



CAPÍTULO 13

SERIES DE ENTRENAMIENTO A PADRES, MAESTROS Y NIÑOS: LOS AÑOS INCREÍBLES.

Tratamiento multifacético para niños con trastornos de conducta

Carolyn Webster-Stratton, M. Jamila Reid

Presentación del problema clínico

La incidencia del trastorno oposicionista desafiante (TOD) y el trastorno disocial (TD) (*conduct disorder*) en niños es alarmantemente alta, con informes de inicio temprano de problemas de conducta en niños preescolares en tasas que van del 4-6% (Egger y Angold, 2006) y tanto como un 35% para las familias de bajos ingresos (Webster-Stratton y Hammond, 1998). Teóricos del desarrollo han sugerido que, comparados con los niños típicos, aquellos con comportamientos delictivos tempranos –o sea, quienes comienzan a exhibir síntomas de TOD en edad preescolar– tienen un riesgo dos a tres veces mayor de convertirse en jóvenes criminales violentos y crónicos a futuro (Loeber y cols., 1993; Patterson, Capaldi y Bank, 1991; Snyder, 2001; Tremblay y cols., 2000). Estos niños con TD de inicio temprano también cuentan con un porcentaje desproporcionado de comportamientos delictivos en la adultez, incluyendo violencia interpersonal, abuso de sustancias y crímenes de la propiedad. De hecho, el patrón inicial de desarrollo de los TD severos en la adolescencia y adultez parece establecerse durante la etapa preescolar.

Los factores de riesgo que contribuyen al surgimiento de los problemas de conducta en niños provienen de una amplia gama de áreas, incluyendo: paternidad ineficiente (Jaffee, Caspi, Moffitt y Taylor, 2004), salud mental familiar y factores de riesgo criminal (Knutson, DeGarmo, Koepl y Reid, 2005), factores de riesgo biológicos y de desarrollo del niño (ej.: trastornos por déficit de atención, discapacidades en el aprendizaje, retrasos del lenguaje), factores de riesgo escolares (Hawkins, Catalano, Kosterman, Abbott y Hill, 1999), y factores de riesgo vinculados al grupo de pares y la comunidad (ej.: pobreza y pandillas) (Collins, Maccoby, Steinberg, Hetherington y Bornstein, 2000; Hawkins y cols., 2008).

Los estudios de resultados de tratamientos sugieren que las intervenciones para los TD tienen efecto limitado cuando se ofrecen en la adolescencia, luego de que los comportamientos delictivos y agresivos ya se han arraigado y se han desarrollado factores de riesgo secundarios como fracaso académico, ausencia escolar y la formación de grupos de pares desviados (Dishion y Piehler, 2007; Offord y Bennet, 1994). De hecho, las intervenciones grupales dirigidas a adolescentes con TD pueden resultar en un empeoramiento de los síntomas a través de la exposición a pares con comportamientos delictivos (Dishion, McCord y Poulin, 1999).

Este incremento de la resistencia al tratamiento en jóvenes mayores con TD en parte se debe a que los comportamientos delictivos se van integrando a un conjunto más amplio de sistemas de refuerzo, incluyendo aquellos a nivel familiar, escolar, grupo de pares, vecindario y comunidad (Lynam y cols., 2000). Al contrario, hay evidencia de que cuanto más joven sea un niño al momento de la intervención, más positivo es el cambio conductual en su hogar y en la escuela. Es por esto que los programas de tratamiento “Los años increíbles” (LAI) fueron diseñados para frenar y tratar los problemas de conducta cuando comienzan (infante/niño a lo largo de la escuela primaria) e intervenir en múltiples áreas a través del entrenamiento a padres, maestros y niños. Los autores creen que la intervención temprana puede contrarrestar los factores de riesgo y fortalecer los factores de protección, ayudando así a prevenir una trayectoria de desarrollo hacia conductas cada vez más agresivas y violentas.

Características del programa de tratamiento

Para enfrentar los factores de riesgo de padres, familia, niño y escuela se han desarrollado tres protocolos de entrenamiento complementarios, conocidos como Series de Entrenamiento LAI, enfocadas hacia padres, maestros y niños (entre 0 y 13 años). Este capítulo se refiere a estos programas de entrenamiento y a las investigaciones realizadas en torno a ellos.

Los años increíbles. Programa para padres

Objetivos de los programas para padres

Los objetivos de los programas para padres son promover competencias en ellos y fortalecer a las familias mediante:

- El incremento de la crianza positiva, la autoconfianza y el vínculo entre padres e hijos.
- Enseñar a los padres a entrenar a sus hijos en habilidades académicas y verbales, atención persistente y sostenida, y desarrollo socio-emocional.

- Disminuir los métodos severos de disciplina e incrementar estrategias positivas como la extinción, el manejo de consecuencias lógicas, la redirección, el monitoreo y la resolución de problemas.
- Mejorar la resolución de problemas, el manejo de la ira y la comunicación de los padres.
- Incrementar las redes de apoyo familiares y la participación/vínculo con la escuela.
- Ayudar a padres y maestros a trabajar colaborativamente.
- Incrementar la participación de los padres en actividades académicas en el hogar.

Contenido del Programa BÁSICO de Entrenamiento para Padres

En 1980, los autores desarrollaron una intervención interactiva, basada en videos (BÁSICO) para padres de niños entre 2 y 7 años. Más recientemente, revisaron y actualizaron este programa para incluir cuatro programas BÁSICOS separados de acuerdo con la edad: bebé (0-1 año), niño pequeño (1-3 años), preescolar (3-6 años) y edad escolar (6-13 años). Cada uno de estos programas revisados incluye ejemplos de familias culturalmente diversas, de acuerdo a la edad, a niños con diferentes temperamentos, y realiza un énfasis mayor en el entrenamiento emocional, la resolución de problemas, el establecimiento de rutinas predecibles y el apoyo de los resultados escolares positivos de los niños. El programa para bebés consta de 8 ó 9 sesiones de 2 horas por semana con los padres y su hijo. El programa de entrenamiento BÁSICO para niños pequeños y padres generalmente se completa en 12 sesiones semanales de 2 horas, mientras que los programas para edad preescolar y escolar consisten en 18-20 sesiones semanales. La característica fundamental del programa consiste en que está dirigido por un terapeuta y cuenta con viñetas en video donde se modelan habilidades de crianza (más de 300 viñetas, cada una de aproximadamente 1-3 minutos) mostradas a grupos de 8 a 12 padres. Los videos demuestran los principios del aprendizaje social y el desarrollo infantil y sirven de estímulo para discusiones sobre el tema, la resolución de problemas y el aprendizaje colaborativo. El programa también está diseñado para ayudar a los padres a comprender el desarrollo típico y el temperamento de sus hijos.

El programa BÁSICO comienza focalizando en mejorar las relaciones positivas entre padres e hijos mediante la enseñanza a los padres del juego interactivo dirigido por el niño, el apoyo académico persistente, entrenamiento social y emocional, elogios y programas de incentivos. Luego, los padres aprenden a implementar rutinas y reglas predecibles para el hogar, seguidas del aprendizaje de un conjunto específico de técnicas de disciplina no violentas, incluyendo el monitoreo, la extinción, cómo dar órdenes, consecuencias naturales y lógicas, y modos de empleo del tiempo fuera para enseñar a

los niños a calmarse. Finalmente, se les enseña a los padres cómo entrenar a sus hijos en el uso de las habilidades de resolución de problemas.

Contenido del Programa AVANZADO de Entrenamiento a Padres

Además de los métodos de crianza en sí, hay otros aspectos de los comportamientos de los padres y de sus vidas personales que pueden constituir factores de riesgo para las conductas problemáticas en los niños. Diversas investigaciones han demostrado que ciertos factores de riesgo personales e interpersonales en los padres perturban los comportamientos de crianza y contribuyen a interacciones coercitivas entre padre e hijo y a recaídas luego del entrenamiento a padres; estos son: depresión de alguno o ambos padres, problemas conyugales, falta de apoyo social, escasas habilidades de resolución de problemas y factores de estrés ambientales. Esta evidencia llevó a los autores a expandir el modelo teórico y causal relativo a los problemas de conducta y en 1989 desarrollaron el programa de tratamiento AVANZADO, actualizado en 2008. Se teorizó que un modelo de entrenamiento más amplio (por ej., que incluyera ayudar a los padres con problemas de manejo de conflictos) contribuiría a mediar las influencias negativas de estos factores personales e interpersonales en las habilidades de crianza y a promover un mayor mantenimiento y generalización de los efectos del tratamiento.

El contenido de este programa de video de 10 a 12 sesiones (más de 90 viñetas), que se ofrece luego de haber completado el programa de entrenamiento BÁSICO, incluye cinco componentes:

1. *Autocontrol personal.* Los padres aprenden a reemplazar el autodiálogo depresivo, irritante y culposo por uno más adaptativo. También aprenden técnicas específicas de control de la ira.
2. *Habilidades de comunicación.* Se enseña a los padres a identificar obstáculos en la comunicación y a aprender habilidades de comunicación eficaces para manejar conflictos.
3. *Resolución de problemas para adultos.* Se enseña a los padres estrategias eficaces para afrontar conflictos de pareja, laborales, con miembros de la familia extendida y maestros.
4. *Enseñar a los niños a resolver sus problemas.* Los padres aprenden a utilizar estrategias de resolución de problemas con sus hijos. Los padres de niños mayores aprenden a dirigir reuniones familiares.
5. *Fortalecer el apoyo social y el auto-cuidado.* Los miembros del grupo aprenden a pedir ayuda cuando la necesitan y a colaborar con los demás.

El contenido tanto del programa BÁSICO como del AVANZADO también se encuentra en el texto que los padres utilizan para el programa *Los años increíbles: guía de resolución de problemas para padres de niños de 3-8 años* (Webster-Stratton, 2006).

Contenido del Programa de Entrenamiento ESCOLAR de Padres

En entrevistas de seguimiento con padres que completaron los programas de entrenamiento de padres, el 58% solicitó asesoramiento en temas escolares tales como tareas para el hogar, comunicación con maestros, problemas de conducta en la escuela y trabajo escolar. Esta información sugirió la necesidad de enseñar a los padres cómo acceder a la escuela, colaborar con los docentes y supervisar las relaciones de sus hijos con los pares. Además, el 40% de los maestros informó problemas de desobediencia y agresión por parte de los niños en el aula. Claramente, integrar intervenciones en los ámbitos hogareños y escolares para enfrentar los factores de riesgo de dichos contextos lleva a una mayor consistencia entre el hogar y la escuela y ofrece una mayor posibilidad de reducción de conductas antisociales a largo plazo.

En 1990 los autores desarrollaron un video interactivo para modelar la intervención de entrenamiento en habilidades académicas (ESCOLAR) como adjunto al programa BÁSICO para edad escolar, así como también, una intervención de preparación para la escuela como adjunto al programa BÁSICO de edad preescolar. Estas dos intervenciones consisten en cuatro a seis sesiones adicionales que se ofrecen a los padres luego de completar el programa BÁSICO. Para padres de niños en edad escolar, estas sesiones se enfocan en la colaboración padre-maestro, formas de contribuir a la preparación académica de los niños y su éxito escolar a través de la participación de los padres en actividades y tareas escolares, y la importancia del monitoreo post-escuela y de relación con los pares. Para padres de niños en edad preescolar, las sesiones se enfocan en habilidades de lectura interactiva y formas de promover las habilidades sociales, emocionales, de autoregulación y cognitivas de los niños. Los componentes del programa incluyen:

1. *Promover la autoconfianza de los niños.* Los padres crean los cimientos para el éxito escolar al ayudar a sus hijos a sentirse confiados en sus propias ideas y capacidad de aprendizaje.
2. *Promover la preparación de los niños para la escuela y el éxito académico.* Los padres preparan a sus hijos para la escuela mediante la facilitación del lenguaje y de las habilidades de aprendizaje. Los padres de niños en edad escolar establecen una rutina de tareas en el hogar predecible y aprenden estrategias para apoyar el adecuado desempeño en dichas tareas.
3. *Manejar la falta de motivación y las dificultades de aprendizaje.* Los padres piensan en objetivos realistas para sus hijos, los ayudan a perseverar en las tareas difíciles, adecuan las tareas de aprendizaje a las habilidades del niño y utilizan elogios, premios tangibles y entrenamiento académico para motivar y reforzar el progreso de aprendizaje en el hogar.
4. *Utilizar las reuniones entre docentes y padres para abogar por los niños.* Los padres aprenden a colaborar con los maestros para desarrollar planes de conducta que solucionen las dificultades escolares, como la falta de atención, impulsividad, desobediencia, problemas sociales y agresión.

Los años increíbles – Programa de entrenamiento de maestros

Una vez que los niños con problemas de conducta entran a la escuela, las experiencias negativas académicas y sociales incrementan el desarrollo de los problemas de conducta. Los niños disruptivos y agresivos rápidamente quedan excluidos socialmente, lo que lleva a menos oportunidades de interactuar socialmente y aprender habilidades apropiadas que fomenten la amistad. La evidencia sugiere que el rechazo de pares eventualmente lleva a la asociación con pares con comportamientos disruptivos. Una vez que los niños han formado grupos de pares con dichos comportamientos, el riesgo de abuso de drogas y comportamiento antisocial es aún mayor.

Asimismo, ciertas características de los docentes y de la escuela, como poco énfasis en la enseñanza de competencias sociales y emocionales, escasa utilización de los elogios y un alto número de estudiantes por docente, están asociadas con comportamientos agresivos en el aula, delincuencia, y rendimiento académico pobre. Los niños agresivos frecuentemente desarrollan relaciones pobres con los maestros y suelen ser expulsados de las aulas. En estudios de los autores, llevados a cabo con niños de entre 3 y 7 años con problemas de conducta, pudo observarse que más del 50% de los niños había sido expulsado de tres o más aulas al llegar a segundo grado. La falta de apoyo de los maestros y la exclusión del aula exacerban los problemas sociales y las dificultades académicas, aumentando las probabilidades de deserción escolar.

Objetivos de los programas de entrenamiento de maestros

Los objetivos son promover las competencias de los maestros y fortalecer las conexiones hogar-escuela mediante:

- Fortalecer las habilidades de manejo de aula de los maestros.
- Fortalecer el uso por parte de los maestros de entrenamiento académico, de persistencia, social y emocional con sus alumnos.
- Fortalecer las relaciones positivas entre maestros y alumnos.
- Incrementar el uso de los maestros de estrategias de disciplina eficaces.
- Incrementar los esfuerzos de colaboración de los maestros con los padres.
- Incrementar la habilidad de los maestros de enseñar habilidades sociales, manejo de la ira y resolución de problemas en el aula.
- Disminuir niveles de agresión en el aula.

Contenido del programa de entrenamiento a maestros

El programa de entrenamiento a maestros es un programa con formato de 6 días (o 42 horas) para maestros, consejeros escolares y psicólogos. El entrenamiento se enfoca

en que los maestros utilicen estrategias eficaces de manejo de la clase para hacer frente a la desobediencia; promover las relaciones positivas con alumnos difíciles; fortalecer las habilidades sociales y la regulación emocional en el aula, patio de juegos, transporte escolar y el comedor; y fortalecer el proceso de colaboración y comunicación positiva entre los maestros y los padres (ej., la importancia de la comunicación positiva con el hogar, las visitas al hogar y cómo llevar a cabo reuniones exitosas con los padres). Maestros, padres y facilitadores de grupo desarrollan juntos estrategias que: permiten un adecuado manejo en el aula de los niños con problemas de conducta; detallan las características, intereses y motivaciones de los niños; y el modo en que a los padres les gustaría ser contactados por los maestros. Esta información acompaña a los niños año a año y es transmitida al docente del nuevo ciclo lectivo. Además, los maestros aprenden a prevenir el rechazo de los pares al ayudar a los niños agresivos a aprender estrategias de resolución de problemas adecuadas y al ayudar a sus pares a responder adecuadamente a la agresión. Se alienta a los maestros a ser sensibles a las diferencias en el desarrollo y las posibles deficiencias biológicas entre los niños así como también a la relevancia de dichas diferencias para aumentar los esfuerzos positivos, de aceptación y consistencia de los docentes. La agresión física es tratada mediante un monitoreo minucioso, enseñanza y programas de incentivos. Una descripción completa del contenido incluido en este programa se encuentra en el libro que los maestros utilizan para el curso: *Cómo promover las competencias sociales y emocionales en niños* (Webster-Stratton, 2000).

Los años increíbles – Programa de entrenamiento a niños (Escuela Dinosaurio)

La evidencia indica que ciertos aspectos anormales de la organización interna de los niños a nivel fisiológico, neurológico y neuropsicológico están vinculados con el desarrollo de los trastornos del comportamiento, especialmente en niños con una historia crónica de problemas de conducta tempranos. Los niños con problemas de conducta tienen más posibilidades de tener ciertas características de temperamento como falta de atención, impulsividad y trastorno por déficit de atención con impulsividad (TDAH). Otros factores también han sido implicados en el desarrollo temprano del TD en niños. Por ejemplo, las deficiencias en habilidades cognitivo-sociales y las atribuciones negativas contribuyen a una regulación emocional pobre e interacciones agresivas con los pares. Sumado a esto, los estudios indican que los niños con problemas de conducta presentan retrasos significativos en sus habilidades de juego con pares, particularmente dificultades en el juego recíproco, habilidades de cooperación, aguardar el turno, esperar y brindar sugerencias. Finalmente, los retrasos en la lectura, el aprendizaje y el lenguaje también están asociados a problemas de conducta, especialmente en

aquellos niños que repiten de curso a edad temprana. La relación entre el desempeño académico y TOD/TD es bidireccional. Las dificultades académicas pueden causar falta de interés, aumento de la frustración y baja autoestima, lo cual a su vez contribuye a los problemas de conducta. Asimismo, la desobediencia, la agresión, los niveles de actividad elevados y la pobre atención limitan la habilidad de los niños de conectarse con el aprendizaje y lograr los objetivos académicos. Por ende, se crea un círculo vicioso en el que un problema exacerba al otro. Esta combinación de retrasos académicos y problemas de conducta parece contribuir al desarrollo de trastornos del comportamiento más severos y al fracaso escolar.

Esta información sugiere que los niños con problemas de conducta y TDAH necesitan una mayor estructura, monitoreo y “sobre-enseñanza” (por ej., ensayos de aprendizaje repetidos) para aprender a inhibir comportamientos indeseables y manejar sus emociones. Los padres y maestros necesitan utilizar rutinas predecibles; límites consistentes, claros y específicos; lenguaje simple y calmo; señales concretas; y recordatorios y guías frecuentes. Además, dicha información sugiere la necesidad de una intervención específica con los niños, focalizando en sus necesidades de aprendizaje social particulares, como la resolución de problemas, toma de perspectiva y habilidades de juego, así como alfabetización y necesidades académicas especiales.

Objetivos de los programas de entrenamiento a niños

Los objetivos son promover las competencias de los niños y reducir conductas agresivas y desobedientes mediante:

- Fortalecer las habilidades sociales y de juego adecuadas en los niños.
- Promover las estrategias de auto-control y auto-regulación.
- Incrementar la conciencia emocional a través de aprender a nombrar las emociones, reconocer las diferentes visiones de uno mismo y los demás, y mejorar la toma de perspectiva.
- Promover la habilidad de los niños de prestar atención y ser perseverantes en actividades complejas.
- Estimular el éxito académico, la lectura y la preparación para la escuela.
- Reducir conductas desafiantes, agresivas, desobedientes y de rechazo a pares, hostigamiento, robo y mentiras, y promover la adherencia a los docentes y pares.
- Reducir atribuciones negativas y estrategias disfuncionales de manejo de conflictos.
- Incrementar la autoestima y autoconfianza.

Contenido del tratamiento de entrenamiento a niños

En 1990 los autores desarrollaron un programa de tratamiento con un video donde se modelaban diversas habilidades para niños con problemas de conducta (de entre 3 y 8 años). Dicho programa tiene una duración de 22 semanas y consiste en una serie de presentaciones en DVD (más de 180 viñetas) que enseñan a los niños resolución de problemas y habilidades sociales. Organizado de modo tal que el contenido del programa sea coherente con el de entrenamiento a padres, cuenta con siete componentes principales: (1) introducción y reglas, (2) empatía y emoción, (3) resolución de problemas, (4) control de la ira, (5) habilidades para la amistad, (6) habilidades de comunicación y (7) habilidades escolares. Los niños se reúnen semanalmente durante 2 horas en grupos pequeños de seis.

Proceso grupal y métodos utilizados en los programas de entrenamiento a padres, maestros y niños

Los tres modelos de abordaje se basan en métodos de entrenamiento en desempeño, incluyendo el modelado en video, juego de roles, actividades de práctica y devoluciones (*feedback*) en vivo del terapeuta y otros miembros del grupo. De acuerdo con las teorías de aprendizaje del modelado y la autoeficacia, los padres, maestros y niños que utilizan el programa desarrollan sus habilidades al observar (y modelar) ejemplos en video de habilidades interpersonales y claves de manejo. Los autores teorizaron que los ejemplos en video brindan un método más flexible de entrenamiento que instrucciones didácticas verbales o solamente juego de roles, ya que permiten retratar una gran variedad de modelos y situaciones. Asumieron que este enfoque del modelado flexible resultaría en una mejor generalización del contenido del entrenamiento y, por ende, en un mayor mantenimiento a largo plazo. Asimismo, este sería un método de aprendizaje mejor para estudiantes con orientación menos verbal. Finalmente, dicho método cuenta con la ventaja no sólo de tener bajo costo de entrenamiento individual cuando se utiliza en grupos, sino que también posibilita una diseminación masiva. Influenciado fuertemente por la literatura sobre el modelado, cada programa tiene como objetivo promover los efectos del modelado en los participantes mediante la creación de sentimientos positivos sobre los modelos representados en los videos. Por ejemplo, las viñetas del video muestran a padres, maestros y niños de diferentes edades, culturas, entornos socioeconómicos y temperamentos para que los participantes perciban al menos a alguno de los modelos como similar a sí mismos y entonces acepten las viñetas como relevantes. Cuando es posible, las viñetas muestran (sin ensayo previo) los modelos en situaciones naturales “realizando las actividades eficazmente”, así como también “realizándolas de manera menos eficaz” para desmitificar la noción de que existe “la crianza o enseñanza perfecta” y para ilustrar cómo uno puede aprender de sus errores. Este enfoque también enfatiza la creencia

de los autores en un modelo de aprendizaje interactivo y de afrontamiento (Webster-Stratton y Herbert, 1994); o sea, los participantes observan una viñeta de una situación y luego discuten y llevan a cabo un juego de roles sobre cómo podría haber manejado la interacción más eficazmente el personaje. De este modo, los participantes mejoran las interacciones que observan en las viñetas. Este abordaje aumenta la confianza de los participantes en sus propias ideas y desarrolla sus habilidades de analizar situaciones interpersonales y seleccionar una respuesta adecuada. En este aspecto, el entrenamiento difiere de otros programas, en los que el terapeuta brinda el análisis y recomienda una estrategia particular.

Las viñetas representadas en video demuestran principios conductuales y sirven de estímulo para discusiones, resolución de problemas y aprendizaje colaborativo. Luego de cada viñeta, el terapeuta solicita comentarios al grupo y los involucra en el proceso de resolución de problemas, compartiendo y discutiendo ideas y reacciones. El rol del terapeuta es el de apoyar a los miembros del grupo mediante la enseñanza, liderazgo, reformulación, predicción y juego de roles, siempre dentro de un contexto colaborativo. El contexto colaborativo está diseñado para asegurar que la intervención sea sensible a las diferencias culturales y a los valores personales de los participantes. El programa está hecho a medida de las necesidades y objetivos personales de cada maestro, padre o niño, así como también de la personalidad y problemas de conducta de cada niño.

Este programa también implica un compromiso hacia la autogestión de los miembros del grupo. Los autores consideran que este enfoque fortalece, ya que restituye la dignidad, el respeto y el autocontrol a los padres, maestros y niños, quienes frecuentemente buscan ayuda en un momento de baja autoconfianza y sentimientos de culpa. El formato grupal es más económico que la intervención individual y también contempla factores de riesgo importante para los niños con problemas de conducta: el aislamiento y el estigma familiar. Los grupos de padres proveen este apoyo y se convierten en un modelo para las redes de apoyo de padres (para más detalles de los procesos terapéuticos, ver Webster-Stratton y Herbert, 1994.) Los grupos de niños brindan a aquellos con problemas de conducta algunas de sus primeras experiencias sociales positivas con pares. Asimismo, se teorizó que el enfoque grupal brindaría más apoyo social y emocional y reduciría los sentimientos de aislamiento, tanto para maestros como para padres y niños. El programa de viñetas en video para niños muestra niños de diferente edad, sexo y cultura interactuando con adultos (padres y maestros) o con pares. Luego de ver las viñetas, los niños discuten sus sentimientos, sugieren modos de respuestas más eficaces y llevan a cabo juegos de roles con escenarios alternativos. Además de las viñetas interactivas en video, los terapeutas utilizan títeres de tamaño real para modelar conductas y procesos de pensamiento apropiados para los niños. El uso de títeres llama la atención a nivel de las fantasías, que frecuentemente se observa entre aquellos niños que se encuentran en

el estadio preoperatorio. Dado que los niños pequeños son más vulnerables a la distracción, menos capaces de organizar sus pensamientos y presentan una memoria menor, se utilizan numerosas estrategias para revisar y organizar el material, como (1) jugar al modelado para revisar las habilidades aprendidas; (2) utilizar muchos ejemplos en video sobre el mismo concepto en diferentes situaciones y escenarios; (3) utilizar dibujos de caricatura y calcomanías (*stickers*) especialmente diseñadas como señales para recordar a los niños conceptos importantes; (4) implementar juego de roles con títeres y otros niños para brindar oportunidades de práctica; (5) recrear escenas del video; (6) practicar habilidades con actividades lúdicas y artísticas; (7) asignar tareas para el hogar para que los niños puedan practicar habilidades importantes con sus padres; y (8) distribuir cartas a padres y maestros que expliquen los conceptos básicos que están aprendiendo los niños y pedirles que refuercen dichos comportamientos.

Evidencia sobre la eficacia de los programas

Eficacia del programa de entrenamiento a padres

La eficacia del Programa BÁSICO de Entrenamiento a Padres de Niños (entre 3 y 8 años) diagnosticados con TOD/TD denominado LAI ha sido demostrada en numerosos estudios controlados randomizados (ECR) por quien desarrolló el programa y sus colegas en la Clínica de Crianza de la Universidad de Washington (Reid, Webster-Stratton, y Hammond, 2007; Webster-Stratton, 1981, 1982, 1984, 1990a, 1992, 1994, 1998; Webster-Stratton y Hammond, 1997; Webster-Stratton, Hollinsworth y Kolpacoff, 1989; Webster-Stratton, Kolpacoff y Hollinsworth, 1988; Webster-Stratton, Reid y Hammond, 2004). En todos estos estudios, el programa BÁSICO ha demostrado mejorar las actitudes de los padres, las interacciones padre-hijo, reducir los métodos severos de disciplina y los problemas de conducta de los niños en comparación con los grupos de control en lista de espera. Un análisis de los componentes del tratamiento indicó que la combinación de discusión grupal, terapeuta entrenado y modelado en video produjo resultados más duraderos comparados con aquellos tratamientos que contaban con un solo componente de entrenamiento (Webster-Stratton, Kolpacoff y Hollinsworth, 1988; Webster-Stratton, Hollinsworth y Kolpacoff, 1989). Asimismo, el programa BÁSICO ha sido replicado en cinco proyectos de investigadores independientes en clínicas de salud mental con familias de niños diagnosticados con problemas de conducta (Drugli y Larsson, 2006; Larsson, Fossum, Clifford, Drugli, Handigard y Morch, 2008; Lavigne y cols., 2008; Scott, Spender, Doolan, Jacobs, y Aspland, 2001; Spaccarelli, Cotler, y Penman, 1992; Taylor, Schmidt, Pepler y Hodgins, 1998), así como también fue replicado con los mismos niños

y con poblaciones de alto riesgo (familias de escasos recursos; Gardner, Burton y Klimes, 2006; Gross y cols., 2003; Hutchings y cols., 2007; Miller Brotman y cols., 2003). Estas réplicas fueron pruebas de eficacia realizadas en entornos de salud mental, no en una clínica de investigación universitaria, y los terapeutas fueron los de dichos centros. Tres de estas pruebas fueron llevadas a cabo en los Estados Unidos, dos en el Reino Unido y una en Noruega. Las mismas ilustran la posibilidad de transferir el programa de paternidad BÁSICO a otras culturas (ver Tabla 1 para un resumen de todos los estudios de los programas Los años increíbles).

En un cuarto estudio (Webster-Stratton, 1994), los autores examinaron los efectos de agregar un componente del programa AVANZADO al programa BÁSICO mediante la asignación aleatoria de familias, ya sea al programa BÁSICO de entrenamiento a padres o al programa BÁSICO más el AVANZADO. Ambos grupos de tratamiento mostraron mejorías en la adaptabilidad de los niños y en las interacciones padre-hijo, así como también una disminución de los niveles de angustia en los padres y de los problemas de conducta en los niños. Estos cambios se mantuvieron durante el seguimiento. Los niños en el programa AVANZADO mostraron incrementos significativos en el número de soluciones pro sociales generadas durante la resolución de problemas en comparación con los niños cuyos padres recibieron sólo el programa BÁSICO. La observación de las interacciones matrimoniales de los padres indicó mejorías significativas en la comunicación, resolución de problemas y habilidades de colaboración de los padres del programa AVANZADO, en comparación con los que no recibieron dicho programa.

En general, estos resultados sugieren que enfocarse en ayudar a las familias a manejar su angustia personal y problemas matrimoniales interpersonales a través del programa AVANZADO de discusión grupal con modelado en video agregó beneficios a los resultados del programa BÁSICO. En consecuencia, un programa de 20 a 24 semanas que combina el programa BÁSICO y el AVANZADO para padres con niños con problemas de conducta se ha vuelto el tratamiento central, para los autores.

En el sexto y séptimo estudio (Webster-Stratton y Hammond, 1997; y Webster-Stratton, Reid, y Hammond, 2004, respectivamente), los autores examinaron los efectos acumulativos de combinar el programa de entrenamiento a niños (Aula de Escuela Dinosaurio), a docentes y el programa de entrenamiento a padres (BÁSICO y AVANZADO). Ambos estudios replicaron los resultados del estudio previo del programa AVANZADO y brindaron información sobre las ventajas de entrenar a los niños, a los maestros y también a los padres (ver descripción de los resultados de estos estudios en la sección Efectos de los programas de entrenamiento a niños y maestros).

Información del Estudio			
Programa evaluado	Número de Estudios ^a	Investigador: creador del programa o réplica independiente	Población: prevención o tratamiento
Padres	6	Creador	Tratamiento
Padres	4	Creador	Prevención
Niño	2	Creador	Tratamiento
Niño	1	Creador	Prevención
Maestro	1	Creador	Tratamiento
Maestro	2	Creador	Prevención
Padres	5	Réplica	Tratamiento
Padres	5	Réplica	Prevención
Niño	1	Réplica	Tratamiento
Niño	1	Réplica	Prevención
Maestro	2	Réplica	Prevención

Resultados		
Variable medida (observación e informe)	Tamaño de Efecto ^b (Cohen's <i>d</i>)	Programa más efectivo
Aumento de paternidad positiva	0.46-0.51	Padres
Disminución de paternidad severa	0.74-0.81	Padres
Disminución de problemas de conducta del niño en el hogar	0.41-0.67	Padres
Competencia social del niño	0.69-0.79	Niño
Preparación y compromiso con la escuela	0.82-2.87	Niño y maestro
Problemas de conducta escolar del niño	0.71-1.23	Niño y maestro
Conexión padre-escuela	0.57	Maestro
Manejo positivo del maestro	1.24	Maestro
Pensamiento crítico del maestro	0.32-1.37	Maestro

Tabla 1. Resumen de estudios de resultado que evalúan los programas *Los años increíbles*.

^a Todos los estudios usaron un diseño de grupo control aleatorizado y se citan en el listado de referencias.

^b Los tamaños de efecto incluyen estudios tanto de tratamientos como de prevención llevados a cabo por el creador del programa. El rango de tamaños de efecto representa el rango para un resultado particular a través de todos los estudios que incluyeron esa medida de resultado. La información para calcular el tamaño de efectos para las réplicas independientes no estaba disponible.

Programa de entrenamiento a padres: ¿quién se beneficia y quién no?

Los autores han realizado seguimientos longitudinalmente a familias (1, 2 y 3 años post tratamiento) y para el estudio 3 (Webster-Stratton, 1994) completaron un seguimiento de 10 a 15 años. Han evaluado la significación estadística y clínica de los efectos del tratamiento. Al evaluar la significación clínica, evaluaron hasta dónde los informes de padres y maestros indicaban que los niños se encontraban dentro de rangos de funcionamiento normales, no clínicos o si mostraban al menos una mejoría del 30%, y si las familias requirieron posteriormente terapia para los problemas de conducta de sus hijos en las evaluaciones de seguimiento. En el seguimiento a los 3 años de 83 familias tratadas con el programa BÁSICO, encontraron que a pesar de que dos tercios de los niños mostraban mejorías de conducta, 25 a 46% de los padres y 26% de los maestros aún informaban problemas de conducta en los niños (Webster-Stratton, 1990b). Asimismo, en las evaluaciones de seguimiento a 3 años hallaron que las familias cuyos niños continuaron presentando problemas de conducta (de acuerdo con los informes de padres y docentes), presentaban una mayor probabilidad de tener dificultades matrimoniales o familias mono parentales, mayor depresión materna, clase social más baja, niveles elevados de factores de estrés negativos e historias familiares de alcoholismo, abuso de drogas y maltrato conyugal (Webster-Stratton, 1990b; Webster-Stratton y Hammond, 1990).

Hartman, Stage y Webster-Stratton (2003) examinaron si los síntomas de TDAH en niños (por ej., falta de atención, impulsividad e hiperactividad) predecían resultados más pobres en el programa de entrenamiento a padres (BÁSICO). Contrarios a la hipótesis de Hartman y cols., los análisis sugieren que los niños con TOD/TD con mayores problemas por déficit de atención mostraron una reducción mayor de los problemas de conducta que los niños que no tenían problemas de atención. Se informaron resultados similares para niños con TDAH en el estudio en el Reino Unido (Scott y cols., 2001). Actualmente, el creador está llevando a cabo un estudio para evaluar los tratamientos para padres y niños en niños pequeños con un diagnóstico primario de TDAH.

Rinaldi (2001) llevó a cabo un seguimiento de 8 a 12 años con familias que habían completado el estudio AVANZADO, en el que entrevistó al 83,5% de los padres y adolescentes del estudio original (entre 12 y 19 años). Los resultados indicaron que el 75% de los adolescentes estaba normalmente adaptado, con problemas conductuales y emocionales mínimos. Asimismo, las habilidades de paternidad enseñadas en la intervención tuvieron efectos duraderos. Dentro de los predictores de resultados a largo plazo se hallaron el nivel de enunciados críticos de la madre post-tratamiento y la utilización de los premios por parte del padre. Adicionalmente, el nivel de coerción entre los niños y su madre inmediatamente posterior al tratamiento predijo que los adolescentes se vieran más tarde involucrados con el sistema judicial penal (Webster-Stratton, Rinaldi y Reid, 2009).

En la última década, los autores también han evaluado los programas de padres como un programa de prevención selectivo con familias multiétnicas y desfavorecidas socioeconómicamente en dos estudios aleatorizados con familias Head Start,¹ así como con familias referidas por asistencia social infantil por abuso y maltrato. Los resultados de dichos estudios sugieren la eficacia del programa en promover una crianza más positiva, prevenir el desarrollo de problemas de conducta y fortalecer la competencia social entre niños de edad preescolar (Webster-Stratton, 1998; Webster-Stratton, Reid y Hammond, 2001). Reid y cols. (2001) evaluaron los efectos del programa a padres con una población culturalmente diversa de niños en la escuela primaria. Aquellos que recibieron el programa mostraron menos problemas de externalización, mejor regulación emocional y lazos padre-hijo más fuertes que los niños en el grupo control. Las madres en el grupo de intervención demostraron un apoyo mayor y menor coerción en la crianza de sus hijos que aquellas en el grupo control. Investigadores independientes informaron resultados similares con poblaciones selectivas (Gardner y cols., 2006; Gross y cols., 2003; Hutchings, Gardner y cols., 2007; Linares, Montalto, MinMin y Vikash, 2006; Miller Brotman y cols., 2003).

Efectos de los programas de entrenamiento a niños y maestros

Hasta la fecha, el creador ha llevado a cabo dos estudios aleatorizados evaluando la eficacia del programa de entrenamiento a niños para reducir problemas de conducta y promover competencias sociales en niños diagnosticados con TOD/TD. En el primer estudio, los niños y sus padres fueron asignados al azar a uno de cuatro grupos: programa de entrenamiento a padres (EP), programa de entrenamiento a niños (EN), programa de entrenamiento a niños y padres (EN + EP) o un grupo control en lista de espera. Las evaluaciones post tratamiento indicaron que las tres condiciones de tratamiento produjeron mejorías en los comportamientos de padres e hijos en comparación con el grupo control. Los niños que recibieron EN demostraron una mejoría significativamente mayor en la resolución de problemas y habilidades de manejo de conflictos en comparación con aquellos en el programa EP. En las medidas de comportamiento de padres e hijos en el hogar, padres e hijos en programas EP y EN más EP tuvieron interacciones más positivas en comparación con los padres e hijos en el programa EN.

Las evaluaciones realizadas durante el año de seguimiento indicaron que todos los cambios significativos que se observaron inmediatamente después del tratamiento se mantuvieron en el tiempo. Asimismo, los problemas de conducta de los niños en el hogar disminuyeron con el tiempo. El análisis de la significación clínica de los resultados sugi-

¹ N. de los C.: el programa Head Start fue desarrollado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, con el fin de proveer educación, salud, nutrición y servicios de participación parental a niños de hogares pobres y sus familias.

rió que la combinación de las condiciones EN + EP produjo las mayores mejorías en el comportamiento de los niños en el seguimiento al año. Sin embargo, los niños de las tres condiciones de tratamiento presentaron un incremento de los problemas de conducta en la escuela un año más tarde, de acuerdo con informes de los maestros (Webster-Stratton y Hammond, 1997).

El segundo estudio evaluó los efectos de diferentes combinaciones de entrenamiento a padres, niños y maestros. Las familias con un hijo diagnosticado con TOD fueron asignadas al azar a uno de seis grupos: (1) Solo entrenamiento a padres (BÁSICO + AVANZADO); (2) Solo entrenamiento al niño (currículum Dina Dinosaurio); (3) entrenamiento a los padres, entrenamiento en habilidades académicas y entrenamiento a maestros (BÁSICO + AVANZADO + ESCUELA + MAESTRO); (4) entrenamiento a padres, entrenamiento en habilidades académicas, entrenamiento a maestros y entrenamiento a niños (BÁSICO + AVANZADO + ESCUELA + MAESTRO + NIÑO); (5) entrenamiento a niño y entrenamiento a maestro (NIÑO + MAESTRO); y (6) grupo control en lista de espera. Los resultados indicaron que, tal como se esperaba, los maestros entrenados fueron evaluados como menos críticos, duros e inconsistentes y más cariñosos que los maestros del grupo control. Los padres en las tres condiciones que recibieron entrenamiento a padres fueron significativamente menos negativos y más positivos que aquellos que no recibieron entrenamiento. Los niños en las cinco condiciones de tratamiento demostraron reducciones significativamente mayores en las conductas agresivas con su madre en el hogar y con sus pares y maestros en la escuela en comparación con aquellos del grupo control. Los mayores efectos en las habilidades sociales positivas con pares en los niños se observaron en las tres condiciones de entrenamiento a niños en comparación con el grupo control. Casi todos los efectos del tratamiento se mantuvieron al año de seguimiento. En resumen, los resultados a corto plazo replican los resultados previos sobre la eficacia de los programas de entrenamiento a padres y niños e indican que el entrenamiento a maestros incrementa sus habilidades de manejo en el aula y mejora los comportamientos agresivos de los niños en el aula. Además, las combinaciones de tratamientos que agregaron entrenamiento a niños o a maestros al entrenamiento a padres fueron las más efectivas.

Un estudio controlado aleatorizado llevado a cabo por el creador del programa (Webster-Stratton y cols., 2001) y un estudio realizado por un evaluador independiente evaluaron el currículum de entrenamiento a maestros en entornos de prevención con maestros de Head Start (Raver y cols., 2008). En el primer estudio, el nexo entre los padres y maestros fue mayor en las condiciones experimentales que en el grupo control. Los niños en el grupo experimental demostraron menos problemas de conducta en la escuela que los controles y los maestros entrenados demostraron un mejor manejo del aula que los del grupo control. En el segundo estudio, las aulas Head Start en la condición de

tratamiento tuvieron niveles mayores de clima positivo en el aula, sensibilidad del maestro y manejo de comportamientos que aquellos en la condición de control.

Finalmente, un estudio reciente controlado y aleatorizado realizado por Webster-Stratton, Reid y Stoolmiller (2008) evaluó el Entrenamiento a Maestros LAI y el currículo del Aula Escuela Dinosaurio con Head Start y escuelas con altos números de niños con situaciones económicas desfavorables como controles. Los resultados mostraron mayores mejorías en los problemas de conducta, la autoregulación y las competencias sociales para el grupo de intervención en comparación con los grupos control. El tamaño de efecto al comparar grupos en tratamiento con grupos control en las evaluaciones posteriores indicó que la intervención tuvo efectos leves a moderados en niños cuya conducta de base estaba en un rango medio, pero arrojó un mayor tamaño de efecto en aquellos niños que inicialmente habían presentado problemas de conducta graves.

¿Quién se beneficia con el programa de tratamiento a niños Dinosaurio en grupos reducidos?

Las familias de 99 niños con TOD/TD de entre 4 y 8 años que fueron asignados al azar a los grupos reducidos de entrenamiento a niños o a un grupo control, fueron evaluadas sobre múltiples factores de riesgo (hiperactividad en el niño, estilo de crianza y estrés familiar). Estos factores de riesgo fueron examinados en relación con las respuestas de los niños al tratamiento. La hiperactividad o estrés familiar no impactaron en la capacidad de los niños de beneficiarse con el tratamiento. La crianza negativa, en cambio, sí tuvo un impacto negativo en el resultado del tratamiento de los niños. Solo unos pocos niños con padres que tenían alguno de los factores de riesgo de crianza negativa (altos niveles de críticas o castigos físicos) mostraron mejorías comparados con los niños que no tenían factores de riesgo de crianza negativa. Por ende, para los niños cuyos padres exhiben estilos de crianza severos o coercitivos, puede ser necesario ofrecer una intervención a los padres en adición a la intervención al niño (Webster-Stratton y cols., 2001). Los estudios de los autores sugieren que el entrenamiento a niños aumenta la eficacia del entrenamiento a padres cuyos hijos presentan problemas de conducta generalizados (en el hogar y en la escuela).

¿Quién se beneficia del tratamiento y cómo?

Beauchaine, Webster-Stratton y Reid (2005) examinaron los mediadores, moderadores y predictores de los efectos del tratamiento combinando información de seis estudios controlados aleatorizados de LAI (incluyendo 514 niños de entre 3-9 años). Las familias en estos estudios recibieron entrenamiento a padres, a niños, a maestros o una combinación. El nivel de satisfacción matrimonial, la depresión en la madre, el abuso de sus-

tancias en el padre y la presencia de comorbilidad en el niño con ansiedad, depresión y problemas de atención fueron moderadores del tratamiento. En la mayoría de los casos, los análisis de estos moderadores mostraron que las combinaciones de intervenciones que incluyeron entrenamiento a padres fueron generalmente más efectivas que aquellas que no lo incluyeron. Por ejemplo, los hijos de madres con problemas matrimoniales tuvieron mejores resultados en el tratamiento si este había incluido entrenamiento a padres. En efecto, el entrenamiento a padres tuvo los efectos más consistentes a través de las distintas variables de moderadores, y no hubo instancias en que las intervenciones sin entrenamiento a padres fueran más efectivas que aquellas con este entrenamiento. Sin embargo, el agregado de entrenamiento a maestros parece ser importante para niños impulsivos. Finalmente, a pesar de estos efectos moderadores, más componentes del tratamiento (entrenamiento a padres, niños y maestros) fueron asociados con mayores reducciones en problemas de externalización e internalización, según los informes de las madres (Webster-Stratton y Herman, 2008). Esto sugiere que, manteniéndose igual todos los factores, más tratamiento es mejor que menos. Las prácticas de crianza severa mediaron y predijeron el éxito del tratamiento; en otras palabras, las mejores respuestas al tratamiento se observaron en niños cuyos padres habían tenido puntajes relativamente bajos en críticas verbales y crianza severa al inicio del estudio y que mejoraron durante el tratamiento.

En un estudio de prevención que incluyó a niños socioeconómicamente desfavorecidos con y sin problemas de conducta (Reid, Webster-Stratton y Baydar, 2004), encontraron que el cambio en el niño estuvo relacionado con el compromiso de la madre con el programa de entrenamiento y con la reducción del nivel de críticas de la madre. En dicho estudio, las madres más comprometidas fueron las más críticas y las que tenían hijos con mayores problemas de conducta. Un segundo estudio que analizó esta misma información de prevención (Baydar, Reid y Webster-Stratton, 2003) demostró que a pesar de que las madres con factores de riesgo de salud mental (por ej., depresión, ira, historia de abuso de niña, abuso de sustancias) al iniciar el estudio exhibieron peores habilidades de crianza que las madres sin estos factores de riesgo, todas se comprometieron y se beneficiaron del programa en niveles similares. Investigaciones recientes de niños con TDAH y TOD también indicaron que la dosis de intervención se relaciona con los resultados de la misma: las madres que asistieron a 8-20 sesiones demostraron cambios más significativos en los resultados de crianza y en los niños que aquellas que asistieron a 8-10 sesiones (Webster-Stratton, 2009). Un estudio independiente que trató a niños con TOD en entornos de cuidado primario indicó resultados similares sobre los efectos de la dosis, donde aquellos que recibieron más sesiones de tratamiento obtuvieron mejorías mayores (Lavigne, LeBailly, Gouze, Cicchetti, Pochlyly, Arend y cols., 2008). Esto argumenta a favor de la importancia de no abreviar la intervención.

Direcciones para futuras investigaciones

En los últimos años, los programas para padres LAI se han extendido para incluir a niños mayores (8-13 años) así como también a bebés y niños pequeños (0-3 años). Actualmente se están realizando estudios para evaluar su eficacia. Un estudio reciente (Hutchings, Bywater, Williams, Shakespeare y Whitaker, 2009) utilizando la versión de Edad Escolar (8-12 años) del programa para padres LAI ha mostrado mejoras significativas en los informes de los padres sobre problemas de conducta de sus hijos, en los niveles de depresión en los padres y en las habilidades de crianza. Otros estudios están evaluando los programas LAI con poblaciones nuevas, incluyendo familias negligentes y abusivas derivadas por instituciones de protección al menor, niños con TDAH y familias de países y regiones diversas, incluyendo Rusia, Turquía, Australia y Escandinavia.

A pesar de que los programas inicialmente fueron diseñados y evaluados para ser usados como tratamientos para niños diagnosticados en entornos clínicos, el trabajo reciente de los autores se ha extendido hacia entornos escolares y ha focalizado en las poblaciones de alto riesgo. A medida que se sabe más sobre el tipo, tiempos y dosis de intervención necesarios para prevenir y tratar los problemas de conducta en niños, se puede ampliar el alcance a los niños y sus familias para ofrecer tratamientos y apoyar puntos estratégicos. Al proveer un continuo de servicios de prevención y tratamiento, los autores creen que podrán prevenir el desarrollo de trastornos de conducta, delincuencia y violencia.

Nota: Artículo publicado originalmente en *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents*, Segunda Edición (Editado por John R. Weisz y Alan E. Kazdin. Copyright 2010 por The Guilford Press. Todos los derechos reservados) Reproducido con la autorización de The Guilford Press y de los autores.

Esta investigación fue apoyada por el *National Institute of Health National Center for Nursing Research*, Grant No. 5 R01 NR01075, y por el *National Institute of Mental Health Research Scientist Development Award* No. MH00988.

La primera autora ha expresado un potencial conflicto de interés debido a que ella provee entrenamiento y materiales instructivos para estos programas de tratamiento y por ende puede percibir ganancias económicas de una crítica positiva. Este interés ha sido divulgado a la universidad y se maneja de manera consistente con la política nacional y de la universidad.

Referencias

Baydar, N., Reid, M. J., & Webster-Stratton, C. (2003). The role of mental health factors and program engagement in the effectiveness of a preventive parenting program for

- Head Start mothers. *Child Development*, 74(5), 1433–1453.
- Beauchaine, T. P., Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (2005). Mediators, moderators, and predictors of one-year outcomes among children treated for early-onset conduct problems: A latent growth curve analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 371–388.
- Collins, W. A., Maccoby, E. E., Steinberg, L., Hetherington, E. M., & Bornstein, M. H. (2000). Contemporary research on parenting: The case for nurture and nature. *American Psychologist*, 55, 218–232.
- Dishion, T. J., McCord, J., & Poulin, F. (1999). When interventions harm: Peer groups and problem behavior. *American Psychologist*, 54, 755–764.
- Dishion, T. J., & Piehler, T. F. (2007). Peer dynamics in the development and change of child and adolescent problem behavior. In A. S. Masten (Ed.), *Multilevel Dynamics in Development Psychopathology: Pathways to the Future* (pp. 151–180). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Drugli, M. B., & Larsson, B. (2006). Children aged 4–8 years treated with parent training and child therapy because of conduct problems: Generalisation effects to day-care and school settings. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15, 392–399.
- Egger, H. L., & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 313–337.
- Gardner, F., Burton, J., & Klimes, I. (2006). Randomized controlled trial of a parenting intervention in the voluntary sector for reducing conduct problems in children: Outcomes and mechanisms of change. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1123–1132.
- Gross, D., Fogg, L., Webster-Stratton, C., Garvey, C., Julian, W., & Grady, J. (2003). Parent training with families of toddlers in day care in low-income urban communities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 261–278.
- Hartman, R. R., Stage, S., & Webster-Stratton, C. (2003). A growth curve analysis of parent training outcomes: Examining the influence of child factors (inattention, impulsivity, and hyperactivity problems), parental and family risk factors. *The Child Psychology and Psychiatry Journal*, 44(3), 388–398.
- Hawkins, J. D., Brown, E. C., Oesterle, S., Arthur, M. W., Abbott, R. D., & Catalano, R. F. (2008). Early effects of Communities That Care on targeted risks and initiation of delinquent behavior and substance abuse. *Journal of Adolescent Health*, 43(1), 15–22.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Kosterman, R., Abbott, R., & Hill, K. G. (1999). Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 153, 226–234.
- Hutchings, J., Bywater, T., Williams, M. E., Shakespeare, M. K., & Whitaker, C. (2009). *Evidence for the extended School Age Incredible Years parent programme with parents of high-*

- risk 8- to 16-year-olds. Unpublished manuscript, Bangor University, Bangor, UK.
- Hutchings, J., Gardner, F., Bywater, T., Daley, D., Whitaker, C., Jones, K., et al. (2007). Parenting intervention in Sure Start services for children at risk of developing conduct disorder: Pragmatic randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 334(7595), 1-7.
- Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., & Taylor, A. (2004). Physical maltreatment victim to antisocial child: Evidence of environmentally mediated process. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 44-55.
- Knutson, J. F., DeGarmo, D., Koepl, G., & Reid, J. B. (2005). Care neglect, supervisory neglect and harsh parenting in the development of children's aggression: A replication and extension. *Child Maltreatment*, 10, 92-107.
- Larsson, B., Fossum, B., Clifford, G., Drugli, M., Handegard, B., & Mørch, W. (2008). Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children: Results of a randomized controlled trial. *European Child Adolescent Psychiatry*, 18(1), 42-52.
- Lavigne, J. V., LeBailly, S. A., Gouze, K. R., Cicchetti, C., Pochyly, J., Arend, R., et al. (2008). Treating oppositional defiant disorder in primary care: A comparison of three models. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(5), 449-461.
- Linares, L. O., Montalto, D., MinMin, L., & Vikash, S. O. (2006). A promising parent intervention in foster care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 32-41.
- Loeber, R., Wung, P., Keenan, K., Giroux, B., Stouthamer-Loeber, M., Van Kammen, W. B., et al. (1993). Developmental pathways in disruptive child behavior. *Development Psychopathology*, 5, 103-133.
- Lynam, D. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Wikstrom, P. H., Loeber, R., & Novak, S. (2000). The interaction between impulsivity and neighborhood context on offending: The effects of impulsivity are stronger in poorer neighborhoods. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 109, 563-574.
- Miller Brotman, L., Klein, R. G., Kamboukos, D., Brown, E. J., Coard, S., & Sosinsky, L. S. (2003). Preventive intervention for urban, low-income preschoolers at familial risk for conduct problems: A randomized pilot study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32(2), 246-257.
- Offord, D. R., & Bennet, K. J. (1994). Conduct disorder: Long term outcomes and intervention effectiveness. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 1069-1078.
- Patterson, G. R., Capaldi, D., & Bank, L. (1991). An early starter model for predicting delinquency. In D. J. Pepler & K. H. Rubin (Eds.), *The Development and Treatment of Childhood Aggression* (pp. 139-168). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Raver, C. C., Jones, S. M., Li-Grining, C. P., Metzger, M., Champion, K. M., & Sardin, L. (2008). Improving preschool classroom processes: Preliminary findings from

- a randomized trial implemented in Head Start settings. *Early Childhood Research Quarterly*, 23, 10–26.
- Reid, M. J., Webster-Stratton, C., & Baydar, N. (2004). Halting the development of externalizing behaviors in Head Start children: The effects of parenting training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(2), 279–291.
- Reid, M. J., Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (2007). Enhancing a classroom social competence and problem-solving curriculum by offering parent training to families of moderate-to-high-risk elementary school children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(5), 605–620.
- Rinaldi, J. (2001). Long-term outcomes of parent training and predictors of adolescent adjustment *Dissertation Abstracts International*, 62(05), 2498 (UMI No. 3014016).
- Scott, S., Spender, Q., Doolan, M., Jacobs, B., & Aspland, H. (2001). Multicentre controlled trial of parenting groups for child antisocial behaviour in clinical practice. *British Medical Journal*, 323(28), 1–5.
- Snyder, H. (2001). Epidemiology of official offending. En R. Loeber & D. Farrington (Eds.), *Child Delinquents: Development, Intervention and Service Needs* (pp. 25–46). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Spaccarelli, S., Cotler, S., & Penman, D. (1992). Problem-solving skills training as a supplement to behavioral parent training. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 1–18.
- Taylor, T. K., Schmidt, F., Pepler, D., & Hodgins, H. (1998). A comparison of eclectic treatment with Webster-Stratton's Parents and Children Series in a children's mental health center: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 29, 221–240.
- Tremblay, R. E., Japel, C., Perusse, D., Boivin, M., Zoccolillo, M., Montplaisir, J., et al. (2000). The search for the age of "onset" of physical aggression: Rousseau and Bandura revisited. *Criminal Behavior and Mental Health*, 24(2), 129–141.
- Webster-Stratton, C. (1981). Modification of mothers' behaviors and attitudes through videotape modeling group discussion program. *Behavior Therapy*, 12, 634–642.
- Webster-Stratton, C. (1982). Teaching mothers through videotape modeling to change their children's behaviors. *Journal of Pediatric Psychology*, 7(3), 279–294.
- Webster-Stratton, C. (1984). Randomized trial of two parent-training programs for families with conduct-disordered children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(4), 666–678.
- Webster-Stratton, C. (1990a). Enhancing the effectiveness of self-administered videotape parent training for families with conduct-problem children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 479–492.
- Webster-Stratton, C. (1990b). Long-term follow-up of families with young conduct problem children: From preschool to grade school. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(2), 144–149.
- Webster-Stratton, C. (1992). Individually administered videotape parent training: "Who

- benefits?" *Cognitive Therapy and Research*, 16(1), 31–35.
- Webster-Stratton, C. (1994). Advancing videotape parent training: A comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(3), 583–593.
- Webster-Stratton, C. (1998). Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 715–730.
- Webster-Stratton, C. (2000). *How to Promote Children's Social and Emotional Competence*. London, UK: Sage.
- Webster-Stratton, C. (2006). *The Incredible Years: A Trouble-shooting Guide for Parents of Children Aged 3–8*. Seattle, WA: Incredible Years Press.
- Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1990). Predictors of treatment outcome in parent training for families with conduct problem children. *Behavior Therapy*, 21, 319–337.
- Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(1), 93–109.
- Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1998). Conduct problems and level of social competence in Head Start children: Prevalence, pervasiveness and associated risk factors. *Clinical Child Psychology and Family Psychology Review*, 1(2), 101–124.
- Webster-Stratton, C., & Herbert, M. (1994). *Troubled Families—Problem Children: Working with Parents: A Collaborative Process*. Chichester, UK: Wiley.
- Webster-Stratton, C., & Herman, K. (2008). The impact of parent behavior-management Training on child depressive symptoms. *Journal of Counseling Psychology*, 55(4), 473–484.
- Webster-Stratton, C., Hollinsworth, T., & Kolpacoff, M. (1989). The long-term effectiveness and clinical significance of three cost-effective training programs for families with conduct-problem children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(4), 550–553.
- Webster-Stratton, C., Kolpacoff, M., & Hollinsworth, T. (1988). Self-administered videotape therapy for families with conduct-problem children: Comparison with two cost-effective treatments and a control group. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(4), 558–566.
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Hammond, M. (2001). Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in Head Start. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(3), 283–302.
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Hammond, M. (2004). Treating children with early-onset conduct problems: Intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(1), 105–124.
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Stoolmiller, M. (2008). Preventing conduct problems and improving school readiness: Evaluation of The Incredible Years teacher and child training programs in high-risk schools. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(5),

471–488.

Webster-Stratton, C., Rinaldi, J., & Reid, M. J. (2009). *Long-term outcomes of Incredible Years Parenting Program: Predictors of Adolescent Adjustment*. Unpublished manuscript.