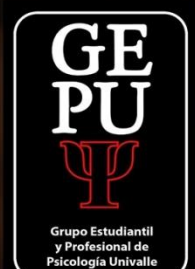


Revista de Psicología

GEPU

Vol. 6 No. 1

Junio de 2015





REVISTA DE PSICOLOGÍA GEPU
Vol. 6 No. 1 – Junio de 2015
ISSN 2145-6569



Editores

Argeli Arango Vasquez

argeli.arango@correounivalle.edu.co

COMITÉ EDITORIAL

Andrey Velásquez Fernández
Universidad del Valle

Laura Daniela de los Ríos
Universidad Javeriana Cali

Andrés Felipe Beltrán
Universidad del Valle

Catalina Cardona Hurtado
Universidad del Valle

Angelica Arias Montoya
Universidad del Valle

Raquel Salcedo Mejía
Universidad San Buenaventura

Erika Yuliana Castro
UCC Cali

David Joel Falla
Universidad del Valle

Bryan Navarro Benachi
Universidad del Valle

Jose Alejandro Niño
ANEPSI

CONSULTORES NACIONALES

Leonel Valencia Legarda
Universidad San Buenaventura

Jorge Alexander Daza
Universidad Católica de Pereira

Andrés de Bedout Hoyos
Universidad San Buenaventura

Ximena Ortega Delgado
Universidad Mariana

Daniel Hurtado Cano
Universidad Manuela Beltrán

CONSULTORES INTERNACIONALES

Marcela Alejandra Parra
Universidad Autónoma de Barcelona

Blanca Hurtado Caceda
Universidad Alas Peruanas

María Amparo Miranda Salazar
Universidad del Valle de México

Adriana Savio Corvino
Universidad de la República

Hilda Janett Caquias
Escuela de Medicina de Ponce

COORDINADORES DE DISTRIBUCION

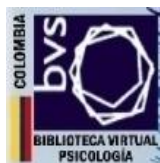
Margarita Ojeda
Asociación Paraguaya de Neuropsicología

Mario Rosero Ordoñez
Universidad Mariana

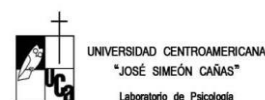
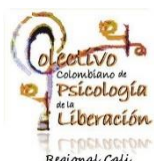
Nora Couso
Área de Medición Educativa Provincia del
Chubut de Argentina

Pablo Antonio Vásquez
Corporación para la Intervención Neuropsicopedagógica
y la Salud Mental

INDEXACIONES



AUSPICIADORES



Agradecimientos especiales en este número a la Asistente Editorial Diana Cristina Mosquera. La **Revista de Psicología GEPU** es publicada por el Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle, 5 piso, Edificio 385, Ciudadela Universitaria Meléndez, Universidad del Valle, Santiago de Cali, Colombia. Los artículos son responsabilidad de sus autores y no reflejan necesariamente la opinión del Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle. Hecho en Colombia - Sudamérica.

Safe Creative Código 1602076462301



Revista de Psicología GEPU Vol. 6 No. 1 by Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle is licensed under a Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported License. Creado a partir de la obra en <http://revistadepsicologiagepu.es.tl/Vol.-6-No.-1.htm>



Evaluación de la Efectividad del Programa del Pensamiento Prosocial en Adolescentes Colombianos con Trastorno Disocial: Un Estudio Piloto

Evaluation of Effectiveness of Reasoning and Rehabilitation Program in Colombian Adolescents with Conduct Disorder: A pilot study

Zulma Lorena Monguí-Merchán & César Armando Rey-Anaconda

Información de los autores: Zulma Lorena Monguí-Merchán. Joven investigadora del Grupo de Investigación en Psicología Clínica y de la Salud, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Correo electrónico: zulma.mongui@uptc.edu.co. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia / Colombia.

César Armando Rey-Anaconda. Director Grupo de Investigación en Psicología Clínica y de la Salud, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Correspondencia: Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Psicología, Calle 24 No. 5-63, Antiguo Hospital San Rafael, Tunja, Colombia. Correo electrónico: cesar.rey@uptc.edu.co. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia / Colombia.

Referencia Recomendada: Monguí-Merchan, Z. L. (2015). Evaluación de la efectividad del Programa del Pensamiento Prosocial en Adolescentes Colombianos con Trastorno Disocial: Un estudio piloto. *Revista de Psicología GEPU*, 6 (1), 42-59.

Resumen: El objetivo de esta investigación fue realizar una evaluación piloto de la efectividad de la versión corta para jóvenes del Programa del Pensamiento Prosocial, desarrollada por Alba y otros (2005), con una muestra de adolescentes varones y mujeres que cumplían los criterios diagnósticos del trastorno disocial (TD) (n=9), los cuales se compararon con varones y mujeres con el mismo trastorno (n=5), seleccionados dentro de una institución para menores infractores de la Ley. Se utilizó un diseño experimental de grupo control pre test – pos test. Los efectos se evaluaron mediante la Batería de Socialización (Silva & Martorell, 2001), la cual evalúa aspectos facilitadores y perturbadores de la conducta social. No se hallaron diferencias significativas entre los dos grupos a nivel post-

tratamiento y en una medida de seguimiento; los tamaños del efecto fueron bajos o moderados en la mayoría de los casos. Se discuten aspectos relacionados con la implementación de este programa en adolescentes infractores con TD en futuros estudios.

Palabras Clave: Tratamiento Psicológico, Trastorno Disocial, Evaluación de Programa, Adolescentes, Conducta Prosocial.

Abstract: We made a pilot evaluation of effectiveness of the short version of Reasoning and Rehabilitation Program (PPP), developed by Alba and others (2005), through an experimental design control group pre test – post test. The effects were evaluated across Battery of Socialization (Silva & Martorell, 2001), which assess facilitators and disturbing aspects of social behavior. We didn't found significant differences between the two groups at post-treatment level and follow up measure. Also we found low or moderate effect sizes in most of comparisons. Aspects related to the implementation of this program in adolescent offenders with conduct disorder in future studies are discussed.

Keywords: Psychological Treatment, Conduct Disorder, Program Evaluation, Adolescents, Prosocial Behavior.

Recibido: 16 de Septiembre de 2014

Aprobado: 16 de Marzo de 2015

Notas del autor: Esta investigación fue aprobada y recibió apoyo financiero del Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias), convocatoria 516 de 2012, cofinanciada por la Dirección de Investigaciones de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (código SGI- 1255).

Evaluación de la Efectividad del Programa del Pensamiento Prosocial en Adolescentes Colombianos con Trastorno Disocial

El trastorno disocial (TD) es considerado un trastorno de conducta disruptiva de tipo externalizante (Peña-Olvera & Palacios-Cruz, 2011), que consiste en un patrón de comportamiento persistente y repetitivo de actos que violan los derechos básicos de otras personas y/o de trasgresión de normas ajustadas a la edad del individuo (Asociación Psiquiátrica Americana, APA, 2013). Entre sus criterios diagnósticos, esta organización incluye la presencia de comportamientos agresivos o la amenaza de causar daño físico a personas o animales, comportamientos no agresivos que causan pérdidas o daños a la propiedad privada, fraudes o robos y violaciones graves de las normas.

El TD como problema de salud pública afecta a niños, niñas y adolescentes, a su familia y a su entorno, no solamente por las conductas agresivas y delincuenciales típicamente asociadas al mismo, sino porque quienes lo presentan manifiestan características en su comportamiento que se relacionan con conductas de riesgo para su salud física, mental y sexual (Buitelaar et al., 2013; Rabadán-Rubio & Giménez-Guald, 2012; Sánchez & Mora-Tapia, 2007; Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2003).

Distintos factores biológicos, psicológicos y sociales se han relacionado con la génesis del TD (Andrade-Salazar, Barbosa-Ñustes, Lozada-Ramírez, 2012; Peña-Olvera, 2003; Puerta, Martínez-Gómez y Pineda, 2002). Al respecto, Trujillo, Pineda y Puerta (2007) señalan que los déficits en habilidades verbales, en memoria y en la velocidad de procesamiento verbal/visual son frecuentes entre los adolescentes con TD grave. Yang y Raine (2007), por su parte, destacan que las anomalías en la corteza prefrontal y temporal, el sistema amígdala-hipocampo, el cuerpo calloso y la corteza cingulada anterior son comunes en adolescentes con conductas antisociales y/o con psicopatía.

También se ha informado bajos niveles de empatía y regulación emocional (Gómez-Botero, Arango-Tobón, Molina-González & Barceló, 2010; Mestre, Samper & Frías, 2002), una menor capacidad de autocontrol (López-Soler, López-López & Freixinos-Ros, 2003) y bajos niveles de ansiedad (López-Soler & López-López, 2003; Luengo, Sobral, Romero & Gómez-Fraguela, 2002), así como patrones de pensamiento disfuncionales asociados al estilo de vida antisocial (Garrido, López, Silva, López & Molina, 2006). Asimismo, se ha reportado una más baja autoestima, escasa capacidad de resolución de problemas interpersonales y baja capacidad de razonamiento moral (Justicia et al., 2006; Sobral, Romero, Luengo & Marzoa, 2000).

A nivel familiar se ha informado antecedentes de comisión de delitos o TD en los padres, separación familiar, escasa supervisión de padres a hijos, alcoholismo paterno, depresión materna, depresión paterna, familias con numerosos hermanos, madres adolescentes, familias mono parentales o reconstituidas y pautas de crianza autoritaria (Chronis et al., 2007; Farrington & Loeber, 1999; Ohannessian et al., 2005; Rey-Anacona, 2001). Finalmente, se han señalado como factores de riesgo comunitario habitar en una vecindad peligrosa y la interacción con pares negativos (Archwamety & Katsiyannis, 1998; Gorman-Smith, Tolan & Henry, 1999).

Las alternativas de tratamiento del TD incluyen el entrenamiento a padres, que consiste en enseñar a los padres técnicas de modificación de comportamiento para el manejo de la conducta de sus hijos; el entrenamiento cognitivo en habilidades para resolver problemas, en la cual se entrena a los participantes en una secuencia para resolver problemas asertivamente y la terapia multi-sistémica, que contempla una intervención intensiva, integral y ecológica para evaluar e intervenir el sistema familiar, social y comunitario del adolescente en conflicto con la ley (Peña-Olvera y Palacios-Cruz, 2011; Rey-Anacona, 2010).

El Programa del Pensamiento Prosocial (PPP), es un programa educativo cognitivo-conductual, dirigido a

adolescentes y adultos infractores de la ley, que enseña habilidades cognitivas y valores sociales para afrontar problemas que impiden una vida socialmente ajustada (Garrido & Morales, 2007; Garrido, Morales & Sánchez-Meca, 2006).

La versión corta para jóvenes de Alba y otros (2005), va dirigido específicamente a adolescentes con conductas antisociales o delictivas, que estén cumpliendo medidas judiciales. Es implementado por un profesional entrenado, que asume el rol de educador siguiendo paso a paso un manual de aplicación y se desarrolla durante doce sesiones con actividades dirigidas al mejoramiento de las habilidades sociales, razonamiento crítico, educación e valores, resolución de problemas, control emocional, pensamiento creativo y habilidades de comunicación. La eficacia del PPP radica en el énfasis en las habilidades cognitivas a desarrollar en personas con conducta antisocial, tales como aprender a pensar, habilidades sociales, educación emocional y educación en valores (Segura, 2003; Wettermann, Schläfke & Fegert, 2012), mostrando ser efectivo en la reducción de la reincidencia delictiva (Berman, 2004; Garrido et al., 2006; Garrido & Morales, 2007; Garrido, Morales & Sánchez-Meca, 2006; Mattys, 2012; Tong & Farrington, 2006; Tong & Farrington, 2008).

El programa ha mostrado ser efectivo en el mejoramiento de la competencia social en adolescentes y adultos

institucionalizados, en diseños experimentales con grupo control, promoviendo habilidades socio-cognitivas como empatía, autoestima, toma de perspectiva, capacidad de resolución de problemas interpersonales y razonamiento moral, que son considerados factores protectores de la conducta antisocial (Arce, Fariña y Vázquez, 2011; Clarke, Cullen, Walwyn & Fahy, 2010; Garrido & Piñana, 1996; López-Latorre & Garrido, 2005; Colorado Division of Criminal Justice, 1996; Young, Chick & Gudjonsson, 2010). Sin embargo, se considera que el PPP no debería ser la única estrategia de intervención en adolescentes y adultos en conflicto con la ley, ya que interviene en variables individuales asociadas a conducta antisocial como habilidades sociales y autoestima, pero no en variables socio-familiares (López-Latorre, Garrido, Rodríguez & Paíno, 2002; Redondo, Martínez-Catena & Pueyo, 2012).

Sin embargo, también se ha informado tamaños del efecto bajos y moderados en la mejora de habilidades sociales, autoestima y reducción de la agresividad entre adolescentes infractores que recibieron el programa (Redondo et al., 2012). Asimismo, tras la aplicación de la versión larga del PPP en adolescentes en conflicto con la ley, Mitchell y Palmer (2004) concluyeron que el programa no fue efectivo en la reducción de la reincidencia y que sería más efectivo en adolescentes con riesgo medio de reincidencia que alto; en ese sentido consideran que las sesiones deben

realizarse de una forma lúdica, y que el programa debe adaptarse a las capacidades de aprendizaje de cada participante y controlar la presencia de participantes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad [TDAH], debido a los bajos niveles de atención asociados al mismo. López-Latorre, Garrido, Rodríguez y Paíno (2002) aplicaron el programa en 275 estudiantes de secundaria para la intervención de la violencia escolar, no encontrando diferencias significativas a nivel post-tratamiento, aunque informaron una mejora en aspectos como pensamiento alternativo, solución de problemas y pensamiento crítico.

Igualmente, se ha resaltado la necesidad de interpretar los resultados del programa, teniendo en cuenta el tamaño de la muestra, el instrumento de medida, y el lugar de aplicación debido a la dificultad de que los resultados se mantengan fuera de los establecimientos penitenciarios (Colorado Division of Criminal Justice, 1996; Garrido & Piñana, 1996). Así mismo, se recomienda que para la aplicación y evaluación de la efectividad del PPP, se tenga en cuenta los factores criminógenos y la motivación al cambio de los participantes, la evaluación de las habilidades cognitivas y sociales y de la reincidencia, el nivel de desarrollo, trastornos comórbidos como el TDAH, realizar medidas de seguimiento a largo plazo y seleccionar a los participantes de manera aleatoria (Berman, 2004; Mitchell & Palmer, 2004).

Según la APA (2013), la prevalencia del TD oscila entre el 2 y el 10% de la población, de acuerdo a los estimados realizados en el último año. En Colombia, la “Encuesta Mundial sobre Salud Mental” encontró que el 8,8% de los varones y 2,7% de las mujeres, de una muestra nacional de 4555 individuos de 18 a 65 años (Posada-Villa, Aguilar-Gaxiola, Magaña & Gómez, 2004), habían cumplido los criterios diagnósticos del TD alguna vez en su vida, mientras que el Observatorio Nacional de Salud Mental informó un incremento en el número de casos de trastorno de la conducta disocial, de 40.834 en el 2003 a 43.328 en 2010 (Torres et al., 2012). Si bien se han realizado varios estudios epidemiológicos y sobre posibles factores de riesgo del TD en el país (Andrade-Salazar, Barbosa-Ñustes, Lozada-Ramírez, 2012; Arango-Tobón, Puerta & Pineda, 2008; Gómez-Botero, Arango-Tobón, Molina-González & Barceló, 2010; Pineda, Puerta, Arango, Calad & Villa, 2000; Puerta, Martínez-Gómez & Pineda, 2002; Puerta, 2004; Rey-Anacona, 2001; Trujillo, Pineda y Puerta, 2007), a la fecha no se han publicado investigaciones sobre la evaluación de alternativas de tratamiento para adolescentes con dicho trastorno, a pesar de su alta prevalencia entre la población colombiana. En particular, sería conveniente evaluar este tipo de alternativas entre adolescentes infractores de la ley, no solamente por la alta prevalencia de este trastorno en esta población (por ejemplo, Rioseco et al., 2009), sino por las múltiples afectaciones al tejido social que generan

las conductas delictivas y antisociales comunes entre estos adolescentes. El PPP, como ya se indicó, ha mostrado ser efectivo en la intervención de la conducta antisocial, tanto en adultos como en adolescentes infractores de la ley, debido a su énfasis en el mejoramiento de la competencia social.

Con base en lo anterior, esta investigación se planteó como *objetivo* realizar una evaluación piloto de la efectividad del PPP, enfocándose en los aspectos facilitadores y o perturbadores de la conducta social evaluados a través de la Batería de Socialización (BAS-III; Silva & Martorell, 2001), implementando la versión corta de Alba y otros (2005), en un grupo de adolescentes con TD que se encontraban en medida de libertad vigilada en un centro de reeducación para menores infractores de la ley, comparándolos con un grupo control de la misma institución. Se consideró que esta investigación constituía un piloto, por cuanto a la fecha no se han publicado estudios de la efectividad de este programa en adolescentes colombianos con dicho trastorno.

Método

Diseño

Se utilizó un diseño experimental de grupo control pretest – posttest, en el cual se efectúan mediciones pre y post-tratamiento en un conjunto de variables dependientes, a través de las cuales se evalúa el efecto de una variable

independiente que se implementa con un grupo experimental y sus resultados se comparan con los de un grupo control de no tratamiento (Hernández, Fernández & Baptista, 2010). En este estudio se implementó, adicionalmente, una medición de seguimiento de las variables dependientes.

Participantes

La muestra estuvo constituida por 14 participantes entre 15 a 19 años ($M = 16,64$; $DT = 1,28$), 11 varones y 3 mujeres, seleccionados por disponibilidad en una institución de reeducación para menores infractores de la ley de medio cerrado, conforme a los siguientes criterios de inclusión: (a) que tuviesen entre 14 y 19 años de edad, con el fin de que se ubicasen en la adolescencia; (b) que cumpliesen los criterios diagnósticos de TD, conforme a la Entrevista para Síndromes Psiquiátricos en Niños y Adolescentes ([CHIPS], Weller & Weller, Rooney & Fristad, 2001), apartado de trastorno disocial y que reportasen la realización de al menos cuatro de las conductas disociales que se presentan en el Cuestionario Breve para el Diagnóstico del Trastorno Disocial (Pineda et al., 2000) y (c) que no llevasen más de tres meses en la institución, con el fin de evitar que el proceso reeducativo que recibían en la misma sesgara los resultados del programa. Los participantes fueron asignados de manera aleatoria (lanzamiento de moneda) a un grupo experimental (siete

varones y dos mujeres) y un grupo control (cuatro varones y una mujer).

Estos participantes tenían distintos niveles de riesgo de reincidencia de acuerdo al Inventario para la Gestión e Intervención para Jóvenes [IGI-J] (Garrido, López & Silva, 2004; citados por Garrido, et al., 2006), ya que cuatro presentaban un riesgo muy alto y fueron asignados al grupo experimental; seis mostraban riesgo alto, cuatro de los cuales quedaron en el grupo experimental y dos en el grupo control; seis presentaban riesgo moderado, tres en el grupo experimental y tres en el grupo control y, finalmente, dos de los participantes evidenciaban un riesgo bajo de reincidencia y pertenecían al grupo control.

Instrumentos

Cuestionario Breve para el Diagnóstico del Trastorno Disocial (Pineda et al., 2000). Es un cuestionario de auto informe de catorce ítems y una escala Likert de cuatro opciones de respuesta, que contiene los síntomas del criterio A para el diagnóstico del trastorno disocial presentes en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición (DSM-IV; APA, 1995). Para su validación se contó con una muestra de 190 adolescentes varones entre 12 y 16 años de la ciudad de Medellín, mostrando un alfa de .86 y el análisis factorial arrojó tres factores estables para 11 ítems, que explicaron el 53,9% de la variabilidad del cuestionario

("Violación a las normas": 32,9 %, "Violencia": 10,9% y "Crueldad": 10,1 %). Entrevista para Síndromes Psiquiátricos en Niños y Adolescentes ([CHIPS], Weller, Weller, Rooney & Fristad, 2001). Es un protocolo de entrevista estructurada que permite evaluar el cumplimiento de los criterios diagnósticos de 20 trastornos mentales en niños y adolescentes de 6 a 18 años, entre ellos el TD, con base en los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1995). Según sus autores, el instrumento presenta un buen nivel de confiabilidad, evidenciado en un coeficiente intercalificadores superior a 0,90, con una sensibilidad del 87% y una especificidad del 76%. En este estudio solo se utilizó el apartado de trastorno disocial.

Batería de Socialización ([BAS-III], Silva & Martorell, 2001). Cuestionario de autoinforme, que consta de 75 ítems, que permiten evaluar distintos factores facilitadores y perturbadores de la conducta social en individuos entre 11 a 19 años de edad. Los factores facilitadores son: (a) Consideración con los demás (Co), referente a la sensibilidad o preocupación por los demás; (b) Autocontrol en las relaciones sociales, que hace alusión al acatamiento de reglas y normas sociales que facilitan la convivencia y el respeto (Ac) y (c) Liderazgo (Li), referente a la ascendencia, popularidad, iniciativa, confianza en sí mismo y espíritu de servicio. Por su parte, los factores perturbadores son: (d) Retraimiento social (Re), es decir, el aislamiento pasivo a activo de los demás y (e) Ansiedad

social/timidez (At), que indica manifestaciones de ansiedad (miedo, nerviosismo) unidas a reacciones de timidez (apocamiento, vergüenza) en las relaciones sociales. También cuenta con una escala de Sinceridad (Si).

Las propiedades psicométricas se evaluaron con una muestra de 806 adolescentes españoles, en los que se evidenció una buena consistencia interna con valores entre .73 y .82. El análisis factorial evidenció una estructura estable de cinco factores y el instrumento diferenció significativamente a menores delincuentes de un grupo de menores no delincuentes en los tres factores perturbadores; asimismo, varias de sus escalas correlacionaron significativamente con medidas similares (Silva & Martorell, 2001). En nuestra investigación el instrumento arrojó un alfa de .74 a nivel general, .61 en la escala de Consideración con los demás, .61 en la escala de Autocontrol, -.031 en la escala de Retraimiento, .76 en la de Ansiedad social/timidez, .67 en la escala de Liderazgo y .47 en la de Sinceridad.

Procedimiento

Primera etapa: Adaptación del programa. Todas las sesiones de la versión corta del PPP de Alba y otros (2005), se describen detalladamente en un manual, cada una de las cuales contempla los siguientes contenidos y actividades:

Sesión 1: Introductoria. Presentación de los integrantes del grupo, exposición de los contenidos y objetivos del programa y establecimiento de sus normas de funcionamiento.

Sesión 2: Habilidades de pensamiento, sentimientos y conducta. Se entrena a los participantes en los cinco pasos para la resolución de problemas interpersonales.

Sesión 3 y 4: Control de pensamientos, emociones y conducta. Se enseña técnicas cognoscitivas y fisiológicas de control emocional.

Sesión 5: Reconocer pensamientos y emociones. Se entrena a los participantes para identificar sus propias emociones y la de los demás.

Sesión 6: Búsqueda de alternativas. Se les entrena en la búsqueda de opciones para la solución de problemas.

Sesión 7: Detección de errores de pensamiento. Se implementan actividades para desarrollar el pensamiento crítico para detectar errores de pensamiento propio y de otras personas.

Sesión 8: Pensar en la consecuencia de los actos. Se realizan actividades que buscan fomentar la capacidad para prever las consecuencias de acciones personales sobre otras personas.

Sesión 9: Elegir las alternativas válidas. Se entrena habilidades para la toma de decisiones y la resolución de problemas.

Sesión 10: Aplicación y puesta en marcha de la alternativa elegida. Se busca ayudar a los participantes a que implementen la solución que han elegido para resolver un problema.

Sesión 11: Desarrollo y cambio de valores. Se trabaja con dilemas morales para promocionar valores prosociales.

Sesión 12: Manejo de conflictos. Se incentiva habilidades en manejo de conflictos y negociación.

Se revisaron los contenidos de cada una de las sesiones, cambiándose al castellano colombiano aquellas palabras típicas del castellano hablado en España, de donde es oriunda la versión corta del PPP de Alba y otros (2005).

Igualmente, se prepararon diferentes materiales de apoyo para el desarrollo de las sesiones, como vídeos, imágenes, presentaciones en power point y guías, conforme a lo estipulado en el manual.

Segunda etapa: Selección de participantes. Se identificaron 33 posibles participantes de los aproximadamente 100 internos de la institución reeducativa, que podían ser seleccionados debido a su rango de edades y el tiempo que llevaban en la misma, conforme a los criterios de inclusión ya mencionados. A dichos candidatos se les administraron la

Entrevista para Síndromes Psiquiátricos en Niños y Adolescentes ([CHIPS], Weller et al., 2001), apartado de trastorno disocial y el Cuestionario Breve para el Diagnóstico del Trastorno Disocial (Pineda et al., 2000), para determinar si cumplían los criterios diagnósticos del TD, confirmándose la información que aportaron con los registros que tenían en la institución. Sin embargo, durante este proceso, que duró tres meses, varios se retiraron del estudio o salieron a libertad por haber cumplido la medida judicial, seleccionándose 15 participantes, que fueron asignados aleatoriamente a un grupo experimental y un grupo control, como ya se indicó. Dos integrantes del grupo experimental abandonaron voluntariamente el estudio durante la implementación del tratamiento y otro después de finalizado el mismo, debido a la finalización de la medida judicial, por lo que no participó en la medición se seguimiento realizada.

Tercera etapa: Mediciones pre-tratamiento. Se aplicó la BAS-III (Silva & Martorell, 2001) en el mismo periodo de tiempo al grupo experimental y al grupo control.

Cuarta etapa: Implementación del programa. El programa se aplicó al grupo experimental teniendo en cuenta el manual de la versión corta para jóvenes del PPP, de Alba y otros (2005), con los contenidos ajustados idiomáticamente. Las sesiones fueron desarrolladas en dos meses, en cada una de las cuales cada uno de los

participantes debía efectuar una auto-evaluación de su proceso de aprendizaje, mientras que la persona a cargo de la implementación del programa debía efectuar una evaluación de la sesión y el progreso de los participantes.

Quinta etapa: Mediciones post-tratamiento y de seguimiento. En la última sesión del programa se administró el BAS-III (Silva & Martorell, 2001) a los integrantes del grupo experimental, realizándose lo mismo con el grupo control en el mismo periodo de tiempo. El mismo procedimiento se llevó a cabo un mes después como medida de seguimiento.

Sexta etapa: análisis de resultados. Los datos obtenidos fueron incorporados en una base de datos del programa estadístico Statistical Package for Social Sciences versión 18.0 ([SPSS], 2009), efectuándose comparaciones pre-tratamiento, post-tratamiento y de seguimiento, a nivel intra-grupal, con la prueba de Wilcoxon y a nivel inter-grupal con la U de Mann Whitney, calculándose el tamaño del efecto (d de Cohen), teniéndose en cuenta un nivel de significancia mínimo de .05 bilateral.

Consideraciones éticas. Las siguientes fueron las consideraciones éticas tenidas en cuenta: (a) Permiso y autorización expresa de la institución; (b) de conformidad con la Resolución 008430 de 1993 y la Ley 1090 de 2006, a los adolescentes y al director de la

institución se le solicitó el consentimiento escrito y firmado para que participaran en la investigación, brindándoseles información referente a los objetivos y el procedimiento general del estudio, la confidencialidad de los datos obtenidos, la independencia de la investigación con respecto a la institución reeducativa, la voluntariedad de la participación y el respeto a la decisión de retirarse en el transcurso de la misma, así como la posibilidad de brindar los resultados obtenidos al participante que los deseara.

Resultados

En la Tabla 1, se presentan los resultados de las comparaciones inter-grupales entre las mediciones: (a) pre-y post tratamiento y (b) post-tratamiento y de seguimiento. Tal como se esperaba, las comparaciones pre - post-tratamiento efectuadas en el grupo control, no evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en las escalas del BAS-III (Silva & Martorell, 2001) y los tamaños del efecto en todos los casos fueron pequeños, menos en Consideración por los demás (Co), en donde se presentó una media mayor de puntuaciones a nivel post-tratamiento. En el grupo experimental, tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas en dichas escalas, con tamaños del efecto pequeños en las escalas de Retratamiento (Re), Ansiedad social/timidez (At) y Liderazgo (Li), aunque se evidenciaron tamaños del efecto moderados en las escalas de

Consideración por los demás (Co) y Autocontrol (Ac).

En relación con las comparaciones entre las mediciones post-tratamiento y de seguimiento, el grupo control evidenció una disminución estadísticamente significativa en la escala de At, con un tamaño del efecto alto; en las demás escalas no presentaron diferencias estadísticamente significativas, con tamaños del efecto bajos. En el grupo experimental, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas y los tamaños del efecto fueron pequeños en todas las escalas.

Tabla 1. Resultados de las comparaciones intra-grupales (Prueba de Wilcoxon).

Comparaciones mediciones pre – post-tratamiento								
Grupo experimental (n=9)								
Variable de resultado	Pre-tratamiento		Post-tratamiento		Valor Z	p	d de Cohen	
	M	DE	M	DE				
Consideración con los demás	7.56	2.45	8.78	3.42	-1.268	.205	-0.410	
Autocontrol	7.56	3.28	9.44	2.74	-1.577	.115	-0.622	
Retratamiento	3.89	3.26	3.11	3.06	-.851	.395	0.246	
Ansiedad social/timidez	4.22	3.07	3.33	3.00	-1.265	.206	0.293	
Liderazgo	6.44	2.79	6.56	2.87	-.256	.798	-0.042	
Sinceridad	7.56	2.45	8.78	3.42	-1.268	.205	-0.410	
Grupo control (n=5)								
Variable de resultado	Pre-tratamiento		Post-tratamiento		Valor Z	p	d de Cohen	
	M	DE	M	DE				
Consideración con los demás	8.00	2.65	9.00	2.65	-.816	.414	0.806	
Autocontrol	8.20	3.11	8.80	2.17	-1.134	.257	-0.223	
Retratamiento	5.00	2.12	5.00	1.41	.000	1.00	0.000	
Ansiedad social/timidez	5.40	2.41	5.20	1.92	-.141	.888	0.091	
Liderazgo	6.60	3.65	7.20	1.92	.000	1.00	-0.206	
Comparaciones mediciones post-tratamiento – seguimiento								
Grupo experimental (n=8)								
Variable de resultado	Post-tratamiento		Seguimiento		Valor Z	p	d de Cohen	
	M	DE	M	DE				
Consideración con los demás	8.50	3.55	9.13	3.64	-.341	.733	-0.175	
Autocontrol	9.13	2.75	8.00	3.93	-1.054	.292	0.333	
Retratamiento	3.13	3.27	4.13	4.16	-1.051	.293	-0.267	
Ansiedad social/timidez	3.75	2.92	4.25	3.99	-.144	.886	-0.143	
Liderazgo	6.50	3.07	6.75	3.92	-.425	.671	-0.071	
Grupo control (n=5)								
Variable de resultado	Post-tratamiento		Seguimiento		Valor Z	p	d de Cohen	
	M	DE	M	DE				
Consideración con los demás	9.00	2.65	8.40	1.14	-.412	.680	0.294	
Autocontrol	8.80	2.17	8.00	3.46	-.552	.581	0.277	
Retratamiento	5.00	1.41	4.80	1.79	.000	1.000	0.124	
Ansiedad social/timidez	5.20	1.92	3.20	1.92	-2.041	.041*	1.041	
Liderazgo	7.20	1.92	7.20	2.49	-.138	.890	0.000	

Nota: M: media; DE: desviación estándar. * $\geq p .05$

En la Tabla 2 se presentan las comparaciones inter-grupales en las mediciones pre-tratamiento, post-tratamiento y de seguimiento. Como se esperaba, en las comparaciones pre-tratamiento no se presentaron diferencias significativas entre los dos grupos en las escalas y los tamaños del efecto fueron pequeños en Co, Ac y Li y moderados en Re y At. Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos a nivel post-tratamiento, con tamaños del efecto pequeños en Co, Ac y Li y moderado en At, aunque se observó un tamaño del efecto alto en Re, en el sentido que la media del grupo experimental fue menor que la del grupo control. En las comparaciones de las mediciones de seguimiento no se encontraron diferencias estadísticamente significativas y los tamaños del efecto fueron pequeños en todas las escalas.

Tabla 2. Resultados de las comparaciones inter-grupos, pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento (U de Mann Whitney).

Comparaciones mediciones pre-tratamiento							
Variable de resultado	Experimental		Control		Valor Z	p	d de Cohen
	M (N=11)	DE	M (N=7)	DE			
Consideración con los demás	7.56	2.45	8.00	2.65	-.273	.785	-
Autocontrol	7.56	3.28	8.20	3.11	-.536	.592	-
Retraimiento	3.89	3.26	5.00	2.12	-1.013	.311	-
Ansiedad social/timidez	4.22	3.07	5.40	2.41	-1.017	.309	-
Liderazgo	6.44	2.79	6.60	3.65	-.336	.737	-
							0.049
Comparaciones mediciones post-tratamiento							
	M (N=9)		M (N=5)		Valor Z	p	d de Cohen
		DE		DE			
Consideración con los demás	8.78	3.42	9.00	2.65	-.075	.940	-
Autocontrol	9.44	2.74	8.80	2.17	-.302	.763	-
Retraimiento	3.11	3.06	5.00	1.41	-1.342	.180	-
Ansiedad social/timidez	3.33	3.00	5.20	1.92	-.962	.336	-
Liderazgo	6.56	2.87	7.20	1.92	-.297	.767	-
							0.262
Comparaciones mediciones de seguimiento							
	M (N=8)		M (N=7)		Valor Z	p	d de Cohen
		DE		DE			
Consideración con los demás	9.13	3.64	8.40	1.14	-.822	.411	-
Autocontrol	8.00	3.93	8.00	3.46	.000	1.000	-
Retraimiento	4.13	4.16	4.80	1.79	-.662	.508	-
Ansiedad social/timidez	4.25	3.99	3.20	1.92	-.148	.882	-
Liderazgo	6.75	3.92	7.20	2.49	-.074	.941	-
							0.137

Nota: M: media; DE: desviación estándar.

Discusión

El objetivo de esta investigación fue realizar una evaluación piloto de la efectividad de la versión corta del PPP de Alba y otros (2005), en una muestra de adolescentes con TD que se encontraban institucionalizados en un centro de reeducación para menores en conflicto con la ley. Los resultados evidenciaron una ausencia de diferencias estadísticamente significativas

entre las comparaciones de las mediciones pre y post-tratamiento y las mediciones post-tratamiento y de seguimiento en el grupo experimental, así como en las comparaciones de las mediciones inter-grupales realizadas con el grupo experimental y el grupo control a nivel de post-tratamiento y de seguimiento, con tamaños del efecto bajos y moderados. No obstante, se observó un tamaño del efecto alto en Retraimiento, en el sentido que la media del grupo experimental fue menor que la del grupo control en las comparaciones a nivel post-tratamiento. Estos resultados indican que este programa tiene pocos efectos en los aspectos perturbadores y facilitadores de la conducta social, medidos por el BAS-III (Silva & Martorell, 2005), entre adolescentes infractores de la ley con riesgo moderado, alto y muy alto de reincidencia, que cumplen los criterios diagnósticos de TD.

Es importante señalar algunas limitaciones de este estudio que podrían explicar parcialmente la ausencia de diferencias significativas en las diferentes comparaciones. En primera instancia, es necesario resaltar que para la evaluación del programa solamente se utilizó un instrumento, que mide los aspectos mencionados a través de auto reporte del participante, por lo que es posible que con otras medidas y otras estrategias de recolección de información se hubiesen obtenido resultados distintos. Así, para futuras investigaciones en las que se evalúe el PPP en muestras colombianas es

importante medir otros aspectos de la conducta social y socio-cognitiva, como las habilidades sociales y la empatía, así como implementar medidas de variables neuropsicológicas, como las funciones ejecutivas y reportes de otras personas sobre la conductas disociales de los participantes, como los funcionarios de las instituciones o los reportes de padres, profesores y pares fuera de la institución, que permitan determinar las tasas de reincidencia delictiva y el mantenimiento de los efectos del programa sobre el comportamiento de los participantes.

También es posible que el programa no haya sido efectivo en las medidas utilizadas, ya que la mayoría de los participantes del grupo experimental presentaban un riesgo alto y muy alto de reincidencia delictiva, es decir, presentaban una serie de condiciones individuales que podrían requerir un tratamiento individualizado y prolongado, ya que los individuos con un riesgo alto y muy alto de reincidencia delictiva, según Mitchell y Palmer (2004) presentan una alta comorbilidad con otros trastornos disruptivos como el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, así como más altos niveles de impulsividad, egocentrismo y narcisismo, que son rasgos de difícil modificación, así como más situaciones socio-familiares adversas.

Por lo anterior, se hace necesario replicar esta investigación con adolescentes con un riesgo bajo y moderado de reincidencia, para confirmar que el PPP

sería más adecuado para esta población, mientras que para adolescentes infractores de la ley con riesgo alto y muy alto de reincidencia, sería necesario implementar intervenciones multimodales no solo para intervenir dichas condiciones individuales sino de circunstancias socio-familiares que podría precipitar y mantener las conductas antisociales, tal como lo indican Krug y otros (2003); Mitchell y Palmer (2004); Peña-Olvera y Palacios-Cruz (2011), Redondo y otros (2012), Sánchez y Mora-Tapia (2007).

Asimismo, se debe considerar el tamaño muestral, particularmente el de las mujeres, recomendándose para futuras investigaciones muestras mayores de ambos géneros, controlando el nivel de riesgo, para obtener conclusiones más sólidas sobre la efectividad el PPP en adolescentes colombianos infractores de la ley.

Otra limitación tiene que ver con el posible efecto que tuvo el proceso reeducativo que tenían los participantes en la institución, ya que ésta continuó con su proceso normal de funcionamiento, aplicando los lineamientos de los programas reeducativos estipulados en la normatividad vigente.

Dadas estas limitaciones, nuestro estudio constituye una aplicación piloto del PPP en una muestra colombiana de adolescentes en conflicto con la ley, que cumplen los criterios diagnósticos del TD,

aspectos que deberán subsanarse en próximas investigaciones. Particularmente se recomienda implementar y evaluar los efectos del PPP en entornos educativos y comunitarios, puesto que la condición de institucionalización no permite una medición ecológicamente válida del cambio conductual.

Como fortalezas de esta investigación se puede destacar que se realizó un adecuado proceso de evaluación de los participantes para confirmar que cumplieran los criterios diagnósticos del TD, asignándose aleatoriamente a cada grupo y se aplicaron los contenidos del programa por una persona entrenada, conforme lo estipula el manual original, previa adaptación de algunos aspectos idiomáticos, aspectos que se recomienda sean tenidos en cuenta para futuros estudios.

Asimismo, se sugieren otros estudios sobre la efectividad del PPP en adolescentes infractores de la ley, en los que se controle la presencia de otros trastornos mentales (véase Clarke, Cullen, Walwyn & Fahy, 2010; Young, Chick & Gudjonsson, 2010) y su efecto diferencial de acuerdo al tipo de delito, como aquellos contra la integridad sexual y los violentos.

Referencias

Alba, J.L., Garrido, V., López, M.J., Burgues, M., Alcázar, M., López, J., Baró, V., & Chordi, F. (2005). El Programa de Pensamiento Prosocial Versión corta para

jóvenes. En V. Garrido & M. J. López (Comp.), *Manual de Intervención educativa en Readaptación social*. Vol. 2. *Los programas de pensamiento prosocial*. (pp. 95-133). Valencia: Tirant lo Blanch.

Andrade-Salazar, J.A., Barbosa-Ñustes, J.M., & Lozada-Ramírez, C.X. (2012). Factores de riesgo biopsicosocial que influyen en el desarrollo del trastorno disocial en adolescentes Colombianos. *Revista Internacional de Psicología*. 12(1), 1 – 25.

Arango-Tobón, O.E., Puerta, I.C. & Pineda, D.A. (2008). Estructura factorial de la función ejecutiva desde el dominio conductual. *Diversitas Perspectivas en Psicología*, 4(1), 63-77.

Arce, R., Fariña, F., & Vázquez, M.J. (2011). Grado de competencia social y comportamientos antisociales, delictivos y no delictivos en adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(3), 473 – 486.

Archwamety, T. & Katsiyannis, A. (1998). Factors related to recidivism among delinquent females at a state correctional facility. *Journal of Child and Family Studies*, 7 (1), 59-67.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5ª Ed.). Arlington, VA: Autor.

Berman, A.H. (2004). The reasoning and rehabilitation program: Assessing short- and long-term outcomes among male Swedish prisoners. *Journal of Offender Rehabilitation*, 40(1/2), 85-103, doi: 10.1300/J076v40n01_05

Buitelaar, J.K., Smeets, K.C., Herpers, Scheepers, F., Glennon, F., & Rommelse, N.N. J. (2013). Conduct disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22 (Suppl 1) 49 - 54, doi: 10.1007/s00787-012-0361-y

Clarke, A. Y., Cullen, A. E., Walwyn, R., & Fahy, T. (2010). A quasi-experimental pilot study of the reasoning and rehabilitation programme with mentally disordered offenders. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21(4), 490, doi: 10.1080/14789940903236391

Chronis, A. M., Lahey, B. B., Pelham, W. E., Williams, S. H., Baumann, B. L., Kipp, H., Jones, H. A., & Rathouz, P. J. (2007). Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Developmental Psychology*, 43 (1), 70-82.

Colorado Division of Criminal Justice. (1996). *Evaluation of the Reasoning and Rehabilitation Cognitive Skills Development Program as Implemented in juvenile ISP in Colorado*. Recuperado de <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/Digitization/165183NCJRS.pdf>

Farrington, D. & Loeber, R. (1999). Transatlantic replicability of risks factors in the development of delinquency. En Cohen, P., Slomkowski, Ch., et al (Eds.): *Historical and geographical influences on psychopathology* (pp. 299-329). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Garrido, G.V., & Piñana, A.M. (1996). El modelo cognitivo aplicado a delincuentes institucionalizados: el pensamiento prosocial. *Revista Complutense de Educación*, 7(2), 137-156.

Garrido, G.V., López, E., Silva, T., López, M.J., & Molina, P. (2006). *El modelo de la competencia social en la ley de menores: Cómo predecir y evaluar en la intervención educativa*. Valencia: Titant lo Blach.

Garrido, G.V., Morales, L. A., & Sánchez-Meca, J. (2006). What works for serious juvenile offenders? A systematic review. *Psicothema*, 18(3), 611-619.

Garrido, V., & Morales, L. A. (2007). Serious (Violent or Chronic) Juvenile Offenders: A Systematic Review of Treatment Effectiveness in Secure Corrections. *Campbell Systematic Reviews*, 3, 1 – 47, doi: 10.4073/csr.2007.7

Gómez-Botero, M., Arango-Tobón, E., Molina-González, D., & Barceló, E. (2010). Características de la teoría en el trastorno disocial de la conducta. *Psicología desde el Caribe*, 26, 103-118.

González-Portal, M.D. (1995). *Conducta Prosocial: evaluación e intervención* (2ª ed.). Madrid: Morata.

Gorman-Smith, D., Tolan, P. & Henry, D. (1999). The relation of community and family to risk among urban poor adolescents. En P. Cohen & Ch. Slomkowski (Eds.), *Historical and geographical influences on psychopathology* (pp. 349-367). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Hernández, S. R, Fernández, C. C., y Baptista, L. P. (2010). *Metodología de la Investigación* (5ª Ed.). México: McGraw Hill

Justicia, F., Benítez, J.L., Pichardo, M.C., Fernández, E., García, T., & Fernández, M. (2006). Aproximación a un nuevo modelo explicativo del comportamiento antisocial. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 4(2), 131-150.

Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B., & Lozano, R. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington: Organización Mundial de la Salud.

López-Latorre, M.J., Garrido, G.V., Rodríguez, D.F.J., & Paíno, Q.S.G. (2002). Jóvenes y competencia social: Un programa de intervención. *Psicothema*, 14 (Suppl), 155-163.

López-Latorre, M.J., & Garrido, V. (2005). Un modelo para la prevención e intervención de la conducta antisocial.

En Garrido, V. & López, M.J. (Comp.), *Manual de Intervención educativa en Readaptación social. Vol 2. Los programas de pensamiento prosocial.* (pp. 11-94). Valencia: Tirant lo Blanch.

López-Soler, C., & López-López, J.R. (2003). Rasgos de personalidad y conducta antisocial y delictiva. *Psicopatología, Clínica Legal y Forense*, 3(2), 5-19.

López-Soler, C., López-López, J.R., & Freixinos-Ros, M.A. (2003). Retardo en la gratificación y autocontrol en jóvenes antisociales: Características asociadas al género. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 3(3), 5-21.

Luengo, M.A., Sobral, J., Romero, E., & Gómez-Fraguela, J.A. (2002). Biología, personalidad y delincuencia. *Psicothema*, 14 (Suppl), 16-25.

Mestre, M. V., Samper, G. P., & Frias, N. M. D (2002). Procesos cognitivos y emocionales predictores de la conducta prosocial y agresiva: La empatía como factor modulador. *Psicothema*, 14(2), 227 – 232.

Matthys, W. (2012). Impaired neurocognitive functions affect social learning processes in oppositional defiant disorder and conduct disorder: Implications for interventions. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 15(3), 234-246, doi: 10.1007/s10567-012-0118-7

Mitchell, J., & Palmer, E.J. (2004). Evaluating the "Reasoning and Rehabilitation" program for young offenders. *Journal of Offender Rehabilitation*, 39(4), 31 – 45, doi: 10.1300/J076v39n04_03

Ohannessian, C. M., Hesselbrock, V. M., Kramer, J., Kuperman, S. et al (2005). The relationship between parental psychopathology and adolescent psychopathology: An examination of gender patterns. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 13 (2), 67-77.

Peña-Olvera, F. R. (2003). Tratamiento multisistémico en adolescentes con trastorno disocial. *Salud Pública de México*, 45 (suppl 1), 124-131.

Peña-Olvera, F. R., & Palacios-Cruz, L. (2011). Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: diagnóstico y tratamiento. *Salud Mental*, 34(5), 421-427.

Pineda, D. A., Puerta, I. C., Arango, C. P., Calad, O. M., & Villa, M. T. (2000). Cuestionario breve para el diagnóstico del trastorno disocial de la conducta en adolescentes de 12 a 16 años. *Revista de Neurología*, 30(12), 1145-1150.

Posada-Villa, J. A., Aguilar-Gaxiola, S. A., Magaña, C. G., & Gómez, L. C. (2004). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33(3), 241-62.

Puerta, I.C., Martínez-Gómez, J., & Pineda, D.A. (2002). Prevalencia del retraso mental en adolescentes con trastorno disocial de la conducta. *Revista de Neurología*, 35(11), 1014-1018.

Puerta, I.C. (2004). Instrumentos para evaluar las alteraciones de la conducta. *Revista Neurología*, 38(3), 271-277.

Rabadán-Rubio, J. A. R., & Giménez-Guald, A.M. (2012). Detección e intervención en el aula de los trastornos de conducta. *Educación XX1*, 15(2), 185-212.

Redondo, S., Martínez-Catena, A., & Pueyo, A. (2012). Therapeutic Effects of a Cognitive-Behavioural Treatment with Juvenile Offenders. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 4(2), 159-178.

Rey-Anacona, C. A. (2001). La empatía en niños y adolescentes con trastorno disocial y el grado de rechazo, marginación afectiva y permisividad de los que son objeto por parte de sus padres y madres. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 19, 25-36.

Rey-Anacona, C. A. (2010). *Trastorno disocial. Evaluación, tratamiento y prevención de la conducta antisocial en niños y adolescentes*. Bogotá: Manual Moderno.

Rioseco, P. Vicente, B., Saldivia, S., Cova, F., Melipillán, R., & Rubi, P. (2009). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en

adolescentes infractores de ley. Estudio caso-control. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 47 (3), 190-200. doi: 10.4067/S0717-92272009000300003

Sánchez, E.Z., & Mora-Tapia, J.A. (2007). Estudio exploratorio del trastorno disocial en la población infantil que asiste a terapia en el Instituto de la Comunicación Humana. *Anales de Otorrinolaringología Mexicana*, 52(3), 83-87.

Segura, M. (2003). Un programa de competencia social. *Cuadernos de Pedagogía*, 324, 46 – 50.

Silva, F., & Martorell, M. C. (2001). *Batería de Socialización*. Madrid: TEA.

Sobral, J., Romero, E., Luengo, M.A., & Marzoa, J. (2000). Personalidad y conducta antisocial: amplificadores individuales de los efectos contextuales. *Psicothema*, 12(4), 661-670.

Tong, L.S. J., & Farrington, D. P. (2006). How effective is the "Reasoning and Rehabilitation" program in reducing reoffending? A meta-analysis of evaluations in four countries. *Psychology, Crime & Law*, 12(1), 3 -24. doi: 10.1080/10683160512331316253

Tong, L.S.J., & Farrington, D. P. (2008). Effectiveness of «Reasoning and rehabilitation» in reducing reoffending. *Psicothema*, 20(1), 20-28.

Torres, G.Y., Posada-Villa, J. P., Silva, J. B., Berbesi, F.D., Sierra, H.M., Montoya, V.L.P., & Mejía, M.R. (2012). Salud Mental en adolescentes en Colombia. *Revista del Observatorio Nacional en Salud Mental*, 1(1), 17-27.

Trujillo, N. Pineda, D.A., & Puerta, I.C. (2007). Alteraciones cognitivas en adolescentes infractores con trastorno disocial de diversos niveles de gravedad. *Psicología Conductual*, 15(2), 297-319.

Weller, E.B., Weller, R.A., Rooney, M.T., & Fristad, M.A. (2001). *Entrevistas para síndromes psiquiátricos en niños y adolescentes*. México, D.F.: Manual Moderno.

Wettermann, A., Schläpke, D., & Fegert, J.M. (2012). The modification of

criminogenic factors on addicted offenders: The effectiveness of the Reasoning and Rehabilitation Program. *International Journal of Law and Psychiatry*, 35, 202-206. doi: 10.1016/j.ijlp.2012.02.009

Yang, Y., & Raine, A. (2007). Brain abnormalities in antisocial, psychopathic individuals. *Netherlands Journal of Psychology*, 63(4), 143-151. doi: 10.1007/BF03061077

Young, S., Chick, K., & Gudjonsson, G. (2010). A preliminary evaluation of reasoning and rehabilitation 2 in mentally disordered offenders (R&R2M) across two secure forensic settings in the United Kingdom. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21(3), 336 - 349. doi: 10.1080/14789940903513203