gama de tratamientos para los trastornos de conducta a nivel internacional; la mayoría se centran en el niño o el adolescente de forma individual con la pretensión de modificar aspectos particulares de su funcionamiento.

También se encuentran los enfoques centrados en la familia que pretenden cambiar global o parcialmente su funcionamiento. En último lugar, se encuentran aquellos tratamientos centrados en la comunidad en donde es esencial el contacto directo de los jóvenes con los profesionales y los servicios comunitarios. Sin embargo, a pesar de todas estas perspectivas

de intervención en el contexto colombiano, aún falta validar muchas de estas aproximaciones terapéuticas. Esto debería analizarse teniendo en cuenta la alta prevalencia e incidencia a nivel local y nacional de este tipo de problemáticas, que demandan una respuesta oportuna.

Domitrovich & Greenberg (2000) citados por Henao (2006), plantean que los pocos programas dirigidos a niños incluyen un componente para padres. Las intervenciones dirigidas a niños son conducidas como programas universales en el aula de clase (prevención primaria) o como acciones focalizadas en pequeños grupos de niños que han sido detectados por su comportamiento agresivo y se encuentran en riesgo (prevención secundaria).

Otro aspecto favorable central al diseñar y aplicar un programa es el diagnóstico de necesidades, que en efecto se realizó en varios de los programas revisados; sin embargo, en otros (cuyo porcentaje es significativo) no se llevó a cabo.

Con lo anterior se puede evidenciar que a pesar de ser una herramienta clave que ayuda a reflejar los problemas presentes en los niños y adolescentes, así como los recursos y las potencialidades con que cuentan, varios de los programas analizados no tienen dicho diagnóstico a pesar de su importancia en la intervención de problemáticas sociales, puesto que precisa su conocimiento particular.

Ello coincide con lo argumentado por López & Pérez (2005), quienes señalan que es obvio que antes de programar una intervención lo primero que hay que conocer es a qué necesidades o problemas se pretende dar solución. Por otro lado, Borges (2004, citado por López & Pérez, 2005) destaca como ventajas de este proceso, el hecho que facilita la toma de decisiones y permite priorizar; selecciona datos para convertirlos en decisiones; y representa el punto de partida para identificar aquellas situaciones que requieren soluciones.

Cerda (2001) señala que al igual que un proyecto, la programación se fundamenta en una información específica con respecto a los objetivos que persigue; es decir, se apoya en los resultados del diagnóstico y su referencia es la situación definida como meta.

Otro de los aspectos fundamentales para responder a las necesidades que presentan los niños con conductas externalizantes e internalizantes y sus familias, tiene que ver con el tipo de actividades más apropiadas que permitan ayudarlos a superar dichas dificultades.

Respecto a lo anterior, en los programas analizados en el contexto local se observó una tendencia a realizar diversas actividades, entre las que sobresalen talleres, charlas y juegos de roles, entre otras. La mayoría de los programas cuentan con un número entre 8 y 12 sesiones para su desarrollo; sin embargo, hay un porcentaje menor que no las especifica. Llama la atención que en una gran cantidad de los programas no se especifica la duración de las sesiones: unos pocos emplean 1 y 2 horas, mientras que en un porcentaje menor se emplea un tiempo entre 3 y 4 horas. Un aspecto similar se observa en cuanto a la frecuencia de las sesiones, donde tampoco hay este tipo de precisiones. Hay algunos donde se realizan semanalmente y en menor medida, diaria o mensualmente.

Según López y Pérez (2005) es necesario indicar de forma precisa las diferentes actividades que hay que realizar para alcanzar los objetivos propuestos; en ese sentido, cobra relevancia especificar la forma en que se organizan y coordinan dichas actividades. Refieren que cuanto mayor sea el grado de descripción de la intervención, mayor será tanto la calidad del programa como la replicabilidad del procedimiento de su propia implantación. Por tanto, es conveniente especificar paso a paso cada acción, los instrumentos, el material, el personal implicado, el momento y duración de la acción concreta.

De igual forma Cerda (2001) explica que un programa debe tener un sistema de actividades agrupadas y fundamentadas en objetivos específicos para asignar trabajos y tareas a personas comprometidas, de acuerdo con sus intenciones y capacidades.

Desde el modelo cognitivo conductual es de vital importancia la especificación de las actividades y la forma de distribuirlas durante su ejecución con el fin de lograr los objetivos para modificar el comportamiento disfuncional de los niños. Algunos de los aspectos que son necesarios contemplar en las actividades están dirigidos a brindar a los padres y maestros información de los principios del aprendizaje, entrenamiento en observación y registro de las conductas del niño; instrucciones

acerca de cómo dar órdenes de forma clara y en términos concretos; entrenamiento tanto en la utilización del refuerzo positivo como en los procedimientos de eliminación o reducción de conductas, entre otros.

Respecto a la importancia de contemplar en los programas la participación de los padres dentro del tratamiento, tiene que ver con la asociación general hallada por Kerr, López, Olson & Samerof (2004) entre la guía de los padres, la responsabilidad cálida, el uso menos frecuente de castigo físico y los más altos niveles de regulación moral, y menores problemas de comportamientos externalizantes.

Para el enfoque cognitivo conductual es importante contar con varias actividades que los participantes deben realizar como la tarea para la casa; en este caso, la mayoría de los programas revisados refieren utilizar esta estrategia. Según López y Pérez (2005) las tareas llevan a conseguir los objetivos propuestos, por lo que es conveniente describirlas meticulosamente de tal forma que cualquier persona debidamente capacitada pueda realizarlas aplicando el programa.

Debido a la importancia de diseñar e implementar manuales de atención, la Organización Panamericana de Salud (OPS) considera tres partes indispensables que deben contener: una formación teórica básica acerca del tema a tratar; una guía de trabajo para el grupo de atención; así como también una guía de técnicas de intervención terapéutica desde el área cognitivo-conductual para atender tanto las necesidades grupales como las individuales. Los resultados no fueron alentadores, puesto que la mayoría de los programas consultados no refieren existencia, disponibilidad y publicación correspondiente. Ello dificulta la posibilidad de replicar y de someter a validación empírica el programa.

Otros procesos indispensables para analizar la validez de un programa están orientados a los resultados, la evaluación y el seguimiento del mismo. En relación con este punto, en la mayoría de los programas revisados se hace alusión a dichos aspectos, que muestran resultados positivos. Esto mantiene coherencia con lo señalado por Pérez & cols. (2007) cuando al respecto refieren que en la etapa de evaluación se compara lo realizado, durante cierto periodo de tiempo con los objetivos propuestos en la primera etapa. Después, en la etapa de seguimiento, según los datos obtenidos sobre la forma de la práctica, se examina finalmente

si el programa resultó idóneo para lograr los objetivos fijados (López y Pérez, 2005).

Pérez, Pinzón & Alonso (2007) plantean que la formulación de programas de prevención es una de las tareas más urgentes en el área de la salud y que tanto su desarrollo como su eficiente evaluación requieren de principios científicamente comprobados, así como tener en cuenta las necesidades de la población. Asimismo, reclama un enfoque arraigado no solamente en el deseo de asistir a las personas para que mejoren sus estilos de vida, sino también en busca de cambios sostenibles en su medio ambiente.

En conclusión, es importante tener en cuenta que los programas consultados sugieren un amplio espectro de interés asociado al abordaje de los problemas de comportamiento internalizante y externalizante en niños y adolescentes; sin embargo, como no se explicitan todos los aspectos anteriormente mencionados, cabe la duda sobre si se ajustan a las necesidades de la población o a sus características, si la metodología utilizada fue la apropiada, si son efectivos, eficaces, eficientes o sostenibles, y, por ende, bajo estas circunstancias su replicación se hace bastante difícil.

Se recomienda entonces que al momento de diseñar un programa de tratamiento para modificar estos problemas de comportamiento en población infantil y adolescente se consideren todos los aspectos contemplados en el IRIP (instrumento de recolección de información de los programas) y que se resalten en su fundamentación estrategias basadas en el aprendizaje social tal como lo plantean Sampers, Anderson, Hartung & Scambler (2001).

Por otra parte, se sugiere para posteriores programas tener en cuenta que las conductas externalizantes e internalizantes se manifiestan en todos los estratos socioeconómicos, aunque hay una mayor tendencia a que se observen en estratos bajos por la cantidad de factores estresantes asociados a las situaciones de desventaja social que se pueden dar en las familias de estos niños. Por ello es fundamental continuar generando e implementando programas de tratamiento a edades tempranas con participación integrada de padres y profesores para prevenir el mantenimiento de dichos patrones de conductas problema.

Finalmente, y dada la importancia del tema abordado, se recomienda publicar documentos no expuestos o divulgados, teniendo en cuenta que son un importante acervo de información que convendría poner en conocimiento de amplios sectores con el fin de aprovechar los avances y logros de instituciones gubernamentales y no gubernamentales, y que merecen salir de su simple reposo en archivo.

Referencias

- Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for the child behavior checklist and revised child profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1985). *Assesment and taxonomy of child adolescent psychopathology*. London: Sage.
- Achenbach, T. & Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA School: Age Forms & Profiles. Child Behavior Checklist for ages 6 – 18, Teacher's Report Form youth self – report an Integrated System Of Multi – Informant. Assesment*. Burlington: University of Vermont.
- Alfonso, N. C., Amaya, P. & Durán, D. & Rodríguez, M. C. (2003). *Diseño e implementación de una propuesta de intervención para la atención y promoción de habilidades de afrontamiento en adolescentes en situación de desplazamiento que han desarrollado estrés postraumático*. Trabajo de pregrado no publicado. Chía: Universidad de La Sabana.
- Ander-Egg, E. & Aguilar, M. (2000). *Cómo elaborar un proyecto: guía para diseñar proyectos sociales y culturales*. Buenos Aires, Argentina: Lumen/hvmanitas.
- Andraca, I., Pino, P., La Parra, A., Rivera, F. & Castillo, M. (2002). Risk Factors for psychomotor development among infants born under optimal biological conditions. *Saude Pública*, 32, 2–10.
- APA (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV–TR)*. Barcelona, España: MASSON S. A.
- Barkley, R. A. (1998). *Attention – Deficit hyperactivity disorder. A Hanbook for diagnosis and treatment*. New York: The Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1997). *Defiant children: A clinical manual for assessment and parent training* (2.º ed.). New York: Guilford Press.
- Beyers, J. M., Bates, J. E., Pettit, G. S. & Dodge, K. A. (2003). Neighborhood structure, parenting processes and the development of youths' externalizing behaviors: A multilevel analysis. *American Journal of Community Psychology*, 31, 35-53.
- Bongers, I., Kool, H., Van der Ende, J. & Verhulst, F. (2004). Developmental trajectories of Externalizing Behaviors in Childhood and Adolescence. *Child Development*, 75, (5), 1523-1537.

- Buela-Casal, G., Del Campo, T. & Bermúdez, M. P. (2006). Evaluación e intervención de la conducta antisocial. En M. P. Bermúdez & A. M. Bermúdez (Eds.), *Manual de psicología clínica infantil. Técnicas de evaluación y tratamiento* (pp. 291-316). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Carreño, A. M. & Ballesteros, B. P. (2005). *Diseño y aplicación de un paquete de intervención comportamental-cognoscitiva dirigido a disminuir la conducta hiperactiva y la conducta impulsiva en un niño de 5 años*. Tesis de especialización no publicada. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Cerda, H. (1994). *Cómo elaborar proyectos: diseño, ejecución y evaluación de proyectos sociales y educativos*. Bogotá: Magisterio.
- Chronis, A. M., Chacko, A., Fabiano, G. A., Wymbs, B. T. y Pelham, W. E. (2004). Enhancements to the standard behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7, 1-27.
- Díaz-Sibaja, M. A. (2005). Trastornos del comportamiento perturbador: trastorno negativista desafiante y trastorno disocial. En M. I. Comeche & M. A. Vallejo (Eds.), *Manual de terapia de la conducta en la infancia* (pp. 465-517). Madrid: Dykinson.
- Fernández, A. & Muñoz, L. (2005). Evaluación de los trastornos por déficit de atención y del comportamiento perturbador. En V. Caballo (Ed.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad* (pp. 279-311). Madrid: Pirámide.
- Flórez, L. & Sarmiento, D. M. (2005). Programa Típica: Un Enfoque Motivacional para la Promoción de la Salud Escolar. Grupo de Investigación "Estilo de Vida y Desarrollo Humano". Centro de Estudios Sociales Facultad de Ciencias Humanas Universidad Nacional de Colombia, 1, (1), 1-14
- Fuentes, W. E. (2006). *Efectos simples y combinados de la exposición y reestructuración en los componentes fisiológicos y cognitivos de la fobia social en adolescentes con temor a hablar en público*. Tesis de maestría no publicada. Bogotá: Fundación Universitaria Konrad Lorenz.
- Henao, J. (2006). La prevención temprana de la violencia: una revisión de programas y modalidades de intervención. *Revista Infancia, Adolescencia y Familia: Asociación Colombiana para el Avance de las Ciencias del Comportamiento*, 1, (2), 315-339.
- Jiménez, R. & Ballesteros, B. P. (2005). *Intervención comportamental cognoscitiva para el incremento de autocontrol y habilidades sociales en una adolescente*. Tesis de especialización no publicada. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Juárez, F. (2003). Características comportamentales de la agresión y de la violencia. Implicaciones para la prevención. *Acta Colombiana de Psicología*, 9, 71-81.
- Kerr, D. C., López, N. L., Olson, S. L. & Sameroff, A. J. (2004). Parental Discipline and Externalizing Behavior Problems in Early Childhood: The Roles of Moral Regulation and Child Gender. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 369-383.

- Leve, L., Kim, H., & Pears, K. (2005). Childhood Temperament and Family Environment as Predictors of Internalizing and Externalizing Trajectories From Ages 5 to 17. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 5, 505-520.
- López, A. & Pérez, M. (2005). *Evaluación de programas en Psicología aplicada (salud, intervenciones sociales, deporte, calidad...)* 2.ª Ed. Madrid: Dykinson.
- Mahecha, J. (2006). *Programa de prevención de la conducta agresiva y promoción de la conducta prosocial en niños y jóvenes*. Tesis de maestría no publicada. Bogotá: Fundación Universitaria Konrad Lorenz.
- Martínez, L. C. & Rodríguez, M. C. (2005). *Eficacia de un programa comportamental cognoscitivo en una niña con problemas de conducta*. Tesis de maestría no publicada. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Martínez, N. C. (2006). *Adaptación y aplicación del protocolo Barkley en una población de madres sustitutas con niños con presencia de conducta*. Tesis de maestría no publicada. Bogotá: Fundación Universitaria Konrad Lorenz.
- Ministerio de Salud. Bogotá (1997). *Segundo estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas*. Bogotá, Colombia.
- McConaughy, S. H. & Achenbach, T. M. (1988). *Practical guide for the child behavior checklist and related materials*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Molina, J. & Moreno, J. (2009). *Estado del arte de los programas de prevención de la violencia doméstica*. Bogotá: Universidad Católica de Colombia. En prensa.
- Moreno, J. (2007). *Manejo de problemas de comportamiento en niños con trastornos del desarrollo*. Conferencia y memorias presentadas en la III Encuentro de la Red de Psicólogos de Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, 29 de junio, Bogotá, D. C.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico* (10ª Ed.). (CIE-10) Madrid, España: Meditor.
- Pérez, M; Pinzón, H & Alonso M. (2007). *Promoción de la salud: conceptos y aplicaciones*. Barranquilla, Colombia: Uninorte.
- Pineda, D. A., Kamphaus, R. W., Mora, O., Restrepo, M. A., Puerta, I. C., Palacio, L. & Cols. (1999). Sistema de evaluación multidimensional de la conducta. Escala para padres de niños de 6 a 11 años, versión colombiana. *Revista de Neurología*, 28, 672-681.
- Pineda, D.A., Lopera, F., Henao, G.C., Palacio, J.D. & Castellanos, F.X. (2001). Confirmación de la alta prevalencia del trastorno por déficit de atención en una comunidad colombiana. *Revista de Neurología*, 32, 217-222.
- Rey, C. A. (2006). Entrenamiento de padres: una revisión de sus principales componentes y aplicaciones. *Revista Infancia Adolescencia y Familia*, 1, (1), 61-84.
- Robles, Z. & Romero, E. (2011). Programas de entrenamiento para padres de niños con problemas de conducta: una revisión de su eficacia. *Anales de Psicología*, 27, (1), 86-101.

- Roca, M. A. & Alemán, L. C. (2000). Caracterización general de las alteraciones psicológicas popularmente conocidas como hiperactividad: Déficits de la atención - trastorno de hiperactividad (ADHD). *Revista Cubana de Psicología*, 17, 218–226.
- Ruiz, M. E. & Ruiz C. A. (2003). *Diseño, construcción y evaluación de un programa para el desarrollo de conductas prosociales dirigido a adolescentes con trastorno disocial*. Trabajo de pregrado no publicado. Bogotá Universidad de Los Libertadores.
- Sampers, J., Anderson, K. G., Hartung, C. M. y Scambler, D. J. (2001). Parent training programs for young children with behavior problems. *Infant Toddler Intervention*, 11, 91-110.
- Sandoval, R. & Fernández, A. (2004). *Políticas, planes, programas, proyectos y gestión de recursos para la salud de la infancia en Colombia*. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad De Medicina. Instituto de Promoción de la Salud. Departamento de Pediatría.

Apéndice A

Programas de tratamiento cognitivo-conductual para el manejo de problemas de comportamiento en niños y adolescentes realizados en Bogotá durante los años 2002 a 2008

Autores	Nombre del programa	Centro o universidad	Población	Resultados
Alfonso, N. C., Amaya, P. & Durán, D. & Rodríguez, M. C. (2003).	Diseño e implementación de una propuesta de intervención para la atención y promoción de habilidades de afrontamiento en adolescentes en situación de desplazamiento que han desarrollado estrés postraumático.	Universidad de La Sabana.	Un grupo de adolescentes de estrato socioeconómico uno y dos.	Los sujetos mostraron cambios en los niveles de severidad y de funcionalidad. Disminuyó la presencia de síntomas del TEP pero sin embargo siguen siendo experimentados. Para los que no participaron, sus niveles de severidad se mantuvieron, aunque algunos aumentaron.

Continúa...

<p>Carreño, A. M. & Ballesteros, B. P. (2005).</p>	<p>Diseño y aplicación de un paquete de intervención comportamental - cognoscitivo dirigido a disminuir la conducta hiperactiva y la conducta impulsiva en un niño de 5 años.</p>	<p>Pontificia Universidad Javeriana.</p>	<p>Un niño de cinco años de estrato socioeconómico cinco.</p>	<p>La aplicación del programa tuvo efectos positivos en la conducta hiperactiva e impulsiva del niño, el niño pudo obtener beneficios por su dedicación al tratamiento y cumplimiento de las tareas así como reducción en el número de veces en que el niño se para en el salón de clases de 8 a 3.</p>
<p>Flórez, L. & Sarmiento, D. M. (2005).</p>	<p>Programa TIPICA: Un Enfoque Motivacional para la Promoción de la Salud Escolar</p>	<p>Centro de Estudios Sociales, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia.</p>	<p>Niños y adolescentes de diferentes estratos.</p>	<p>Al ser un programa de alto grado de estructuración, es necesaria la incorporación de otros programas que cubran sectores parecidos con los que se trabajan (comunidades escolares).</p>
<p>Fuentes, W. E. (2006).</p>	<p>Efectos simples y combinados de la exposición y reestructuración en los componentes fisiológicos y cognitivos de la fobia social en adolescentes con temor a hablar en público.</p>	<p>Fundación Universitaria Konrad Lorenz.</p>	<p>Niños entre 13 y 17 años de estratos socioeconómicos 2 y 3.</p>	<p>Los efectos combinados de la exposición y la reestructuración cognitiva tienen utilidad clínica en la modificación de los componentes fisiológicos y cognitivos en comparación con el uso individual de estas técnicas.</p>
<p>Jiménez, R. & Ballesteros, B. P. (2005).</p>	<p>Intervención comportamental cognoscitiva para el incremento de autocontrol y habilidades sociales en una adolescente</p>	<p>Pontificia Universidad Javeriana.</p>	<p>Una adolescente de grado decimo.</p>	<p>Un incremento en autocontrol de la ira, en las habilidades prosociales, en el manejo de relaciones interpersonales con la autoridad y con los pares, y en el manejo de situaciones difíciles.</p>

Continúa...

Martínez, L. C. & Rodríguez, M. C. (2005).	Eficacia de un programa comportamental cognoscitivo en una niña con problemas de conducta.	Pontificia Universidad Javeriana.	Una adolescente de estrato 3	Se lograron decrementar las conductas problema (gritar, robo y desobediencia) luego de introducir el programa.
Martínez, N. C. (2006).	Adaptación y aplicación del Protocolo Barkley en una población de madres sustitutas con niños con presencia de conducta.	Fundación Universitaria Konrad Lorenz.	Madres de niños entre 2 y 12 años de estratos socioeconómicos 1 y 2.	Se logró generar cambios en la aprobación parental y en la conducta parental para el manejo de la conducta externalizante, hiperactiva e impulsiva a nivel pretest-postest aunque estos cambios no fueron estadísticamente significativos.
Ruiz, M. E. & Ruiz C. A. (2003).	Diseño, construcción y evaluación de un programa para el desarrollo de conductas prosociales dirigido a adolescentes con trastorno disocial.	Fundación Universitaria Konrad Lorenz.	Niños entre 13 y 17 años de estratos socioeconómicos 2 y 3.	Los efectos combinados de la exposición y la reestructuración cognitiva tienen utilidad clínica en la modificación de los componentes fisiológicos y cognitivos en comparación con el uso individual de estas técnicas.
Mahecha, J. (2006).	Programa de prevención de la conducta agresiva y promoción de la conducta prosocial en niños y jóvenes.	Fundación Universitaria Konrad Lorenz.	Niños y adolescentes entre 6 y 18 años de edad de estratos socioeconómicos 1 y 2	Se produjeron resultados significativos, en cuanto a diferencias entre estudiantes con conductas externalizantes e internalizantes, observándose una mayor puntuación en las conductas externalizantes, de acuerdo con los estudiantes con un menor ajuste.