

# Aplicaciones clínicas y de servicio de la teoría de resiliencia con referencia en particular a los adolescentes

Paul D Steinhauer\*

## Sumario

Resiliencia ha sido definida de modo distinto en la literatura científica y esta exposición presenta el punto de vista del autor y su definición. El artículo revisa la literatura sobre resiliencia e ilustra los conceptos a través de una descripción de varios programas conducidos en su mayor parte en Canadá durante los últimos 25 años.

Varios programas de prevención y de servicios clínicos son descritos y evaluados. Espérase que estos ejemplos de muchos años de evaluación e investigación refuerzen la tesis de que soporte para competencia y resiliencia pueden ser suministrados en cada etapa del ciclo de vida de una persona, en vez de, como otros investigadores han reivindicado, estar simplemente restringidos a los pocos primeros años de vida.

**Unitermos:** Competencia, programas clínicos, programas de servicio, resiliencia, prevención en la adolescencia, Canadá.

**Correspondencia:** Alison Liebel, Communications Coordinator, The McCreary Centre Society, 401 N. Esmond Avenue, Burnaby, BC V5C 1S4, Canada. Tel: (604)291-1996; Fax: (604)291-7308; Email: mcreary@mcs.bc.ca

## Introducción

Como resiliencia es definida de modo distinto en la literatura profesional, esta presentación empezará con la definición rectora de resiliencia del autor con una descripción de lo que ha sido llamado de la "tríade de resiliencia" y con una discusión de dos proposiciones básicas que pueden soportar el desarrollo de resiliencia delante de la desventaja.

Resiliencia ha sido definida como adaptación extraordinariamente buena, desarrollo y funcionamiento delante de estrés grave y continuo y/o desventaja<sup>(1)</sup> y

la habilidad de la persona estresada de rebotar al nivel de preestrés de adaptación.<sup>(2)</sup> A lo largo del curso de su crecimiento, niños resilientes lo han desarrollado internamente o tuvieron acceso a recursos externos que los han ayudado a arreglarse hasta delante de niveles extraordinarios y prolongados de estrés. Por lo menos en algunos casos, el niño se fortaleció por el proceso de dominar condiciones difíciles y estresantes y la habilidad de arreglarse en realidad aumentó.<sup>(3)(4)(5)</sup>

Durante su desarrollo, los niños están continuamente expuestos a una variedad de factores de riesgo y de protección a la vez en diferentes niveles de interrelación. Al **nivel individual**, ellos vienen con vulnerabilidades y/o fuerzas biológicas de base genética. Suomi describió monos rhesus que nacieron con temperamento o "acomodadizo" o "ansioso". Un rhesus pequeño con un temperamento ansioso responde al estrés con una fuerte reacción que es de los puntos de vista del comportamiento y biológico similar a aquella de los niños humanos descrita por Kagan y sus colegas como teniendo un bajo umbral de respuesta al desconocido y al cambio. Debido a este bajo umbral de respuesta, estos monos pequeños experimentan niveles más altos y más persistentes de estímulo del sistema nervioso simpático luego incluso de estrés mínimo que un niño más acomodadizo, es decir, con un umbral más alto de respuesta.

A causa de responder mejor al estrés, los niños ansiosos corren riesgos mayores tanto de uniones inseguras como de inhibición comportamental.<sup>(6)</sup> Sin padres relajados, comprometidos y sensiblemente afinados, niños con bajo umbral frecuentemente recurren al evitar en lugar de aprender a arreglarse en situaciones que provocan ansiedad. Si los patrones de comportamiento de evitar se convierten en penetrantes, ellos frecuentemente interfieren en el desarrollo de técnicas de arreglo de estos niños que las necesitan para dominar su ansiedad y para tratar con la situ-

---

\* Paul D Steinhauer, MD, FRCP(C), Profesor Emérito de Psiquiatría y Ciencias de Salud Pública, Universidad de Toronto, Becario en Residencia, Centro de Promoción de la Salud, Universidad de Toronto, Toronto, Canadá.

ación que provoca ansiedad. Esto los predispone a niveles excesivos y persistentes de inhibición y al desarrollo de disturbios de ansiedad.<sup>(7)(8)</sup>

Es necesario más estrés para trastornar niños acomodadizos, ya que su umbral de estímulo es menor y ellos retornan al normal (de los puntos de vista del comportamiento y fisiológicamente) más rápido.<sup>(9)(10)</sup> Así, un temperamento acomodadizo puede amortiguar reacciones de niños al estrés y aumentar su adaptabilidad, favoreciendo uniones seguras y relaciones más exitosas con otras personas.<sup>(11)</sup> Umbrales altos de respuesta que resultan en niveles muy bajos de estímulo disminuirían el riesgo de disturbios de ansiedad de niños acomodadizos mientras aumentan su vulnerabilidad a comportamiento agresivo y antisocial.<sup>(12)(13)(14)</sup>

Además de estos rasgos temperamentales, hay poca duda que el sexo, la inteligencia, la atracción física, el tamaño, la habilidad atlética, las destrezas sociales, el sentido del humor, la capacidad de resolver problemas de modo efectivo, y lo que se llama de “perspectiva resiliente” – o la falta de estos factores – puede o ayudar a movilizar soporte en tiempos de estrés o a exponer el niño a riesgo mayor.<sup>(15)(16)</sup>

El niño con una perspectiva resiliente es aquel que tiene un sentido de significado y un objetivo, permanece optimista delante de dificultades, tiene confianza, amor propio y el deseo de vencer dificultades iniciales y la habilidad de rebotar y de perseverar delante de una derrota inicial.<sup>(17)(18)(19)</sup> Tales niños frecuentemente tienen un sentido de esperanza y una dimensión espiritual que pueden ser asociados con fe religiosa.<sup>(20)</sup>

Al **nivel familiar**, la “virtud de adaptación” entre las características de un niño y las necesidades y capacidades de los padres – ambos como individuos y como pareja – de percibir con exactitud y de responder con atención y sensibilidad a sus mutuas necesidades, hacen mucho para soportar el desarrollo y para ayudar al niño a compensar y a trascender muchas vulnerabilidades personales y riesgos ambientales.<sup>(21)</sup> Cuanto más relajada y acogedora es la primera persona que cuida de un niño con relación a sus necesidades, mayor es la probabilidad de desarrollar una unión segura. Una unión segura es el único y más fuerte factor existente que protege los resultados del desarrollo hasta el final de la adolescencia.<sup>(22)</sup>

Una vez establecido el patrón básico de unión del niño, es probable que el persista a menos que haya un cambio importante y sostenido en las relaciones familiares.<sup>(22)</sup> Pero hasta mismo una unión segura puede a lo largo del tiempo ser minada por asuntos de unión no resueltos en la primera persona que cuida de un niño – en la América del Norte, casi siempre la madre<sup>(23)</sup> – por falta de soporte y/o conflicto repe-

tido o abuso del parcerero, por los efectos de grave enfermedad mental (especialmente depresión crónica) o abuso de sustancia, o por estreses adicionales asociados con pobreza crónica.<sup>(24)</sup> Una unión segura con el otro miembro paterno puede ayudar a compensar una unión insegura con la primera persona que atendió el niño.<sup>(25)</sup>

Luego que la estrategia de unión básica se haya establecido, lo que Baumrind describe como “padres autoritarios” – es decir, un estilo de paternidad que combina un alto nivel de acogida paternal con expectativas altas pero razonables y confrontación consistente pero no-coercitiva<sup>(26)</sup> – es un factor familiar que ayuda a los niños a alcanzar competencia para desarrollar y a evitar la incompetencia. Padres autoritarios tendrán probablemente relaciones recíprocas con sus niños, y asegurarán que ellos tengan oportunidades de contribuir a y de participar de decisiones de la familia. También es probable que tales familias tengan y moldean para sus niños la habilidad de arreglar y de persistir delante del estrés.<sup>(27)(28)</sup>

Por otro lado están las relaciones familiares altamente disfuncionales y el índice bien más alto de fracaso marital que en las generaciones anteriores constituían factores de riesgo de resultados malos en niños y jóvenes.<sup>(29)</sup> Niños de familias negligentes y abusivas se encuentran en desventaja sean ellos pobres o no.

Muchos factores sociales pueden presentar riesgos importantes que pueden minar el ajuste o el desarrollo, mientras que otros pueden proteger el niño y neutralizar riesgos individuales o familiares:

– Pobreza, y especialmente pobreza crónica, es un factor de riesgo de toda la vida para ambas la salud y la salud mental en si mismas. Niños pobres tienen más probabilidad de tener dietas pobres y hambre por lo menos una vez a la semana, de experimentar múltiples mudanzas y cambios de escuela que minan el progreso académico, de vivir en sectores peligrosos y aislados, de ser educados en escuelas con menos probabilidad de atender a sus necesidades, de tener acceso inadecuado a buen atendimiento infantil, recreación supervisada, servicios de salud social y mental cuando necesario.<sup>(30)</sup> Además, los estreses de pobreza tienden a perjudicar el funcionamiento psicosocial individual de los padres, exagerando sus problemas psicológicos e interpersonales.<sup>(31)(32)</sup> Niños en familias de baja renta sufren muchos más estreses y tienen más problemas que sus colegas de la clase media en muchos aspectos del desarrollo. Aunque la mayoría de los niños con problemas no sean pobres, la minoría de los niños que son pobres experimentan problemas de salud, académicos, emocionales y de comportamiento casi dos veces más que sus compañeros acomodadi-

zos.<sup>(33)</sup> La marginación y la injusticia, esta última en crecimiento en Canadá, intensifican los efectos corrosivos de la pobreza en el desarrollo infantil y en la salud mental.<sup>(34)(35)</sup>

Por lo menos un estudio ha mostrado que niños pobres con buenos padres se salen tan bien como y de algunas maneras mejor que niños de la clase media o ricos que tienen padres malos.<sup>(36)</sup> Pero los muchos estreses adicionales experimentados por los pobres frecuentemente minan la relación paternal agravando el conflicto y la violencia familiar, el abuso de substancia y los problemas de salud mental. Estas condiciones obstaculizan el desarrollo y contribuyen más para el número mayor de resultados adversos para los niños y jóvenes pobres que la rienda de por sí.<sup>(37)(38)</sup>

Los siguientes programas ilustran cuanto efecto una intervención, que mitiga los efectos de la pobreza crónica, puede tener tanto en soportar el desarrollo normal como en minimizar comportamientos problemáticos preexistentes en niños desde el nacimiento hasta la edad de 24 años.

**Programas perfilados**  
**Cuando la Rama se Rompe**  
**(*Bough Break*)/ Beneficiando**  
**a Todos los Beneficiarios<sup>(39)(40)</sup>**

Estos dos programas ofrecían a las madres en la asistencia social una variedad completa de servicios médicos y sociales junto con libre acceso a atención de alta calidad al niño y experiencias recreacionales bien supervisadas para todos los niños desde el nacimiento hasta los 18 años de edad. Incluyeron 765 casas con 1.300 niños desde el nacimiento hasta los 24 años de edad. Cada familia fue designada al azar para uno de los siguientes grupos:

- (a) No recibió servicios adicionales;
- (b) Recibió un espectro completo de servicios (visita en casa de enfermeras de salud pública; nuevo entrenamiento de trabajo; recreación para los niños);
- (c) Recibió visitas en casa solamente;
- (d) Recibió entrenamiento de trabajo solamente;
- (e) Recibió atención al niño y/o experiencias recreacionales supervisadas solamente.

El mandato de la Unidad de Investigación Vinculada al Sistema (*System-Linked Research Unit*) que originó este programa fue explorar maneras más efectivas de servir a las personas a través de una propuesta unificada e intersectorial que promoviera confianza en sí mismo y total integración en la sociedad. Los creadores creían que suministrar asistencia extensa para madres solteras en el servicio de bien estar y para sus niños, en vez de dejar los individuos manteniendo sus

hijos en un sistema fragmentado, produciría ganancias financieras a plazo corto así como beneficios sociales a largo plazo.

Aunque se sepa que el índice de depresión es alto en madres solteras en la asistencia social, sábese que más de la mitad de ellas se salen muy bien a pesar de las circunstancias y sus niños eran tan competentes como aquellos de madres que no eran pobres. El grupo sintió que mientras había un programa provincial de visita a hogares para las madres de niños basados en Hawaii Healthy Start, había una generación de 7-20 años que no estaba recibiendo cualquier clase de servicios de soporte.

La evaluación de cuando la Rama se Rompe (*Bough Break*) probó que es igualmente eficaz, pero menos caro, atender todas las circunstancias de la persona con servicios sociales y de salud extensos y proactivos para madres y asistencia infantil de calidad y servicios recreacionales para sus niños. El estudio constató:

- 25% de las familias a las cuales fue ofrecida la gama completa de servicios dejaron la asistencia social (comparado a los 10% de aquellas con solamente un servicio o 6% en el programa de empleo público de la provincia). Esto representó una economía de \$500,000 en dos años por encima del costo de suministrar servicio extenso para las 100 madres. Fue estimado que este programa, si adoptado en toda la provincia de Ontario, economizaría \$12 millones en dos años simplemente debido a la salida del programa de asistencia social.

- servicios recreacionales sólo ayudan a niños con disturbios en la asistencia social a mantener su competencia social, física y académica en el mismo nivel que los niños sin disturbios. Sin los servicios, el nivel de competencia del niño cayó y la recreación se pagó por sí misma reduciendo el índice de uso de los servicios social y de salud (libertad vigilada, psiquiatría infantil, psicología, trabajo social). El suministro de recreación para niños también fue bueno para las madres (menos problemas del sistema nervioso, menos uso de medicación, menos ansiedad, menos uso de asistencia subsidiada a niños, menos aconsejamiento, menos uso de centros de distribución de alimentos). Recreación sólo produjo 10% de salida de la asistencia social (comparado a aquellos que no recibieron este servicio). Las visitas de salud pública exclusivamente resultaron en 12% más de salida de la asistencia social (comparado a aquellos que no recibían este servicio).

- enfermeras de salud pública (PHN del inglés *public health nurses*) especialmente solicitadas a identificar y a tratar de cuestiones de salud mental, pero también de otras cuestiones comportamentales y de

salud verificaron que 50% de los jefes de familias de soporte único eran deprimidos y 10% tenían enfermedades crónicas y tratar estos disturbios dió a las madres la confianza y el amor propio para quitar la asistencia social. El costo de enfermeras PHN adicionales era más que compensación por las reducciones en visitas de emergencia, visitas a especialistas y hospitalizaciones.

– el reentrenamiento para el empleo sólo resultó en salida 10% mayor. Sin embargo, las madres prefirieron recreación y visitas de salud pública y las usaron más frecuentemente.

Hay varios otros factores sociales que afectan el equilibrio entre resiliencia y vulnerabilidad. Por ejemplo, la globalización creciente del comercio llevó a una pérdida significativa de empleos bien pagos de jornada entera con beneficios. Esto hace más difícil encontrar empleo con lo cual se puede sostener una familia, especialmente para aquellos sin graduación escolar de nivel medio por lo menos y buenas habilidades para el trabajo, que consideran más difícil obtener y mantener un buen puesto de trabajo.<sup>(41)</sup> Esto resultó en una situación donde casi 70 por ciento de las familias canadienses necesitan de dos ingresos simplemente para pagar las cuentas.<sup>(42)(43)</sup> Esto ha causado estrés creciente pues los asistentes sociales hacen malabarismos para cumplir sus papeles de padre y empleado, lo que resulta en la "Hambre de Tiempo para la Familia" ("*Family Time Famine*") (44). En los más de cincuenta años durante los cuales las estadísticas fueron mantenidas, los padres tienen menos tiempo que antes para estar juntos y para atender a sus niños.<sup>(45)(46)(47)</sup>

Alrededor de 1.5 millón de niños canadienses bajo 12 años de edad requieren asistencia de otras personas mientras sus padres trabajan.<sup>(48)</sup> A Canadá todavía le falta una visión y estrategia comunes concernientes a un sistema nacional de asistencia infantil. A la excepción de Quebec, buena asistencia infantil que se puede pagar es cada vez más difícil de encontrar, especialmente para aquellos que necesitan y se beneficiarían de la misma al máximo, los niños de familias pobres.<sup>(49)(50)</sup>

Padres que crían sus niños en vecindades aisladas violentas y a los cuales falta cohesión deben estar más emocionalmente comprometidos y ser disciplinadores más eficaces que aquellos que viven en comunidades más cívicas para proteger el desarrollo de sus niños. A veces, hasta mismo la paternidad más dedicada no es suficiente para neutralizar la influencia de comunidades violentas y deterioradas.<sup>(51)(52)(53)</sup>

Otras influencias sociales también pueden soportar así como minar el desarrollo infantil y los resultados subsecuentes. El valor de la asistencia infantil de alta calidad y de la educación en la primera

niñez,<sup>(54)(55)(56)</sup> de escuelas seguras y cuidadas,<sup>(57)(58)(59)(60)</sup> de recreación bien supervisada y comprometida,<sup>(39)(61)(62)</sup> de vivir en una comunidad cohesiva, amistosa y segura<sup>(15)(63)(64)</sup> es bien conocido. Los resultados de varios proyectos de alta calidad de Educación y Asistencia de la Primera Niñez mostraron persistir en la adolescencia. No importa lo importante que tales intervenciones programáticas puedan ser sino que los efectos amortiguadores de una relación única de soporte de largo plazo no deberían ser subestimados. Tener una relación continuada con un mentor, cualquier persona más vieja que se importa profundamente y está solidamente comprometida con el niño o con el joven, especialmente a lo largo del tiempo, es un factor comunmente visto en jóvenes en desventaja, que más tarde alcanzan la resiliencia.

## Programas perfilados

### El Proyecto Preescolar Ferry

Este proyecto suministró un modelo escolar enriquecido de Asistencia y Educación para la Primera Infancia (ECCE, del inglés *Early Childhood Care and Education*) de alta calidad para preescolares con por lo menos cuatro desventajas (3-6 años de edad). El proyecto consistió de ECCE de alta calidad para niños en cuatro días de jornada parcial y una visita semanal del profesor a la familia en su hogar. Aunque la intervención ocurrió entre las edades de tres y seis años, los resultados todavía eran obvios en el seguimiento a los 27 años de edad.

Este proyecto empezó como un esfuerzo local en Ypsilanti, Michigan, para mejorar el pobre desempeño escolar de niños con múltiples desventajas durante los años 1960. La fundación *High/Scope Educational Research Foundation* (Ypsilanti, Michigan) fue la idealizadora y el equipo ECCE era compuesto de profesores certificados, cada uno con seis niños. Aunque el proyecto fuera pequeño (el muestreo para seguimiento fue de solamente 123 niños) y la intervención activa terminó en 1967, su seguimiento a largo plazo (más de 25 años) con su extenso análisis de costo-beneficio todavía hace de ello uno de los estudios longitudinales más fuertes y más ampliamente reconocidos de la capacidad del ECCE de alta calidad de promover la resiliencia en niños pobres y con múltiples desventajas (vea la tabla 1).

El programa, el currículo y la concepción del programa fueron bien descritos, siendo posible reproducirlos. El proyecto recibió fondos del gobierno y generó una proporción costo-beneficio de más de 7:1. En el estudio de evaluación, los niños fueron distribuidos al azar en grupos experimentales y de control. Hubo dos excepciones menores que no son consideradas importantes lo suficiente para disminuir el diseño ex-

perimental. Los niños fueron seguidos hasta las edades de 19 y 27 años. Los graduados en el programa a la edad de 27 años son comparados en la tabla 2 con el desempeño de miembros del grupo de control a la misma edad.<sup>(65)</sup>

Cumple observar que el estudio *The Abecedarian Study*, otro estudio de ECCE eventual controlado de niños de familias de baja rienda seguidos desde la primera infancia hasta los 21 años de edad, mostró escores de teste mental significativamente más altos, desempeño escolar notablemente mejorado e índices más altos de conclusión escolar y de estudio en el colegio, pero ningún de disminución de embarazo en adolescentes y de criminalidad demostrados en el seguimiento del Proyecto Preescolar Perry.<sup>(66)</sup> Aunque esto sea posible debido a las diferencias demográficas en los muestreos, esto sugiere que no debemos suponer que los resultados y la eficacia del costo del Proyecto Preescolar Perry podrían ser totalmente reproducidos en cualquier situación.

Para entender cómo las influencias individuales, familiares y sociales neutralizan unas las otras de modo a constituir un riesgo claro en algunas veces y un nítido factor de protección en otras, es importante estar cierto que el relacionamiento dinámico entre estos tres conjuntos de variables no está perdido. Así factores de protección en uno o dos niveles pueden contrapesar incluso serios factores de riesgo en otros niveles, permitiendo por eso que algunos niños alcancen competencia o resiliencia. En general, el equilibrio movido así como la tensión entre factores en todos los tres niveles, que suportan la vulnerabilidad contra aquellos en todos los niveles que suporta la resiliencia, es lo que determina si, en un determinado niño, el desarrollo será suportado o minado. Por esta razón, las personas comprometidas con la prevención basada en la población, en términos generales, intervendrán para minimizar el efecto de factores de riesgo existentes mientras intentan maximizar o incorporar nuevas habilidades de arreglarse o otros factores de protección.

Antes de revisar cualesquier programas en detalle, considere si, al crear una intervención preventiva eficaz y eficiente basada en la población destinada a promover la resiliencia delante de desventaja, uno debería utilizar un modelo universal o dirigido. Si un modelo universal es empleado, menos personas en riesgo serán desconsideradas. Esto es porque, por ejemplo, aunque niños pobres tienen tres veces y media más probabilidad de desarrollar trastornos de conducta que aquellos que no son pobres, solamente 20% de los niños canadienses son pobres. Como resultado, a pesar del índice más alto de trastornos de conducta de niños pobres, un programa para evitar trastornos de conducta dirigido sola-

mente a niños pobres no haría nada para ayudar el número mayor de niños con conducta trastornada originarios de familias de la clase media y ricas.

Hay también maneras diferentes para atngir la población de un programa. Por ejemplo, decidir cuales madres conocidas como de alto riesgo incluir en un programa de apoyo de visita en el hogar, se podría o atngir aquellas mujeres, que son escogidas por una escala de riesgo como siendo de riesgo por abusar o negligenciar sus niños, o se podría atngir todas aquellas mujeres en una area geográfica donde un alto nivel de negligencia y abuso es endémico. En esta situación, incluir todas las mujeres en una area conocida de alto riesgo haría sentido por dos razones. Primero, puede haber hasta 40 por ciento de falsos positivos – es decir, mujeres consideradas en riesgo de negligencia o abuso, que en realidad no significan un riesgo para sus bebés – y rotular equivocadamente alguien como siendo de alto riesgo, especialmente en la ausencia de una intervención apropiada inmediatamente disponible, puede en realidad aumentar el nivel de riesgo.<sup>(67)</sup> También, si el criterio para entrada en el programa dañar una Escala de Riesgo, aquellos que efectivamente adentran el programa serán estigmatizados por hacer así y muchas mujeres, que podrían recibir sus beneficios no harán uso de él.<sup>(68)</sup> En general, la tabla 2 sugiere el tipo de orden preventiva para evitar la estigmatización. Como se puede ver en la tabla 2, la vasta mayoría de niños sin programas establecidos y no en alto riesgo de desarrollarlos generalmente tienen sus necesidades adecuadamente atendidas por su familia, su escuela, servicios recreacionales y otros de la corriente principal, que incluyen asistencia de alta calidad al niño que ya está disponible dentro de sus comunidades.

Niños de alto riesgo, sin embargo, tienen menos probabilidad de ser adecuadamente sostenidos solamente por sus familias y por recursos de la corriente principal. Por una serie de razones, muchos de estos niños fracasarán en utilizar o en recibir los beneficios de recursos de la corriente principal tales como guardería, escuela o recreación organizada. Otros niños en riesgo intentarán por lo menos usar servicios de la corriente principal, pero frecuentemente se comportarán de manera que alienarán los otros niños o el equipo del programa. A menos que el equipo del recurso de la corriente principal tiene acceso a soporte y entrenamiento adicional, aquellos niños están en riesgo por tener una experiencia negativa y/o de ser excluidos debido a su comportamiento.

### Historia perfilada

#### La historia de Fred

*A la edad de los 13, Fred era un niño poco atractivo, con sobrepeso y no muy inteligente, que iba tirando en*

*la escuela, pero tenía pocos amigos y poco respeto verdadero de sus colegas. Cuando alcanzó la pubertad, disparó en altura, pareciendo crecer dentro de su peso y pareciendo por la primera vez solidamente construido en vez de obeso. Esto, junto con alguna habilidad atlética natural, lo ayudó a convertirse en juez de línea principal en varios equipos de fútbol de la escuela. En esta etapa de su vida, él no solamente había dominado una habilidad pero tuvo también, por la primera vez, el respeto de sus colegas, que empezaron a buscarlo como amigo. Su confianza y amor propio se elevaron y hubieron también modestas mejoras en su trabajo académico.*

*Durante la primavera de su último año de escuela fundamental, perturbado por grave conflicto familiar precipitado por un padre alcohólico creciente, él empezó a comer en exceso, paró de hacer ejercicios y empezó a beber cerveza. Al final de su año escolar fundamental, pesaba veinte libras más que su peso de atleta. Su entrenador, un hombre a quien le gustaba entrenar equipos ganadores pero que tenía poco interés o preocupación con sus jugadores como individuos, respondió amenazando no aceptarlo de vuelta en el equipo a menos que él perdiera las veinte libras hasta el comienzo de la escuela en septiembre. Herido y enojado, Fred se quedó deprimido, empezó a beber más, y no sólo fracasó en perder peso, pero engordó algunas libras más. Cuando apareció para la primera práctica de fútbol en el otoño, su entrenador inmediatamente lo puso en la balanza y, delante de sus compañeros de equipo anunció que él estaba con 23 libras de sobrepeso. Él entonces lo destituyó de la práctica con la sentencia "Yo te avisé. Es esto. Tú estás fuera del equipo." Fred volvió luego que los otros habían ya marchado e hizo lo que, para él, fue una tentativa no característica para explicar al entrenador su situación familiar y cómo esto estaba afectándolo, rogando por una oportunidad de volver a juntarse al equipo que tanto significaba para él. Él fue sumariamente destituido. Esto causó una depresión acompañada de un gaño significativo de peso, un aumento de bebida y su salida de la escuela antes del final del año.*

*Cuando Fred recordó sus años de adolescente a la edad de 35 años, él recordó el día de su expulsión del equipo como "el fin de la alegría, el punto decisivo en mi vida". Si alguien – un consejero o consultor de salud mental – hubiese entendido la situación de Fred y persuadido con éxito al entrenador sobre la importancia de Fred estar en el equipo, al mismo tiempo en que le ofreciese algún soporte para que perdiera el peso extra, hay bastante razón para creer que Fred tendría se graduado en la escuela y no tendría desistido de su vida.*

Otros ejemplos de sistemas de servicio que agravan los problemas de jóvenes en alto riesgo pueden ser vistos en muchas jurisdicciones que, en la tentativa de cortar gastos con educación especial minimizan comportamiento desordenado, agresivo y violento en escuelas, desarrollan políticas de Tolerancia Zero. Son políticas que estas escuelas utilizan para excluir perentoriamente de la comunidad escolar cualesquier niños, cuyo comportamiento es desordenado, agresivo o desafiante, frecuentemente sin o con tentativas insuficientes para atender sus necesidades educacionales o sociales o antes o después de su expulsión. El resultado claro de tales políticas es estigmatizar los jóvenes, dejálos sueltos en la comunidad con poca supervisión, sin nada para hacer y con mucho tiempo para se quedar aburridos. Esto tiende a acentuar ambos los problemas académicos y de comportamiento, y de este modo a empujarlos hacia la evasión escolar prematura y hacia la delincuencia.<sup>(69)(70)(71)</sup>

Por otro lado, si el equipo de línea de frente de los recursos de la corriente principal tiene acceso regular a consulta a administradores de apoyo y a profesionales de salud mental, el equipo tiene más probabilidad de apreciar las necesidades especiales y comportamientos del niño en riesgo. Muchos pueden entonces usar este entendimiento para ayudar aquel niño a arreglarse dentro del programa y a usar la experiencia para soportar su desarrollo. En lugar de saltar prematuramente para la expulsión, ellos pueden empezar a suministrar la estructura, la asistencia y las estrategias que ayudarán a administrar jóvenes desordenados. Designando consejeros bien entrenados y apoyados por orientadores o consultores de salud mental para dar asesoría a suministradores de servicio en servicios de corriente principal o agencias en áreas con desventajas – guarderías; escuelas; recreación organizada – uno está atingiendo la población entera de niños y de jóvenes en alto riesgo en las comunidades de alto riesgo.<sup>(72)</sup>

Niños, que no sólo están en riesgo, pero que ya satisfacen los criterios de por lo menos un diagnóstico DSM-IV pueden beneficiarse de todo lo acima, pero también exigir alguna intervención especializada directa – o una asesoría multidisciplinar o alguna forma de tratamiento apropiado a su trastorno. Hasta mismo un niño en tratamiento directo puede continuar a beneficiarse significativamente por estar en un medio de corriente principal capaz de apoyarlo/la de los puntos de vista comportamental y/o emocional, especialmente si los adultos llaves en la vida del niño son la familia, el equipo de la escuela, el equipo recreacional después de la escuela, los terapeutas del niño – están trabajando juntos hacia objetivos comunes y suministrando un conjunto consistente y realista de expectativas com-

portamentales y soportes que son razonables y logrables por los jóvenes. A menudo, todavía, el equipo de diferentes setores de servicios y agencias – asistencia infantil, educación, recreación, salud mental, bien estar infantil, justicia – envueltos con un determinado niño – fracasan en concordar sobre objetivos comunes o sobre estrategias para alcanzarlos, especialmente si más de una agencia está envuelta.

Instalaciones de asistencia infantil y escuelas son un centro de servicio natural, ya que mismo si hubiera terapeutas capacitados suficientes para cada niño – y si sus terapias siempre obrasen, lo que no es siempre el caso – es improbable que un terapeuta capacitado, en sólo una hora o dos cada semana, pudiera tener la misma influencia en un escenario donde el niño pasa tanto tiempo más. Resultados excepcionales pueden ser obtenidos del uso efectivo de consulta con especialista para informar y apoyar el equipo de línea de frente de escuelas y de guarderías. Estas intervenciones pueden apoyar el equipo de profesionales de corriente principal que ya están trabajando con el niño y pueden, si el consultor y el consultante trabajan bien juntos, lograr tanta o más eficacia y eficiencia que el consultor lo lograría a través de tratamiento directo sólo.

### Programas perfilados

#### Ryerson Outreach/

#### Ryerson Community School

El *Ryerson Outreach* nació del deseo de mejorar resultados académicos y sociales y la calidad de vida de los niños en una escuela dentro de una vecindad multicultural pobre, de alta densidad, alto crimen, alto abuso de drogas dentro de la ciudad de Toronto. El proyecto pretendía reproducir el uso de consulta centrada de James Comer en el consultante por profesionales de salud mental en un escenario escolar.<sup>(73)(74)</sup> El *Ryerson Outreach* fue concebido para adelantar el bien estar del niño por entero académica, social y emocionalmente – usando una escuela pública como centro de servicio para su comunidad, con la colaboración activa de profesionales de salud infantil, salud mental infantil, guardería, bien estar infantil y servicio social en un escenario escolar.

Antes del programa empezar, la escuela operaba básicamente por cuenta propia, buscando colaboración con agencias externas o profesionales en una base de caso a caso solamente y generalmente como último recurso. Previamente, psicólogos y trabajadores sociales del Consejo de Educación trabajaban solamente con las necesidades académicas y afines de niños diagnosticados. Desde el comienzo deste programa de bajo presupuesto, los consultores

de salud mental trabajaron con el director, vicedirector y con el equipo de la escuela para:

- lograr mayor comprensión de las necesidades psicosociales de los niños;
- envolver la comunidad como un parcerero total en la escuela;
- llenar los vacíos que existían entre la comunidad, la escuela y los diferentes asistentes, servicios y programas; y
- convertir la escuela en un parcerero activo en el desarrollo de la comunidad de las cercanías.

El acuerdo para una agenda común y la fase inicial del proyecto están bien descritos en otra parte.<sup>(75)</sup> Los niños de la escuela tenían una vez y media a dos veces tantos trastornos de salud mental cuanto es la media en Ontario, usando el instrumento empleado en el Estudio de Salud Mental de Ontario.<sup>(76)(77)</sup> Las agencias sociales locales fueron invitadas una a la vez para trabajar con la escuela – una escuela urbana con 750 estudiantes de jardín de infantes hasta el 8º grado – para mejorar el servicio para los estudiantes y familias, para ayudar a desarrollar la comunidad circundante, para suministrar salud nutricional y mental y ayudas de servicio social a niños y estudiantes y, cuando necesario, para mejorar el enlace y expandir e integrar actividades recreacionales, programación fuera de la escuela y servicios comunitarios.

Los catalizadores para mudanza fueron la preocupación del equipo sobre el comportamiento y las necesidades no atendidas de los estudiantes, la necesidad acordada de una manera mejor de combinar escuela y agencias sociales para servir los niños y las familias con las cuales ambos estaban comprometidos; y la reducción de fondos causada por una economía en recesión. No hubo resistencia activa aunque algún equipo de escuela permaneció comprometido al mínimo mientras otros participaron con entusiasmo.<sup>(78)</sup> La visión, la energía y el cometido de todos los envueltos, especialmente el fuerte liderazgo del director, fueron cruciales para el éxito del programa.

El proyecto empezó con el centro *Hincks Children's Mental Health Centre* y la sociedad *Children's Aid Society of Metropolitan Toronto* donando los servicios de un psiquiatra infantil y de un supervisor de trabajo social por un medio día en la semana para trabajar en la escuela con el director y el equipo. Todas las tres organizaciones fueron miembros fundadores de la *Sparrow Lake Alliance*,<sup>(79)</sup> que reunió las tres organizaciones.

Una encuesta de las opiniones de los profesores sobre las mudanzas (basada en 32 retornos en 1993 y 44 en 1995) está sintetizada en la tabla 3. Más pro-

fesores observaron que las necesidades especiales de los estudiantes estaban siendo identificadas más temprano y atendidas más rápido a pesar de una disminución de los recursos de salud mental disponibles. Cuando el director fundador se jubiló luego del tercer año del proyecto, su sucesor, delante de la pérdida de los consultores originales, debido a los cortes de los presupuestos de sus agencias locales, desarrolló relaciones de consulta con más de 35 centros comunitarios y agencias sociales en la area de captación de la escuela.

En algún punto en sus respuestas, el equipo Ryerson expresó algunas preocupaciones sobre su comunicación con, y el soporte que ellos estaban recibiendo: de la administración comparado a dos años antes.<sup>(80)</sup> Esto puede reflejar un cambio en el estilo del nuevo director, que llegó al proyecto hace dos años solamente, pero puede también estar relacionado a cambios que resultan de condiciones económicas en deterioro, y una disminución en toda la ciudad de la moral de los profesores.

La literatura de prevención observa que, frecuentemente, los proyectos de prevención innovadores sufren un colapso cuando un líder carismático sale. Afortunadamente Ryerson mejoró sus resultados desde que el director original se jubiló al final del tercer año del programa. En su noveno año ahora, el programa fue escogido de entre más de 30 competidores para el *Ruth Atkinson Hindmarsh Award*, otorgado al programa social destacado en la provincia de Ontario en 1999.

Debido a la entusiástica cooperación del director de una escuela y directores de salud mental local y los recursos de la comunidad, el proyecto podría ser fácilmente reproducido. La forma final sería determinada por los parceros locales. La *Sparrow Lake Alliance* desarrolló un manual disponible en su sitio en la red que podría asistir directores y jefes de agencias sociales llevando en consideración desarrollar un programa comparable en sus propias comunidades.<sup>(81)</sup>

Aunque el programa *Ryerson Community Outreach* fuera una intervención universal (es decir, basado en la población), el programa siguiente, de Montreal, es un ejemplo de una intervención dirigida de prospección y bien controlada.

### Programas perfilados

#### El estudio longitudinal-experimental de niños desordenados de jardín de infantes de Montreal

Este programa empezó en 1984 evaluando el comportamiento de todos (1.037) niños (del sexo masculino) en jardín de infantes de 53 escuelas de lengua francesa en las vecindades con más desventajas de Montreal. Un muestreo al azar de niños de jardín de

infantes altamente desordenados fue inscrito en un programa intensivo de prevención. Hubo dos grupos de niños similares asignados al azar para comparación. El programa de prevención, empezando al final del Grado 1 y durando dos años (edades de 7 a 9), incluyeron entrenamiento de padres en casa y entrenamiento de habilidades sociales en la escuela para los niños. Para fines de evaluación hubo dos grupos de niños similares asignados al azar para comparación. Usando evaluaciones, observaciones directas y cuestionarios, el estudio siguió el muestreo entero de los niños, sus familias y sus amigos anualmente de edades de 10 a 16 años.

El proyecto fue realizado para entender el desarrollo del comportamiento violento en los niños y para identificar maneras de evitar desarrollo desviado.<sup>(82)</sup> El estudio fue diseñado por un equipo de la Unidad de Investigación sobre Inadaptación Psicosocial de Niños (*Research Unit on Children's Psychosocial Maladjustment*) de la Universidad de Toronto, dirigida por el Dr. Richard Tremblay.

Los resultados mostrando el riesgo de estar entre los 8 por ciento de niños considerados los más delinquentes entre las edades de 10 y 14 años fue nueve veces mayor para niños de jardín de infantes juzgados como agresivos por dos o más profesores que para aquellos que nunca fueron considerados agresivos. Niños considerados agresivos por solamente un profesor tuvieron cinco veces más la probabilidad de ser delinquentes en el inicio de la adolescencia que aquellos nunca considerados agresivos. Las siguientes formas de comportamiento en jardín de infantes (además de agresión) fueron usadas para pronosticar comportamiento delincuente a partir de las edades de 10 a 13:

- hiperactividad en el jardín de infantes (mejor pronosticador);
- falta de ansiedad (el mejor siguiente);
- falta de comportamiento altruístico.

Tener todos los tres de estos factores cuadruplica el riesgo de sería delincuencia en el inicio de la adolescencia, pero el factor protector más fuerte – la presencia de comportamiento altruista – en si mismo disminuye el nivel de riesgo en 80 por ciento.<sup>(83)</sup> La asociación de estos factores en los niños en el jardín de infantes fue un pronosticador más fuerte de abuso de substancia a la edad de los 13 que tener compañeros con desvíos en la preadolescencia.<sup>(84)</sup> Niños tratados por el programa tuvieron solamente mitad de problemas de ajuste escolar serios hasta la edad de los 15 (22 por ciento vs. 44 por ciento), y de las edades de 10 hasta los 15 los niños tratados presentaron casi

mitad de los comportamientos delincuentes que aquellos no tratados. Los niños tratados también tuvieron más posibilidad de lograr su nivel de edad en la escuela en la mitad de la adolescencia.

La clara descripción de ambos la intervención y los protocolos de investigación sugirieron que la única barrera para reproducción sería financiera. Los fondos vinieron de las agencias gubernamentales federales, provinciales y municipales. La evaluación fue un modelo seminal para una intervención preventiva dirigida con niños en alto riesgo de seria delincuencia y fracaso escolar como indicado por su comportamiento en el jardín de infantes.<sup>(85)</sup>

Hasta ahora la mayoría de los ejemplos han intervenido para soportar la resiliencia en la infancia o en la media niñez, aunque los resultados han continuado a influenciar los sujetos por toda su adolescencia. Así, se puede soportar la resiliencia en cualquier etapa de desarrollo bien como en una variedad de diferentes escenarios (por ejemplo, en escuelas, en grupos recreacionales supervisados, o cambiando una vecindad violenta y alienada en una comunidad apoyadora.

Este es un punto importante para explorar, especialmente en un tiempo cuando muchos defensores de soporte para niños muy pequeños – a veces zero a tres; o para otros, zero a seis – interpretan los resultados de la neurociencia para declarar que, cuando los niños alcanzan la adolescencia, puede ser tarde demais para intervenciones remediabiles que hagan alguna diferencia. Ellos opinan que esto es debido al cierre de janelas de oportunidad vinculadas a la edad en los primeros años.<sup>(86)(87)(88)</sup> Algunos neurocientistas, sin embargo, argumentan que la neurociencia no es tan avanzada como estas intervenciones iniciales lo suponen. Declaran, además, que aquellos que defienden el soporte para el desarrollo inicial están sobreinterpretando los datos de la neurociencia, y confundiendo lo en que les gustaría creer con lo que ha sido en verdad probado. Estos neurocientistas señalan que el cerebro – y la capacidad de nuevo *teaming* (es decir, la formación de nuevo sinapsis) luego de los primeros pocos años – permanece más plástico que algunos de los defensores más extremos de zero a tres han supuesto.

Sería desafortunado en verdad si gobiernos derechistas tuviesen de responder al debate científico continuo usándolo como una excusa para reducir el soporte para soportes de desarrollo para familias y niños en riesgo. Pero es igualmente desafortunado cuando otros gobiernos derechistas reducen drásticamente los gastos con servicios sociales y de salud mental para niños con más de seis años con falsos argumentos que entonces ya es muy tarde para hacer alguna diferencia. La verdad queda en algún punto

entre dos posiciones extremas. No puede haber mejor inversión para una sociedad que su soporte para el desarrollo de la primera niñez,<sup>(89)(90)(91)</sup> pero algunos niños y jóvenes en riesgo continuarán a necesitar soportes y servicios remediabiles por toda su niñez y juventud. Es un mito creer que invertir exclusivamente en soporte del desarrollo infantil lo hará todo. Hay toda una generación de niños y adolescentes más viejos, que no tuvieron el beneficio de algunos de los óptimos programas de soporte de desarrollo que están actualmente disponibles y siempre habrá algunos niños que estarán en riesgo biológico. Mismo con familias con elevada disfunción o con el estrés de vivir en comunidades violentas y alienantes, siempre habrá algunos jóvenes, que necesitarán de ambos la intervención inicial efectiva y el manejo a largo plazo por toda su niñez y juventud a fin de llegar cerca de alcanzar su potencial.

¿ Cuáles deberían ser los objetivos de prevención en la adolescencia? Ellos podrían incluir:

- la prevención de evasión prematura de la escuela, ya que fracasar en completar la escuela fundamental dobla la cantidad de tiempo en que la persona quedará desempleada y dependiente del gobierno por toda la vida;<sup>(92)</sup>

- la prevención de delincuencia y/o parar la progresión de delincuencia menor para criminalidad adulta grave y a largo plazo, especialmente por el uso de medidas alternativas ( por ejemplo, Conferencias de Grupos de Familia, Círculos de Sentencias) en lugar de custodia para todos jóvenes no violentos y para políticas que fomentan la rehabilitación, la reintegración y la no reincidencia en vez de castigo. Vea abajo, también;<sup>(93)(94)(95)</sup>

- la prevención de embarazo de adolescentes que, si no apoyado por la familia de la joven madre, frecuentemente ponen ambos el niño y la madre en una situación de dependencia por toda la vida. Reducción en el número de bebés, que en el nacimiento fueron bebés con peso bajo o muy bajo y/o tuvieron cerebros dañados por bebida o abuso de otra substancia por la madre durante el embarazo;<sup>(96)</sup>

- la prevención del hábito de fumar, alcoholismo y/o abuso de otra substancia;

- la prevención de suicidio;<sup>(97)(98)</sup>

- preparar a los jóvenes para una transición exitosa de la escuela para el trabajo

- la prevención del desempleo<sup>(99)</sup>

- preparar a los jóvenes para ser un parceros y un padre exitoso durante la vida adulta

- la prevención de comportamientos peligrosos de asumir riesgos (con drogas, con sexo sin protección, con vehículos a motor, con el uso de armas)

– la preparación de jóvenes en programas de asistencia para una transición exitosa para la independencia.<sup>(100)(101)(102)</sup>

### Programas perfilados

#### Comunidades en Escuelas<sup>(103)(104)</sup>

Este programa era antiguamente llamado Ciudades en Escuelas (CIS del inglés, *Cities in Schools*), pero más tarde llamado Comunidades en Escuelas (en inglés, *Communities in Schools*) a fin de desarrollar parcerías comunitarias que podrían traer recursos de negocios, agencias sociales, fundaciones y organizaciones de voluntarios para dentro de escuelas para servir gente joven en riesgo de evadir de la escuela fundamental. Tales jóvenes, que frecuentemente luchan bajo el peso de múltiples problemas sociales, económicos y emocionales, reciben un programa que es altamente personalizado, responsable y coordinado. El programa CIS usa equipos pequeños de adultos asistentes que trabajan dentro de la escuela para suministrar una experiencia de aprendizaje de elevado soporte y reduce el estrés de problemas sociales y emocionales. Orientación académica es suministrada por profesores y tutores voluntarios durante las horas escolares, y un coordinador de servicio empleado por el programa provee los soportes sociales necesarios (por ejemplo, financiero, habitacional, orientación laboral, orientación social, atención a la salud, tutoría en la escuela).

Este proyecto en Canadá es una reproducción de un programa que está en operación en los Estados Unidos hace más de 30 años. El programa reivindica poder reducir el índice de evasión escolar, aumentar el índice de graduación escolar, dar a los estudiantes en riesgo las habilidades necesarias en la fuerza de trabajo y así aumentar la productividad y la competitividad de Canadá. Proyectos pilotos fueron aplicados en dos escuelas de Nueva York. Ellos reivindican haber retenido en la escuela 75 por ciento de los 259 estudiantes matriculados en el programa, pero aquello fue un estudio no controlado. Debería ser reconocido, sin embargo, que mismo si todos estudiantes envueltos en el programa disfrutaban de sus beneficios, no hay pruebas que todos aquellos envueltos estaban en verdad en riesgo de evadirse de la escuela.

El éxito de la experiencia de Nueva York mostró que el programa podría ser reproducido con éxito. El manual CIS con el título "Las Ciudades en el Contenido de las Escuelas: Concepto y Estrategia" (*The Cities in Schools Content: Concept and Strategy*) contiene una descripción extremadamente concreta y legible del programa y por qué tiene buen resultado, junto con un análisis extraordinariamente claro y reflexivo del procedimiento para y las barreras comúnmente encontradas en la movilización de la comunidad. El

programa piloto de Nueva York está actualmente vulnerable, por causa de la pérdida de soporte del gobierno, pero el índice de retención en Nueva York fue de 75 por ciento durante cinco años.

Un programa para el tratamiento de transgresores jóvenes es un excelente ejemplo de programa de Terapia Multisistémica para adolescentes y jóvenes. Su objetivo es disminuir la reincidencia en los jóvenes, que ya fueron condenados por lo menos en dos ocasiones previas. De todos los jóvenes, que son acusados por actividad ilegal, más de 50 por ciento nunca llegan para la atención de las autoridades de la justicia nuevamente. La mayoría de los restantes pueden ser acusados nuevamente una vez, dos veces o mismo tres o cuatro veces, pero solamente 5-6% siguen para una vida de crimen crónico y/o violento.<sup>(95)</sup> Así, desviar jóvenes que están experimentando riesgos múltiples y ya empezaron a tener un comportamiento antisocial podría ser visto no solamente como un programa de prevención dirigido efectivo, pero como una inversión en resiliencia.

### Programas perfilados

#### Terapia Multisistémica<sup>(105)(106)</sup>

Terapia Multisistémica (MST) fue diseñada tanto para proteger el público como para rehabilitar transgresores jóvenes. Un equipo de trabajadores especialmente entrenados con pocos casos para ser resueltos en tribunal trabajó con delincuentes, la familia, la escuela de los jóvenes y su grupo de compañeros a fin de neutralizar los múltiples factores que llevan muchos transgresores jóvenes a retransgredir.

La MST cree que es crítico que por lo menos la figura de un padre tiene las habilidades y recursos para educar y orientar un adolescente obstinado. Como resultado, la habilitación de padres es un foco principal, y el programa trabaja para desarrollar soportes y fuerzas identificadas y remueve barreras para la paternidad efectiva (es decir, alto estrés, malas relaciones con el parcerero, abuso de sustancia paterna o materna). Terapeutas de la MST tienen pocos casos resueltos en tribunal, están disponibles 24 horas por día siete días de la semana, y suministran servicios en el entorno natural de la familia en momentos convenientes.

La MST está basada en la creencia que, ya que la delincuencia tiene múltiples causas que interactúan, la intervención exitosa exige componentes visando el transgresor (actitudes sociales en cambio; interés creciente en éxito escolar), la familia (violencia decreciente, supervisión creciente; solución mejorada de problemas) el grupo de compañeros (cambio de grupos de compañeros antisociales para prosociales), y la escuela (comprensión creciente del profesor: suministro de asistencia / tutoría).

Servicios tradicionales no resultan bien con transgresores jóvenes. Trabajadores de salud mental, de bien estar infantil y de la justicia pueden suministrar solamente un servicio mucho más limitado que trata sólo con algunos de los muchos problemas interactivos que contribuyen para la reincidencia. Es característico poner los transgresores jóvenes en custodia cerrada, lo que aísla al joven ya agresivo y antisocial en escenarios, donde actitudes antisociales y rebeldes son la norma. Aunque estos jóvenes puedan controlar su comportamiento durante la custodia, su índice de retransgresión cuando son libertados es alto y quedan más altos cada mes luego de su retorno a la comunidad. Otro argumento para la MST es el factor económico. Tratar un transgresor joven en custodia en Canadá costa aproximadamente \$90,000 al año, aunque el costo de mantener un transgresor joven en la comunidad con la MST es menos que la mitad.

Scott Henggeler (Universidad de Carolina del Norte) y Charles Borduin (Universidad de Missouri-Columbia) y sus colegas están envueltos en este estudio y suministran evaluaciones de las intervenciones. La MST demostró ser eficiente en rigurosos estudios científicos con delincuentes violentos y crónicos en varios estados:

– en Carolina del Sur, cuando comparado con servicios de justicia usuales con jóvenes, la MST mejoró las relaciones con la familia y colegas de transgresores violentos y crónicos juzgados en riesgo inminente de encarcelamiento. También redució substancialmente los índices de encarcelamiento a lo largo de un periodo de dos años y medio, reduciendo así el crimen, manteniendo al joven en sus familias y comunidades y, al mismo tiempo, economizando dinero;

– en Missouri, Borduin comparó la eficiencia de la MST con aconsejamiento individual de paciente externo para transgresores crónicos y sus familias. En un seguimiento de cuatro años, la MST fue altamente efectiva en mejorar las relaciones de la familia y en reducir síntomas psiquiátricos, y produjo índices reducidos de delitos violentos y otros, incluyendo aquellos relacionados con drogas.

– la MST también está siendo estudiada como tratamiento residencial y hospitalización psiquiátrica de emergencia alternativos basados en la familia.

Las descripciones precisas del programa tornaron la reproducción posible. La MST, no obstante, es un tratamiento extremadamente complejo, y hay numerosas barreras de terapeutas, agencias y al nivel del sistema que pueden minar su eficiencia. Sin embargo, hay un programa de entrenamiento y un extenso protocolo de

garantía de calidad. Los fondos para el desarrollo de Terapia Multisistémica eran de Institutos Nacionales de Salud y del Centro de Servicios de Salud Mental.

### Conclusión

Esta presentación intentó revisar un poco de la literatura más relevante y útil sobre resiliencia. Ella ilustra muchos de los conceptos y programas desarrollados para promover la provisión de servicios clínicos y de prevención en la primera niñez y describe su impacto en la adolescencia.

Algunos de estos proyectos modelos probaron su éxito y espérase que estos ejemplos apoyarán la tesis de que el soporte para la competencia y la resiliencia puede ser suministrado en cada etapa del ciclo de la vida, en lugar de estar simplemente restringido a los pocos primeros años de vida.

### Agradecimientos

Parte de este trabajo fue presentado por William Beardslee en nombre de Paul D Steinhauer en la Asociación Internacional en un encuentro sobre Salud del Adolescente en Washington, DC. Luego de su muerte prematura, con la permisión de la familia, revisado por Roger Tonkin.

### Bibliografía

1. Deardslee WR. The role of self-understanding in resilient individuals: The development of a perspective. *Am J Orthopsychiatry* 1989; 59: 266-78.
2. Garnezy N. Resiliency in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatric Ann* 1991; 20: 402-6.
3. Garnezy N. Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry* 1993; 56: 127-36.
4. Prevention and Children Committee. A Compendium of Approaches from across Canada. Ottawa: The National Crime Prevention Council, 1995.
5. Egeland D, Carlson E, Sroufe A. Resilience as process. *Develop Psychopathology* 1993; 5: 517-28.
6. Manassis K, Bradley SJ, Goldberg S, Hood J, Swinson RP. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 1994; 33: 1106-13.
7. Biederman J, Rosenbaum JF, Hirshfield DR, Faraone SV, Bolduc EA, Girsten M, Mermnger SK, Kagan J, Snidman N, Reznick JS. Psychiatric correlates of behavioral inhibition in young children of parents with and without psychiatric disorders. *Arch General Psychiatr* 1990; 47: 21-6.
8. Hirshfield DR, Rosenbaum JF, Biederman H, Bolduc EA, Faraone SV, Snidman N, Reznick JS, Kagan J. Stable behavioral inhibition and its association with anxiety disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 1992; 31: 103-11.
9. Garcia-Coll C, Kagan J, Resnick JS. Behavioural inhibition in young children. *Child Development* 1984; 55: 1005-19.
10. Kagan J, Reznick JS, Snidman N. The physiology and psychology of behavioural inhibition in children. *Child Development* 1987; 58: 1459-73.
11. Werner EE. Resilient children. *Young Children* 1984; 40: 68-72.
12. Magnusson D, Klinteberg D, Statton H. Autonomic activity, reactivity, behavior and crime in a longitudinal perspective. Stockholm, Sweden: Stockholm University, department of Psychology, Report 738, 1991.
13. Raine A, Venables PH, Williams M. Relationships between central and autonomic measures of arousal at 15 and criminality at age 24 years. *Arch General Psychiatr* 1990; 47: 3-7.
14. Tremblay R, Zhou RM, Gagnon C, Vitaro F, Biouleau H. Violent boys: Development and prevention. *Forum Corrections Research* 1991; 3: 29-35.
15. Bernard D. Fostering resiliency in kids: Protective factors in the family,

- School and community. Portland, OR: Northwest Regional Educational Laboratory, 1991.
16. Sheppard JA, Kashani JH (1991). The relationship of hardiness, gender and stress to health outcomes in adolescents. *J Personality* 1991; 59: 747-68.
  17. Fine SB. Resilience and human adaptability: Who rises above adversity? *Am J Occupational Therapy* 1991; 45: 493-503.
  18. Wolin SJ, Wolin S. The resilient self. New York: Villard Rooks/Random House, 1993.
  19. Williams PG, Wiebe DJ, Smith TW. Coping processes as mediators of the relationship between hardiness and health. *J Behavioral Medicine* 1992; 15: 237-55.
  20. Danieli Y. Resilience and hope. *Children Worldwide* 1994; 21: 47-9.
  21. Gribble P, Cowen E, Wyman P, Work W, Wannon M, Raouf A. Parent and child views of parent-child relationship qualities and resilient outcomes among urban children. *J Child Psychol Psychiatr Allied Disciplines* 1993; 34: 507-19.
  22. Cicchetti D, Toth SL. A developmental Psychopathology perspective on child abuse and neglect. *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 1995; 34: 341-65.
  23. Main M, Goldwyn R. Predicting rejection of her infant from mother's representation of her own experiences: Implications for the abused-abusing intergenerational cycle. *Child Abuse Neglect* 1984; 8: 203-17.
  24. Garmezy N. Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *Am Behavioral Scientist* 1991; 34: 416-30.
  25. Fox N, Kimmerly NL, Schafer WD. Attachment to mother/attachment to father: A meta-analysis. *Child Development* 1991; 62: 210-25.
  26. Baumrind D. Rearing competent children. In: Damon W, ed. *Child development today and tomorrow*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1989; 349-78.
  27. McCubbin MA, Thompson AI. Resiliency in families: The role of family schema and appraisal in family adaptation to crises. In: Brubaker TH, ed. *Family relations. Challenges for the future*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1992, 153-77.
  28. Steinhauer PD, Santa-Barbara J, Skinner HA. The process model of family functioning. *Can J Psychiatr* 1984; 29: 77-88.
  29. Barr I. Basic facts on Canada. Past and present. Ottawa: Statistics Canada. Catalogue number: 8Y-516, 1993.
  30. Ross DP, Roberts P. Income and child well-being: A new perspective on the poverty debate. Ottawa, ON: The Canadian Council on Social Development, 1999.
  31. Avison WR. Single parenthood, poverty and the health of mothers and children: A stress process analysis. In: Wattie B. *Statement of concern*. Toronto: Child Mental Health Committee of the Canadian Mental Health Association, 1996.
  32. Offord DR, Boyle JH, Campbell D et al. Mental health in Ontario: Selected findings from the Mental Health Supplement to the Ontario Health Study. Summary of selected results. Toronto, ON: Available from the Queen's Printer, 1994.
  33. Ross D, Shillington ER, Lochhead C. The Canadian fact book on poverty 1994. Ottawa, ON: Canadian Council on Social Development, 1994.
  34. Davey Smith G, Bartley M, Blane D. The Black Report on socioeconomic inequalities on health ten years on. *BMJ* 1990; 301: 373-7.
  35. Canadian Institute of Advanced Research. The determination of health. Toronto, ON: Canadian Institute Advanced Research, Publication no. 5, 1991.
  36. National Longitudinal Survey on Children and Youth. Growing up in Canada. Ottawa, ON: Statistics Canada and Human Resources Development, Publication 89-550-MPE, 1996.
  37. Steinhauer PD. The effect of growing up in poverty on developmental outcomes in children: Some implications of the revision of the social security system. *Can Child Psychiatr Bull* 1995; 4: 32-3.
  38. Ontario Mental Health Foundation. Ontario Health Survey: Mental Health Supplement. Toronto, ON: Ministry of Health. Figs. 10-14, 1994, 12-14.
  39. Browne G, Byrne C, Roberts J. et al. Benefiting all the beneficiaries of social assistance: The 2-year effects and expense of subsidized versus unsubsidized quality child care and recreation. *Nat Acad Practice Forum* 1999; 1: 131-42.
  40. Browne G, Byrne C, Roberts J. et al. When the bough breaks: Provider-initiated comprehensive care is more effective and less expensive for sole support parents on social assistance. Working Paper Series. System Linked Research Unit. Hamilton McMaster University, 1998.
  41. Betcherman G, Leckie N. Employment and education trends in the 1980's and 1990's. Working Paper No. W03. Canadian Policy Research Networks Inc, 1997.
  42. Hanvey L, Avar D, Graham I, Underwood K, Campbell J, Kelly C. The Health of Canada's Children: A CICH Profile. 2<sup>nd</sup> edition. Ottawa, ON: Canadian Institute Child Health, 1994.
  43. Vanier Institute of the Family. Canadian Families (brochure). Ottawa, ON: The Varnier Institute of the Family, 1994.
  44. Mattox WR. The parent trap: So many bills, so little time. *Policy Review* 1991; 55: 6-13.
  45. Scrivenel, L. Why we all spend more time at the office. "Slaves" of the 90's caught in job world. *The Toronto Star*. 1994 December 11.
  46. Watkins SC, Menken JA, Bongaarts A. Demographic foundations of change. *AM Psychol Review* 1987; 52: 346-58.
  47. Fast JE, Frederick JA. Working arrangements and time stress. *Canadian Social Trends*. Statistics Canada Catalogue, 11-008-XPE, Winter, 1996.
  48. Canadian Council on Social Development. The Progress of Canada's Children, 1998 Ottawa, ON: Canadian Council Social Development, 1998.
  49. Steinhauer PD. The National Children's Agenda: What should it look like? Submission by the Sparrow Lake Alliance to the Government of Canada and of each of the provinces and territories. Published on the SLA website: <[www.sparrowlake.org](http://www.sparrowlake.org)>, 1999.
  50. Picard A. Good child care harder to find: Study – Even though public support is strong, the availability of services is declining. *The Globe and Mail* 2000 January 25.
  51. Garborino J, Dubrow N, Kostelny K, Pardo C. Resilience and coping in children at risk. In: *Children in Danger: Coping with the Consequences of Community Violence*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1992.
  52. Richters JE, Martinez PE. Violent communities, family choices, and children's chances: An algorithm for improving the odds. *Develop Psychopathology* 1993; 5: 609-27.
  53. Capaldi DM, Patterson GR. Interrelatedness of contextual factors on antisocial behavior in childhood and adolescence for males. In press.
  54. Berreutta-Clement JR, Schweinhart LJ, Barnett WS, Epstein AS, Weikart DP. Changed lives: The Effect of the Perry Preschool Program on Youth through Age 19. Monographs of the High/Scope Educational Research Foundation. Ypsilanti, MI: High/Scope Press, 1994.
  55. Schweinhart LJ, Barnes HV, Weikart DP, Barnett WS, Epstein AS. Significant Benefits: The High/Scope Perry Preschool Study through Age 27. Ypsilanti, MI: High/Scope Press, 1993.
  56. Ramey CT, Campbell FA, Burchinal M, Skinner ML, Gardner DM, Ramey SL. Persistent effects of early intervention on high-risk children and their mothers. *Applied Developmental Science*. An Executive Summary entitled *Early Learning, Later Success: The Abecedarian Study* can be found on the web at: <[www.fpg.unc.edu/~abc/embargoed/executi\\_summary.htm](http://www.fpg.unc.edu/~abc/embargoed/executi_summary.htm)>
  57. Rutter M, Maughan B, Mortimer P, Ouston J. Fifteen thousand hours: Secondary schools and their effects on Children. Cambridge, MA: Harvard Univ Press, 1979.
  58. Sylva K. (1994) School influences on children's development. *J Child Psychol Psychiatr* 1994; 35: 135-70.
  59. MacDonald I. Leading by example: A school that cares. *ATA News* 32:11. Publication of the Alberta Teachers' Association. 1998 January 27. Available at website: <[www.teachers.ab.ca/publications/news/volume%5F32/number%F11/school.htm](http://www.teachers.ab.ca/publications/news/volume%5F32/number%F11/school.htm)>
  60. Steinhauer PD, Gladstone D, Steinhauer NL. Guidelines for managing children with mental health problems – especially those with disruptive and aggressive behaviour – within the school system. Unpublished data.
  61. Mahoney J, Cairns R. Do extracurricular activities protect against early school drop-out? *Develop Psychol* 1997; 33: 241-53.
  62. Jones MB, Offord DR. Reduction of antisocial behaviour in poor children by non-school skill development. *J Child Psychol Psychiatr Allied Disciplines* 1989; 30: 73.
  63. Steinhauer PD. Developing resiliency in children from disadvantaged populations. *Determinants fo Health: children and Youth*. Sainte-Foy (PV). The National Forum on Health and Editions MultiMondes, 1998.



**Tabla 1. Resultados de graduados del Programa Preescolar Ferry a la edad de 27 años comparados con un grupo de control (no preescolar).**

Detenciones y condenas	Inferior en 50%
Cinco o más detenciones hasta la edad de 27	Inferior en 80% (7% vs. 35%)
Embarazos en la adolescencia (y, consecuen- temente dependencia crónica)	Inferior en 42%
Graduaciones de la escuela fundamental	Superior en 33%
Rienda mensual media (edad 28)	\$1219
*rienda \$200/mês o más	*No menos de cuatro veces (29%)
Poseen su propia casa	No menos de tres veces
Nunca en el servicio de bien estar en los últimos 10 años	No menos de dos veces (41% vs. 20%)
Compromisados con parcer/a / hijos	Significativamente más
Pagan impuestos	Significativamente más
Ahorro estimado a la edad de 27 para cada \$1.00 gasto en el programa	\$7.16

**Tabla 2. Atender las necesidades de los niños - ¿ Quién necesita qué ? Intervención a ser considerada, al intervenir con distintas poblaciones.**

Nivel 1 – Intervenciones Universales	¿ Qué necesitan todos los niños ?	Las necesidades son atendidas por la familia, por la comunidad, por recreación, por servicios de corriente principal.
Nivel 2 – Intervenciones Dirigidas	¿ Qué más necesitan los niños en riesgo ?	Todo lo arriba puede ayudar PERO servicios especiales pueden ser necesarios para soportar profesionales de línea de frente en servicios de corriente principal, por ej. Comer/Ryerson, por ej. Montreal Longitudinal/Experimental
Nivel 3 – Servicios de Tratamiento	¿ Qué más necesitan los niños con problemas serios y crónicos ?	Todo lo arriba puede ayudar PERO intervenciones reme-diabiles directas serán necesarias a veces.

**Tabla 3. Aspectos interesantes de la Encuesta Ryerson con Profesores**

Variable	1993	1995
Número/gravedad de problemas de conducta fuera de la sala de clase disminuyó	17%	44%
Cantidad/gravedad de vandalismo disminuyó	17%	48%
Respeto demostrado a los profesores aumentó	13%	39%
Respeto demostrado a los otros estudiantes aumentó	7%	41%
Respeto demostrado a la propiedad escolar aumentó	13%	47%
Proporción media de la clase relatada como frecuentemente ausente	13%	5%
Porcentaje de profesores que creen que estudiantes con necesidades especiales están siendo identificados más temprano	37%	57%