UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES

FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGIA

TESIS DE GRADO

"LA ANSIEDAD INFANTIL POR SEPARACIÓN Y LA APARICION DE CONDUCTAS AGRESIVAS EN NIÑOS DE 4 A 7 AÑOS DEL CENTRO INTEGRAL SANTA MARIA DE LA CIUDAD DE LA PAZ"

POR : KATHERINE AIDA MARCA LINARES

TUTOR: LIC. LEONARDO OSCAR PEÑARANDA ADRIÁZOLA

LA PAZ BOLIVA

2019

Agradecimiento

A dios por su infinita benevolencia al concederme sabiduría durante mi preparación académica y la oportunidad de hacer realidad un proyecto más en mi vida.

A mi familia por el apoyo en todo momento y circunstancias, en especial a mis padres, Julio Marca Flores y Lourdes Linares Gutierrez por darme la vida y ser un ejemplo, por sus sabios consejos, por creer en mí y su apoyo incondicional.

A mis docentes Lic. Leonardo Peñaranda Adriazola y Lic. Marcos Fernandez Motiño por ser pilares fundamentales en mi preparación académica y a mi Universidad Mayor de San Andrés, por ser la casa de estudios superiores y forjadora de valores y guiarme a la obtención de este gran ideal.

Mi más profundo agradecimiento a cada uno, por hacer de mi vida útil e incomparable

RESUMEN

INTRODUCCION

CAPITULO I.....3

I. PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACION.....3

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....3

1.2 Preguntas de investigación:.....4

1.2.1 Pregunta fundamental.....4

1.2.2 Preguntas complementarias.....4

1.3 Objetivos.....5

1.3.1Objetivo general.....5

1.3.1. Objetivos especificos.....5

1.3.2. Categorías de análisis.....5

1.4. HIPOTESIS.....5

CAPITULO II.....8

MARCO TEORICO.....8

2.1 EL DESARROLLO EN LA INFANCIA.....8

2.1.1 Infancia aproximación a la etapa del desarrollo.....8

2.1.2 Desarrollo motriz en la infancia.....9

2.1.2.1 Esquema Corporal.....10

2.2. Ansiedad.....11

2.2.1 Concepto.....11

2.2.2 Ansiedad patológica.....13

2.2.2.1 Ansiedad Infantil.....15

2.2.2.2 Trastorno de Ansiedad.....16

2.2.2.3 Síntomas Característicos de la Ansiedad.....17

2.2.2.4 Ansiedad por Separación.....18

2.2.2.5 Diagnóstico diferencial.....20

2.2.2.6 Tratamiento.....21

2.3 La Agresividad 24
2.3.1 Concepto de Agresividad Infantil 24
2.3.2 Tipos de agresividad infantil 25
2.3.2.1 Factores que favorecen el desarrollo de la agresividad en la infancia 26
2.3.3 Consecuencias de la agresividad infantil 28
2.3.3.1. Efectos de la Agresividad sobre el organismo 29
2.3.3.2 Trastornos mentales asociados a la agresividad 30
2.3.3.2.1. Psicopatía, personalidad desinhibida y agresión 30
2.3.3.2.2. Conducta antisocial 31
2.3.3.2.3 Esquizofrenia y agresión S 33
2.3.3.2.4. Trastorno de la conducta infrasocializada tipo agresivo 33
2.3.3.2.5. Trastorno explosivo-intermitente 34
2.3.3.3 Cómo ayudar a niños con comportamiento agresivo 35
2.3.3.4 Tratamiento Para La Agresividad 36
2.4. Centro de Apoyo Integral CISMA 37
2.4.1 Misión 37
2.4.2 Visión 37
2.4.3 Objetivo general 37
2.5 Unidad Educativa Abraham Lincoln 37
CAPITULO III 38
METODOLOGIA 38
3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION 38
3.1.1 Tipo de investigación: 38
3.1.2 Diseño de investigación 38
3.2. Variables 38
3.2.1 Definición operacional 40
3.3. POBLACION Y SUJETOS 41
3.3.1. POBLACIÓN Y MUESTRA 41
3.3.1.1 Muestra 41

3.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION 41
3.4.1 Instrumento 41
3.4.1.1 Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS) 41
3.4.1.2 Grupo focal 43
3.4.1.3 Guía de observación directa 43
3.5. AMBIENTE O ESCENARIO DE INVESTIGACION 45
3.6. PROCEDIMIENTO 45
CAPITULO IV 46
PRESENTACION DE LOS RESULTADOS 46
4.1 Datos demográficos 46
4.1.1 CENTRO DE APOYO CISMA 46
4.1.1.1 Escala De Ansiedad Para Niños de Spence 47
4.1.3 CENTRO CISMA 48
4.1.3.1Análisis de los resultados CISMA 54
4.2 Guía de observación sobre agresividad 55
4.2.1 Guía De Observación De Agresividad CISMA 55
4.2.2 Análisis de guía de observación. 64
4.3 UNIDAD ABRAHAM LINCOLN 65
4.3.1 Datos demográficos Abraham Lincoln 65
4.3.2 Unidad Educativa Abraham Lincoln 67
4.3.3Análisis de los resultados 73
4.4 Guía de observación sobre agresividad Abraham Lincoln 74
4.4.1 Análisis de guía de observación Abraham Lincoln. 83
4.5 Correlaciones 84
4.5.1 Análisis de Correlaciones 86
4.6 Grupo focal 86
4.6.1 Pregunta 1 ¿Cuáles son las principales necesidades de los asistentes al centro CISMA? 86

4.6.2 Pregunta 2: ¿Cuáles son los desafíos en la interacción con los niños que asisten al centro CISMA? 87
4.6.3 Pregunta 3: ¿Qué tipo de acciones agresivas son frecuentes entre los niños? 88
4.6.4 Análisis general del grupo focal 89
4.7 Análisis general de resultados 89
CAPITULO V 91
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 91
5.1 CONCLUSIONES 91
5.2 RECOMENDACIONES 93
Bibliografía 94

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1 Diagnostico Diferenciado 21
Figura 4.1 Edad 46
Figura 4.2 Sexo 47
Figura 4.3 48
Ataques De Ansiedad y Agorafobia CISMA 48
Figura 4.4 Trastorno Por Separación CISMA 49
Figura 4.5 Fobia Social CISMA 50
Figura 4.6 Miedo CISMA 51
Figura 4.7 Trastorno Obsesivo Compulsivo CISMA 52
Figura 4.8 Ansiedad Generalizada CISMA. 53
Figura 4.9 Resultados Generales CISMA 54
Figura 4.10 Edad Abrahan LINCOLN 65
Figura 4.11 Sexo Abrahan Lincoln 66
Figura 4.12 67
Ataques De Ansiedad y Agorafobia Abraham Lincoln 67
Figura 4.13 68
Trastorno Por Separación Abraham Lincoln 68
Figura 4.14 69
Fobia Social Abraham Lincoln 69
Figura 4.15 70

Miedo Abraham Lincoln 70
Figura 4.16 71
Trastorno Obsesivo Compulsivo Abraham Lincoln 71
Figura 4.17 72
Ansiedad Generalizada Abraham Lincoln 72
Figura 4.18 73
Resultados Generales Abraham Lincoln 73

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla Nº 4. 1 – ¿Realiza pellizco a otros niños? 55
Tabla Nº 4.2 - ¿Jalas el pelo a un niño o niña? 56
Tabla Nº 4. 3 - ¿Empuja a sus otros compañeros? 57
Tabla Nº 4.4 -¿Jalas las mejillas de sus compañeros(a)? 58
Tabla Nº 4.5 - ¿Da golpes cuando se enoja? 59
Tabla Nº 4.6 ¿Da patadas por cualquier motivo que lo irrite? 60
Tabla Nº 4.7 ¿Da mordiscos a sus compañeros? 61
Tabla Nº 4.8 ¿Da puñetes a sus compañeros (as)? 62
Tabla Nº 4.9. ¿jala las orejas a sus compañeros? 63
Tabla Nº 4.10. 64
¿Lanzas objetos a sus compañeros? 64
Tabla Nº 4. 11 ¿Realiza pellizco a otros niños? 74
Tabla Nº 4.12 - ¿ Jalas el pelo a un niño o niña? 75
Tabla Nº 4.13 - ¿ Empuja a sus otros compañeros? 76
Tabla Nº 4.14 -¿ Jalas las mejillas de sus compañeros(a)? 77
Tabla Nº 4.15 - ¿ Da golpes cuando se enoja? 78
Tabla Nº 4.16 ¿ Da patadas por cualquier motivo que lo irrite? 79
Tabla Nº 4.17 ¿Da mordiscos a sus compañeros? 80
Tabla Nº 4.18 ¿ Da puñetes a sus compañeros (as)? 81
Tabla Nº 4.19. ¿Jala las orejas a sus compañeros? 82
Tabla Nº 4.20. 83
¿Lanza objetos de forma agresiva? 83
Tabla 4.21 Correlación De Ansiedad Infantil y Conducta Agresiva 84
Tabla 4.22 85
Correlación de ansiedad por separación y conducta agresiva 85
Tabla 4.23 85
Correlación De Ansiedad General Y Conducta Agresiva 85

RESUMEN

El comportamiento en aula es un tema que inquieta a profesionales de la educación ya que en el salón se observan manifestaciones conductuales. Existe estímulos desencadenantes a diversos comportamientos sin embargo en la presente investigación se hace énfasis en la ansiedad infantil por separación, un trastorno que al no ser tratado puede incidir en el comportamiento de los niños y tiene como objetivo determinar si existe relación alguna entre la ansiedad por separación y las conductas agresivas, en niños de 4 a 7 años. La presente se sustentó en primera instancia a través de cuestionario de "escala de ansiedad infantil de Spence" para identificar a los niños con trastornos de ansiedad, seguido de grupos focales y entrevistas con profesores.

Los resultados demostraron que la ansiedad infantil por separación influye en el comportamiento del niño en aula y que también altera el comportamiento en casi todas las áreas de desenvolvimiento, se estableció que los docentes atienden a los niños ansiosos, sin embargo, no se interviene oportunamente por los espacios reducidos y no se cuenta con el personal correspondiente.

Por lo tanto, se considera oportuno implementar el programa de intervención para mejorar el comportamiento de los niños ansiosos, una propuesta que apoyara a tutores y padres de familia interesados en contribuir en el desempeño del infante.

PALABRAS CLAVES. ANSIEDAD POR SEPARACION, AGRESIVIDAD

INTRODUCCION

Este trabajo tiene como propósito presentar la relación existente entre la conducta agresiva y la ansiedad infantil por separación en niños que asisten al centro de apoyo CISMA de la ciudad de La Paz.

La investigación observo que lo niños muestra conducta agresiva acorde a su edad y que estas tienen como génesis el estrés causado en el espacio de apoyo como en la sensación de separación por parte de los progenitores los cuales son principalmente comerciantes teniendo extensas horas de separación entre ellos.

El desarrollo en la infancia es de gran importancia para la maduración adecuada y es en esta etapa en la cual se afirman y desarrollan las capacidades cognitivas, afectivas y sociales que el niño desarrolla en el transcurso de su vida.

Esto convierte al ingreso en la educación formal como un hito importante en el desarrollo de la niñez, esta etapa será la que modifique y agregue nuevas normas a las relaciones sociales que nutrirán la independencia y percepción del niño sobre su entorno.

Este nuevo escenario y demanda puede generar ansiedad en los niños, las altas expectativas por parte de los padres y el cambio en la dinámica propia de los niños, los cuales al no ser manejado de forma adecuada son alterados y derivan en afecciones de orden ansioso.

La ansiedad por separación en niños puede ser manifestada con conductas exacerbadas las que pueden ser confundidas con mala conducta y pueden ser tildados de problemáticos. El trastorno de ansiedad por separación se define como la preocupación y temor excesivo de estar separado de los miembros de la familia o individuos con los que el niño está más ligado. Los niños con trastorno de ansiedad por separación temen perderse de su familia o temen que algo malo le suceda a un miembro de su familia si se separan de ellos. Los síntomas de la ansiedad o temor a ser separados de los miembros de su familia deben durar por un periodo de al menos 4 semanas para ser considerados.

Es diferente de la ansiedad por extraños, que es normal y por lo general la experimentan los niños entre los 7 y 11 meses de edad. Los síntomas de la ansiedad por separación infantil son más severos que la ansiedad de separación normal que casi todos los niños experimentan en algún grado entre las edades de 18 meses y 3 años.

Dentro el espacio escolar las conductas agresivas son un problema constante en el avance de la dinámica en el ambiente escolar.

La presente investigación está divida en cuatro capítulos, el primer capítulo presenta el planteamiento del problema, objetivos y categorías de análisis, que permitió el encuadre y aproximación claras a las unidades de análisis, el segundo capítulo desarrolla el marco teórico que enlazar e enriquecer y caracterizar la unidades de análisis, ansiedad y agresividad que permite determinar sus características, trastorno y cualidades de las mismas., el tercer capítulo metodología que muestra el diseño transversal correlacional dentro un estudio no experimental, la población, muestra y definición de variables, el capítulo 4 muestra los resultados encontrado a través de la aplicación de pruebas spence de ansiedad y grupos focales dando los resultados en las unidades CISMA y Abraham Lincoln, para terminar con las conclusiones y recomendaciones

El presente estudio describe la relación de la ansiedad por separación de padres en la aparición de conductas agresivas, los mismos serán recolectados a través de la aplicación de grupo focal, observación directa y la aplicación de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS)

Los resultados fueron comparados a través de pruebas estadísticas que permitan evaluar la relación entre las variables en la ciudad de La Paz.

CAPITULO I

I. PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACION

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en la actualidad, cerca de 17 millones de niños y adolescentes, entre 5 y 17 años de edad, sufren algún trastorno psicológico grave que amerita tratamiento especializado.

Se calcula que para 2010, haya once millones de personas en Latinoamérica y el Caribe que padezcan algún trastorno emocional (OMS, 2001)

La ansiedad de separación es más común en niños (Cartwright-Hatton, McNicol, &Doubleday, 2006)

La infancia es una etapa de grandes cambios y de constante desarrollo, los niños comprendidos de 4 a 7 años se encuentran en una etapa particularmente existen hitos importantes en su crecimiento como ser la inducción a la educación formal.

Este cambio en las actividades puede ser un generador de conductas indeseadas, la agresividad surge como respuesta inmediata que altera la convivencia de los niños dentro del colegio, en muchos casos mediando el rendimiento y la relación entre ellos, los cuales generan conflictos en el avance de contenido.

La ansiedad como una manifestación de conductas exacerbadas puede manifestarse a través de la agresividad como respuesta posible ante la incapacidad de poder desarrollar estrategias de afrontamiento adecuadas a su entorno.

El trastorno de ansiedad por separación (TAS) es una condición psicológica, clasificada dentro del espectro de los trastornos de ansiedad, en el cual un individuo presenta una excesiva ansiedad acerca de la separación del hogar o de la gente hacia quienes tiene una fuerte relación de apego, tal como la madre o el padre, en el caso específico este se

da por la prolongada de los progenitores debido a las largas jornadas que estos cuentas, siendo trabajados que se desarrollan sin interrupción durante los 7 días de la semana, generando en los niños una sensación de angustia e indefensión.

Este puede transformase en un problema serio durante las primeras etapas del acercamiento educativo, donde muchos niños son afectados por la separación prolongada de sus progenitores, los cuales ante la incapacidad de manifestar adecuadamente sus emociones son transformadas en algunos casos en un acciona violento, que se expresa en conductas agresivas hacia sus pares o cuidadores siendo observados como niños problemáticos, siendo en los peores casos causantes en fracaso escolar y aislamiento por sus pares.

El largo periodo de separación por parte de los padres se manifiesta en un alejamiento tácito, esto a que mucho de los padres son comerciantes minoristas y pasan grandes periodos de tiempo pasando tiempo cortos con los hijos evitando una socialización más profunda, generando en los niños abandona y falta de apoyo afectivo.

El presente estudio pretende determinar la relación existente entre la ansiedad infantil por separación de los niños hacia sus padres en la aparición de conductas agresivas en niños de 4 a 7 años en el centro CISMA y Unidad Educativa Abraham de la ciudad de La Paz.

1.2 Preguntas de investigación:

Las preguntas de investigación que han orientado este estudio son:

1.2.1 Pregunta fundamental

¿Existe relación entre la ansiedad infantil por separación de los niños hacia sus padres y la aparición de conductas agresivas en niños de 4 a 7 años de Centro Integral Santa María y la Unidad educativa Abraham Lincoln?

1.2.2 Preguntas complementarias

- ¿Qué tipo de ansiedad se presenta en los niños?
- ¿Cuál es el nivel de ansiedad infantil entre los niños de 4 a 7años?

- ¿Cuál es la incidencia en las conductas agresivas en niños de 4 a 7 años?
- ¿Cuáles son los factores familiares preponderantes que inciden en la aparición de la ansiedad infantil?

1.3 Objetivos

1.3.1Objetivo general

Identificar el grado de relación entre la ansiedad infantil por separación y la aparición de conductas agresivas en niños de 4 a 7 años del Centro Integral Santa María de la ciudad de La Paz.

1.3.1. Objetivos especificos

- Realizar un diagnóstico de la ansiedad infantil por separación en los niños de 4 a 7 años.
- Identificar los niveles de ansiedad de ansiedad por separación en ambas poblaciones.
- Evaluar el nivel de manifestaciones de la conducta agresiva en niños de 4 a 7 años.
- Describir los factores familiares preponderantes que inciden en la aparición de la ansiedad infantil.
- Describir las conductas agresivas de mayor frecuencia en niños de 4 a 7 años.

1.3.2. Categorías de análisis

- Ansiedad infantil por separacion
- Conducta agresiva

1.4. HIPOTESIS

H= Existe relación entre la ansiedad infantil por separación con la aparición de conductas agresivas en niños de 4 a7 años Centro Integral Santa María de la ciudad de La Paz.

Ho= No existe relacion entre la ansiedad infantil por separación con la aparición de conductas agresivas en niños de 4 a7 años Centro Integral Santa María de la ciudad de La Paz.

1.5 JUSTIFICACION

El presente estudio se enmarca en descripción y medición del grado de relación de la ansiedad y la agresividad en niños.

El mundo actual ha generado una serie de cambios en relación a la dinámica familiar, donde los padres suelen estar la mayor parte del tiempo, siendo las unidades educativas donde los niños suelen pasar la mayor parte del tiempo. (Arturo, 2009)

Esta dinámica familiar ahondado a las expectativas por parte de los niños y las necesidades afectivas insatisfechas pueden manifestarte en alteración que desembocan en trastornos afectivos emocionales.

La disgregación familiar y el conflicto dentro del mismo genera en los niños una sensación de incertidumbre he indefensión que desencadena conductas las cuales por ser entendidas como rebeldes o desafiantes, siendo que su edad la ansiedad no se manifiesta de la misma forma que en la edad adulta.

Los niños con problemas agresivos ven interferidas sus relaciones sociales, siendo vistos como peligrosos o de difícil trato.

El Trastorno de Ansiedad de Separación en la Infancia (TASI) presenta como rasgo característico la ansiedad excesiva en relación con la separación o alejamiento de la madre, de ambos padres o, en general, de cualquier persona a la que el niño se encuentra apegado emocionalmente. En general, existe una implicación patológica entre el niño y estas figuras de apego, de modo que el niño es descrito como de buen carácter y dispuesto a agradar, y se toleran situaciones de sobre dependencia del niño. Sin embargo, hay a la vez cierta hostilidad, porque esta situación limita la propia capacidad de los padres para realizar actividades de forma independiente del niño, o bien porque afecta a

la relación conyugal, y se describe al niño como exigente o demandante de atención constante. También se ha descrito la presencia simultánea de negligencia hacia las necesidades afectivas del niño, sobreprotección y control. (COCA, 2013)

La cuestión de si los factores de personalidad de los progenitores condicionan la sensibilidad del hijo para desarrollar una patología psicológica sigue siendo uno de los temas que impulsan más investigaciones en el marco de las relaciones padres-hijos. (COCA, 2013)

La importancia de la detección y tratamiento del TASI radica en su mal pronóstico dejado a su evolución natural sin tratamiento. El trastorno tiende a cronificarse durante varios años, con periodos de exacerbación y de mejoría según la presencia de cambios ambientales o en su desarrollo. Se calcula que un 30-60% de casos siguen presentando problemas adaptativos, trastornos depresivos y ansiosos (sobre todo fóbicos) y dificultades sociales en la edad adulta. En cambio, con tratamiento psicológico pueden mejorar hasta el 95% de los casos en menores de 10 años, aunque la cifra se reduce en niños mayores (probablemente por tener una evolución más larga).

Poder determinar la relación de la ansiedad con las conductas agresivas es de gran importancia para permitir el desarrollo adecuado de herramientas que permita el mejor ambiente en el espacio educativo entre sus partes.

La mejora de estos se verá reflejado en un mejor desempeño educativo el cual mejorar sus destrezas en relación a las competencias exigidas en la curricular escolar,

El presente estudio busca identificar la relación de la ansiedad infantil por separación de los niños hacia sus padres y la aparición de conductas agresivas en niños de 4 a 7 años en Centro integral Santa María la Ciudad de La Paz.

CAPITULO II

II. MARCO TEORICO

El presente capítulo se presenta la conceptualización de términos y teorías que han sido propuestas por diversos autores expertos en el síndrome de burnout y las estrategias de afrontamiento al estrés.

2.1 EL DESARROLLO EN LA INFANCIA

2.1.1 Infancia aproximación a la etapa del desarrollo

La noción de infancia tiene un carácter histórico y cultural y es por ello que ha tenido diferentes apreciaciones en la historia; su concepción depende del contexto cultural de la época. Un rápido recorrido sobre el concepto de infancia a través de la historia nos muestra los cambios que ha tenido esta categoría. (SANTOS, 1980)

Un punto importante para una primera subdivisión es el proceso de transición que se vi ve entre los 11 a 12 años, determinado por lo biológico y lo psicológico, identificado por la aparición de los caracteres sexuales secundarios y sesgado por la cultura, denominado "pubertad". Por su importancia individual y social, en las culturas con menos exigencias sociales por el tipo de desarrollo cultural que han alcanzado, esta transición ha significado el paso a la vida adulta y se ha celebrado con ceremonias especiales. (SANTOS, 1980)

La niñez propiamente tal es uno de los períodos de desarrollo humano mejor estudiado y, por tanto, existe ya un consenso en que el diferente ritmo crecimiento observable en pocos años dentro de la población que la conforma, requiere diferentes satisfactores a sus necesidades en relación inversa a su edad, por lo que se puede señalar dos grupos claramente perfilados:

- La Primera Infancia (0-5 años) caracterizada por un alto grado de dependencia y su alta morbilidad, características que lo ponen en alto grado de riesgo en relación inversa a la edad, por lo que requiere un estricto "Control de Desarrollo

y Crecimiento ". De aquí, en la categoría "niños", el grupo de O a 1 año sea de muy alto riesgo; el grupo de 2 a 3 años de alto riesgo; y, el grupo de 4 a 5 años que tiene mayor atracción a los intereses exogámicos, como de menor riesgo. Por la condición predominante de riesgo de morbimortalidad se le denomina "Edad Vulnerable " (SARRAMONA, 1980)

- La Segunda Infancia (6 a 11), se caracteriza por su apertura al mundo externo y por la acelerada adquisición de habilidades para la interacción. En este período los niños tienen un riesgo menor que en la primera infancia, que disminuye igualmente en razón inversa a la edad, por lo que el Control de Desarrollo y Crecimiento se realiza anualmente. Por las consecuencias que la falta de satisfactores apropiados a sus necesidades psicosociales produce en este grupo de niños, la denominamos "Edad Crítica" (Mansilla, 1996)

2.1.2 Desarrollo motriz en la infancia

El desarrollo motor de los niños depende principalmente de la maduración global física, del desarrollo esquelético y neuromuscular. Los logros motores que los niños van realizando son muy importantes en el desarrollo debido a que las sucesivas habilidades motoras que se van a ir adquiriendo hacen posible un mayor dominio del cuerpo y el entorno. (MAGANTO, 2000)

Estos logros de los niños tienen una influencia importante en las relaciones sociales, ya que las expresiones de afecto y juego se incrementan cuando los niños se mueven independientemente y buscan a los padres para intercambiar saludos, abrazos y entretenimiento. En el desarrollo motor pueden establecerse dos grandes categorías:

- Motricidad gruesa (locomoción y desarrollo postural)
- Motricidad fina (prensión).

El desarrollo motor grueso se refiere al control sobre acciones musculares más globales, como gatear, levantarse y andar. Las habilidades motoras finas implican a los músculos más pequeños del cuerpo utilizados para alcanzar, asir, manipular, hacer movimientos de tenazas, aplaudir, virar, abrir, torcer, garabatear. Por lo que las habilidades motoras

finas incluyen un mayor grado de coordinación de músculos pequeños y entre ojo y mano.

Al ir desarrollando el control de los músculos pequeños, los niños ganan en competencia e independencia porque pueden hacer muchas cosas por sí mismos. Los logros motores de los niños han sido suficiente y repetidamente estudiados por pediatras, neurólogos, psicólogos, etc., hasta el punto de existir tablas de adquisición de conductas evolutivas, indicando los hitos del desarrollo motor y psicomotor. La revisión de la literatura existente (MAGANTO, 2000)

Hasta los 3 años los aspectos más relevantes en relación al desarrollo psicomotor están relacionados con los desplazamientos corporales y la impulsividad de los movimientos por una insuficiente regulación del freno inhibitorio. A partir de esta edad hay una progresiva equilibrarían de los movimientos, se eliminan gradualmente las asociaciones o sincinesias y se va marcando progresivamente la independencia segmentaria. Todo ello da lugar a una mayor precisión del dinamismo manual, a la aparición de gestos más diferenciados y al perfeccionamiento de la coordinación óculo-manual. (MAGANTO, 2000)

Entre 6 y 7 años ya los niños presentan una precisión general de los movimientos cuando éstos son efectuados a un ritmo normal. Los controles adquiridos y afirmados por el ejercicio sientan las bases para los aprendizajes escolares en los que la simultaneidad de movimientos exigirá un gran esfuerzo de tipo psicomotor. A esto se une la importancia de la atención, la acomodación de la postura y el manejo coordinado de los útiles a usar. (Cobos, 2000)

2.1.2.1 Esquema Corporal

Entre los 2 y 5 años los niños van mejorando la imagen de su cuerpo y los elementos que lo integran, van perfeccionando movimientos, estabilizando su lateralización y conquistando el espacio, relacionándose y actuando en él. Aunque entre 5 y 6 años el esquema corporal es bastante bueno en cuanto a la calidad de los movimientos y a la representación que se tiene del mismo, todavía se deben dominar conceptos

espaciotemporales que permitan situarse adecuadamente en el espacio, en el tiempo y con relación a los objetos. De 6 a 12 años se sigue perfeccionando el esquema corporal, el movimiento se hace más reflexivo, permitiendo una potenciación de la representación mental del cuerpo y del movimiento en función del tiempo y el espacio. (Cobos, 2000)

2.2. Ansiedad

2.2.1 Concepto

Origen terminológico de “ansiedad” Aproximadamente una década después de la bomba atómica de Hiroshima, el poeta inglés Wystan Hugh Auden calificó a nuestro tiempo como la era de la ansiedad. Suena a tópico asociar nuestra sociedad y nuestros días con la ansiedad y el estrés. Su origen se remonta al nacimiento de la humanidad y no se puede afirmar que otras épocas hayan estado libres de agentes estresantes, seguramente diferentes a los de hoy en día. La historia de la ansiedad está estrechamente vinculada al concepto psicoanalítico de "neurosis". Podríamos decir que este término fue con el que se hizo referencia en un inicio a aquella sintomatología que hoy calificaríamos con el término “ansiedad”. (COCA, 2013)

El uso del término neurosis, así como de sus derivados (tales como neurastenia o histeria), ha sido más propio de la literatura de la psicología dinámica, aunque su contenido original, establecido por el psiquiatra escocés William Cullen en 1769 en su “Synopsis nosologiae methodicae”, no correspondía estrictamente al uso que actualmente se hace de tal denominación. Cullen se refería a una afección general del sistema nervioso que cursaba sin fiebre ni daño de algún órgano, y que comprometía "el sentido" y "el movimiento", mezclándose en ella desde síncopes hasta el tétanos y la hidrofobia, pasando por la histeria, la melancolía, la demencia y la manía. (COCA, 2013)

Curiosamente esta sintomatología se consideró durante muchos años una enfermedad familiar o de origen hereditario. En 1869 el neurólogo George M. Beard acuñó el término de neurastenia para describir un cuadro clínico formado por síntomas de fatiga, estrés, dolor de cabeza, impotencia, neuralgia y depresión, como resultado de una

disminución de la actividad del sistema nervioso central y del cual Beard pudo observar que en gran medida era un trastorno hereditario (Beard, 1878)

En 1871 Jacob Mendes DaCosta describió el concepto “La edad de la ansiedad” (1947), es un largo poema dramático que le hizo merecedor del Premio Pulitzer de Poesía en 1948. Tesis Doctoral Aránzazu Coca Vila La ansiedad infantil desde el Análisis Transaccional 13 “corazón irritable”, primer nombre para los trastornos de pánico. Curiosamente en casi la mitad de los soldados diagnosticados de síndrome de DaCosta durante la II Guerra Mundial se detectó una historia familiar de trastornos nerviosos. No sería hasta casi un siglo más tarde, con el trabajo que Donald Klein y Max Fink (Klein y Fink, 1962), cuando se propuso por primera vez que los ataques de pánico debieran separarse de las demás formas de ansiedad al presentar características y condicionantes propios. (COCA, 2013)

Pero fue Sigmund Freud quien hizo la contribución más decisiva al acuñar el concepto de “neurosis de angustia”, desarrollado en su obra "Las primeras aportaciones a la teoría de las neurosis" publicada entre 1892 y 1899. Con este término compuesto el médico vienés aúna y relaciona por primera vez los dos términos más vinculados en su origen y uso a la ansiedad: la neurosis y la angustia. Freud denomina "neurosis de angustia" a un complejo clínico en el que todos sus componentes pueden ser agrupados en torno a uno principal, que es la angustia.

El cuadro se caracteriza por "la excitabilidad general", un estado de tensión que se expresa en hiperestesia, especialmente auditiva y que refleja una acumulación de excitación o una incapacidad de resistirla. Además, puntualiza que le es característica la "espera angustiosa", que corresponde a expectativas catastróficas respecto de los seres queridos o del paciente mismo. (COCA, 2013)

El estudio realizado en 1893 por el psicólogo y neurólogo francés Pierre Janet, titulado “Etat mental des hystériques” (Janet, 1907), hizo importantes contribuciones al estudio moderno de los desórdenes mentales y emocionales, realizando una primera aproximación a la clasificación de diferentes formas de angustia: nerviosismo (lo que

entenderíamos en la actualidad por estrés), histeria (cercana al concepto de ansiedad patológica), fobia a los objetos (actual fobias simples), fobia de las situaciones (cercana al concepto de agorafobia) y fobia de las situaciones sociales (actual fobia social). (COCA, 2013)

Tal vez el autor que presentó con mayor claridad el grupo de cuadros clínicos que se organizan en torno a las formas de ansiedad fue el francés Henry Ey y sus colaboradores P. Bernard y Ch. Brisset (Ey, 1969). La neurosis de angustia que describió Freud constituye para Ey el tronco común desde el que se organizan las neurosis en sus formas más estables y estructuradas, cuyo elemento central y definitorio es la angustia. Distinguió entre las neurosis "indiferenciadas", que corresponden en su totalidad a la neurosis de angustia en su concepto más freudiano, y las "grandemente diferenciadas", en las que se incluyen las fobias y el trastorno obsesivo. Paralelamente al desarrollo de las teorías psicoanalíticas acerca de los trastornos de ansiedad, encontramos una incipiente emergencia de líneas de investigación psicológica en clara oposición a la tradición dinámica: la línea cognitiva-conductual y la línea humanistaexistencial, ambas con el uso de un término propio (o en todo caso, más proclive) para hacer referencia a este tipo de trastornos. (COCA, 2013)

2.2.2 Ansiedad patológica

La ansiedad patológica En un primer acercamiento a la ampliación de su definición, Rodríguez-Sacristán (1995) define la ansiedad como la reacción del organismo ante situaciones de amenaza que se caracteriza por vivencias displacenteras con formas de expresión muy diferentes a través de signos y síntomas somáticos o comportamientos variados, con un relevante valor defensivo que se aprende y constituye en la infancia. (Rodríguez-Sacristán, 1995)

Como forma de reacción es un mecanismo de defensa y aprendizaje necesario para el ser humano, ya que permite a éste proteger su supervivencia y desarrollar nuevas estrategias de afrontamiento ante futuras circunstancias adversas. Es por eso que podemos hablar de una ansiedad “normal” y otra “patológica”. La primera es un estado

emocional de tensión que puede tener su origen en un estímulo “positivo” o “negativo”, es decir, agradable o desagradable, y que al ser superado aporta al niño una mayor seguridad en sí mismo y le enseña a adaptarse al medio en el que desarrolla. Aunque su respuesta ansiosa sea “aparatosa”, no habrá repercusiones para el futuro de su organización y maduración emocional. (Rodríguez-Sacristán, 1995)

De hecho, Del Barrio (1996) la define como una emoción básica que puede dar lugar a la aparición de un variado tipo de trastornos como miedos, fobias y obsesiones siendo los primeros la modalidad más frecuente de ansiedad en los niños, normales en edades muy tempranas pero que de ser persistentes en el tiempo y si escapan del control del niño deben ser considerados alteraciones ansiosas de tipo des adaptativo (Del Barrio, 1996).

Es en este sentido que podemos definir la ansiedad patológica como un estado emocional con desproporción entre la respuesta emotiva y una situación externa dada, en el que el individuo siente una mezcla de inquietud, disgusto, temor difuso, intensa sensación de peligro o sentimiento de inseguridad no imputable a circunstancias reales, vivenciado todo de una forma psíquica intensa, acompañado de sensaciones físicas de opresión, malestar, dolor, inestabilidad y somatizaciones. (Del Barrio, V. y Moreno, C., 1996)

Las reacciones evolutivas de ansiedad ejercen una función de alarma y protección en las situaciones de amenaza, por lo que tienden a facilitar la supervivencia. Los diferentes modelos explicativos de la ansiedad están de acuerdo en afirmar que todas las personas desarrollan una ansiedad emocional durante la lactancia y que incluso la inexistencia de ansiedad se considera característica de algunos trastornos de la personalidad antisocial (Angs, J., Ajdacic, V., Eich, D. y Rössler, W, 2007)

Desde un punto de vista dimensional, la ansiedad normal y la patológica representan una especie de espectro continuo, de forma que la dificultad estriba en poder definir una más o menos clara línea divisoria entre la que debiera ser considerada normal o adecuada de su conversión a la patológica. Sin embargo, la ansiedad patológica contemplada desde

un punto de vista categorial se define a partir de patrones sintomáticos característicos (síndromes o trastornos) junto con su duración y sus consecuencias, aunque su definición está todavía en desarrollo tal como se aprecia en las modificaciones recogidas en los manuales diagnósticos DSM-III, DSMR-III-R, DSM-IV y DSM-IV-TR.

2.2.2.1 Ansiedad Infantil

Chantal (2007), explica la ansiedad como el dolor de vivir que presentan los niños, lo cual se vuelve un misterio para los padres de familia, ya que estos no pueden entender fácilmente las manifestaciones. La ansiedad no se presenta más allá de los quince años de edad, y las características son similares al trastorno de ansiedad en adultos, sin embargo, para que el diagnóstico corresponda a la realidad del niño es necesario imponer ciertas modificaciones.

Todos los niños expresan la ansiedad de una manera y con un lenguaje deferente al de los adultos, un niño puede hablar del terrible miedo que le provoca cierta situación al referirse a un gigante malo, un gigante malo que no se puede ver pero que lo tiene amenazado, ¡es escalofriante! La ansiedad es la más común y universal de las emociones. Es una reacción de tensión sin causa aparente, más difusa y menos focalizada que los miedos y fobias, la reacción emocional ante un peligro o amenaza se manifiesta mediante un conjunto de respuestas tanto fisiológicas, cognitivas y conductuales. (Chantal, 2007)

La ansiedad infantil, puede definirse como una reacción defensiva e instantánea ante el peligro, respuesta que se da ante situaciones que comprometen la seguridad personal, ejerce una función protectora para el niño para adaptarse paulatinamente a diferentes situaciones ya que a lo largo de su vida tiene que enfrentarse a infinidad de peligros, sin embargo cuando dicha reacción pierde la función inicial se convierte en un trastorno de ansiedad que puede describirse como la angustia incontrolable ante una amenaza real o imaginaria y la consiguiente imposibilidad de hacer frente a las diversas situaciones de la vida. (Rodríguez, 2009)

Es pues un sentimiento de miedo y aprensión confuso, vago y muy desagradable que manifiesta el niño a través de la impotencia de adaptarse a la vida cotidiana y crea en él peligros desconocidos como: peligro de ser abandonados, de recibir una herida, ser rechazadas o simplemente miedo a fracasar en la vida o no ser capaces de salir adelante (SALANIC, 2014)

2.2.2.2 *Trastorno de Ansiedad*

Gispert (2006), define el trastorno de ansiedad como una condición de duda, inseguridad que dificulta la capacidad de adaptación del individuo a la vida cotidiana. Se manifiesta por la creencia de que cualquier circunstancia más o menos contradictoria, aunque esta sea irrelevante le provocará problemas al anticipar desgracias con mayor facilidad. Las personas ansiosas son sufridoras natas o por naturaleza. La Ansiedad es un sentimiento de miedo y aprensión confuso, vago y muy desagradable, se manifiesta en mucha preocupación por peligros desconocidos con síntomas como elevación y aceleración del ritmo cardíaco. (SALANIC, 2014)

Los afectados por este trastorno, comúnmente se quejan de padecer cefaleas, visión borrosa, sequedad de boca, excesiva sudoración, náuseas, retortijones abdominales, palpitaciones y mayor frecuencia de micciones. Esta condición ansiosa envuelve de forma crónica al sujeto, lo hace flotar en un mar de dudas e inseguridades, la dificultad de adaptación a la vida cotidiana, cualquier situación más o menos contradictoria, aunque sea irrelevante le provocará problemas, le hace anticipar desgracias con mayor facilidad y le introduce en un círculo vicioso de problemas y retos con creencia ansiosa, síntomas corporales, aturdimiento y conductas inadecuadas ante el problema y vuelve a empezar. (Gispert, 2006)

Sólo cuando la angustia es lo suficientemente intensa como para desbordar la capacidad del sujeto para reaccionar de forma adaptativa e interfiere de modo sustancial en la actividad cotidiana debe considerarse el inicio de un tratamiento. Las diversas modalidades de relajación, hipnosis, biofeedback se utilizan para el alivio temporal de la sintomatología ansiosa; en otros casos se utilizan técnicas de afrontamiento para

controlar los pensamientos y las conductas distorsionantes. El uso de los benzodiacepinas para el tratamiento de los trastornos de ansiedad constituyó un avance significativo dado el bajo riesgo de adicción y el elevado margen de seguridad que representa. (SALANIC, 2014, pág. 23)

Rodríguez (2009), explica que el trastorno de ansiedad es la respuesta defensiva ante el peligro y en muchas ocasiones ejerce una función protectora sobre los seres humanos hasta que pierde su función. Las personas a lo largo de la vida tienen que enfrentarse a diversos peligros y cuando estos se presentan la reacción más común para preservar la integridad de sí mismas es la huida o la lucha, de ahí que los individuos recurren a mecanismos psicofisiológicos humanos que son respuestas de la ansiedad que han cumplido un eficaz papel a lo largo de los tiempos. En los trastornos de ansiedad, la respuesta de miedo funciona como un dispositivo antirrobo defectuoso que se activa y previene un peligro inexistente, precisamente el ser humano en la actualidad debe abordar el fascinante problema de cómo controlar los aspectos perjudiciales de las respuestas de miedo que se manifiestan psicopatológicamente en trastornos fóbicos y de ansiedad. (López, 2012, pág. 41)

2.2.2.3 Síntomas Característicos de la Ansiedad

López (2003), dice que los síntomas característicos se constituyen por combinaciones variadas de sentimientos de aprensión miedo o terror junto a manifestaciones físicas que van desde síntomas cardiovasculares y respiratorios hasta molestias abdominales, pasando por sensaciones de mareo, sudoración, temblor, hormigueos e incluso intensos escalofríos. Las características incluyen sentimientos de incertidumbre, desamparo y excitación fisiológica; una persona con mucha ansiedad se queja de sentirse nerviosa, tensa aprensiva e irritable, con frecuencia le dificulta conciliar el sueño por la noche, se fatiga con facilidad y siente mariposas en el estómago, constantemente siente dolores de cabeza, tensión muscular y dificultad para concentrarse; los ansiosos son muy sensibles a las 18 señales de amenaza e hipersensibles ante la vigilancia y responden con prontitud ante amenazas potenciales.

Esta tabla muestra los síntomas de la ansiedad y la auto-descripción del individuo ansioso. Ansiedad generalizada López (2003), define la ansiedad generalizada como la presencia de ansiedad o preocupaciones excesivas y persistentes, que se prolonga durante al menos seis meses. Cita a Antaño e indica que este problema era llamado trastorno de hiperansiedad en el niño cuyas características son: inquietudes o preocupaciones excesivas que se dan en general, todos los días durante un período de más de seis meses, están relacionadas con ciertas actividades cotidianas, en especial con las que tienen que ver con la escuela. Dificultad para controlar la ansiedad y olvidar sus preocupaciones. Las preocupaciones se asocian con al menos tres de los seis siguientes síntomas, en el niño basta con la presencia de uno:

2.2.2.4 Ansiedad por Separación

La ansiedad por separación (AS) es una respuesta emocional en la cual el niño experimenta angustia al separarse físicamente de la persona con quién está vinculado (generalmente su madre).

La AS es un fenómeno normal, esperable y obligado del desarrollo infantil, que comienza a manifestarse alrededor de los 6 u 8 meses de edad.

La AS permite que el niño desarrolle paulatinamente su capacidad de estar a solas. Contribuye activa y necesariamente a este proceso la figura de apego que el niño dispone.

El trastorno de ansiedad por separación (TAS) es una manifestación psicopatológica, caracterizada por la incapacidad del niño de quedarse y estar a solas. En este caso el niño no es capaz de separarse apropiadamente de la persona que es emocionalmente significativa para él. La angustia del TAS es excesiva y sobre lo esperado para el nivel de desarrollo del niño, es decir, no es una angustia normativa. El diagnóstico clínico de un TAS puede ser difícil de realizar, ya que muchas veces no es fácil diferenciar formas normativas de formas patológicas de ansiedad por separación. Nuestro propósito en este artículo es revisar las diferencias clínicas existentes entre la AS como expresión del

desarrollo emocional evolutivo y el TAS como expresión psicopatológica. Además, analizaremos aspectos diagnósticos y terapéuticos del TAS. (PACHECO, 2009)

2.2.2.4.1 Epidemiología

Se estima una prevalencia de 1-5% entre los niños y adolescentes atendidos en consulta psiquiátrica, y dentro de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia, se estima que un 47% son TASI.

2.2.2.4.2 Población O Edad De Riesgo

En población general parece más frecuente en niñas; en población clínica, por igual. La edad típica es la prepuberal, si bien hay casos en adolescentes (donde es más relevante el rechazo escolar). La mayoría de los casos tienen menos de 13 años, y el promedio de edad a la que se inicia es 9 años. También se ha descrito mayor frecuencia en poblaciones con bajo nivel socioeconómico y en culturas cuyos lazos familiares son más estrechos (etnia gitana, medio rural…). El riesgo de TASI aumenta en presencia de estresores como cambios de escuela o vecindario, muerte o enfermedad de un miembro de la familia, desastres naturales o delitos terroristas vividos de cerca, etc. También hay un riesgo alto de TASI (en torno al 40%) en hijos de personas con trastornos psiquiátricos, como pacientes depresivos o ansiosos que no pueden proporcionar una base segura a sus hijos o que incluso necesitan a éstos para que les den seguridad, pacientes con trastornos de personalidad que formulen al hijo amenazas de abandono frecuentes, pacientes que lo requieran para su cuidado (p. AEPNYA Protocolos 2.008 58 ej. somatizadores), o casos que tengan para los hijos un riesgo autolesivo difícil de predecir (depresivos graves, personalidades límite, esquizofrénicos, etc.). Se ha comprobado además que estos casos tienen un peor pronóstico hacia la cronicidad. Puede existir también mayor riesgo en niños con retraso mental o con problemas de aprendizaje, que se perciben como menos capaces que sus iguales y solicitan durante más tiempo y con más frecuencia los cuidados familiares, lo que dificulta aún más su capacidad de autonomía y acrecienta su inseguridad en caso de faltar dicho apoyo familiar.

2.2.2.4.3 Necesidad De Unidad De Criterios El Dsm-Iv Y La Cie-10

Coinciden prácticamente en la descripción del trastorno, si bien la CIE-10 exige que la edad de inicio del TASI sea inferior a los 6 años y se excluye el diagnóstico si los síntomas forman parte de una alteración más amplia de las emociones, el comportamiento o la personalidad. La duración debe ser al menos de 4 semanas (para excluir estrés agudo ante acontecimientos vitales).

2.2.2.5 Diagnóstico diferencial

Ya que la ansiedad excesiva es base común para otros trastornos ansiosos, es necesario distinguir correctamente la ansiedad y sus distintas formas de presentación psicopatológica. Dentro de los diagnósticos diferenciales lo primero es distinguir el TAS de la AS normativa. A modo de orientación clínica los autores muestran en la tabla 2 una comparación entre estas dos condiciones, distinguiendo factores de implicancia clínica que pueden ayudar al diagnóstico. En el trastorno de ansiedad generalizada, otro trastorno por ansiedad que muchas veces se confunde con el TAS, la ansiedad es excesiva y constante y no aparece sólo ante el alejamiento de la figura vinculada, sino que también en otros temas de preocupación y temor para el niño como es su rendimiento escolar, la salud de sus padres con pensamientos recurrentes sobre la muerte de estos. (PACHECO, 2009)

En las crisis de angustia o pánico el temor en el niño se liga a la ansiedad o preocupación excesiva de sufrir o repetir una crisis y no tanto a separarse de las figuras de apego. En la fobia social el temor se centra en sentirse expuesto ante los demás. El rechazo escolar o la negativa de asistir al colegio puede formar parte del TAS y muchas veces encubre a éste último10. Se debe estar alerta ante el rechazo del niño de asistir a clases ya que esta situación puede deberse a una condición escolar abusiva (bulling) que puede estimular ansiedad evitativa y angustia a la separación del hogar. (PACHECO, 2009)

Figura 2.1 Diagnostico Diferenciado

Variable	Ansiedad por separación	Trastorno de ansiedad por separación
Edad de aparición	Entre los 6 meses y 5-6 años	Entre los 3 y 18 años (no es absoluto) Preferentemente después de los 6 años
Desarrollo evolutivo	Ansiedad acorde al nivel de desarrollo mental Ansiedad que permite al niño desarrollarse Tiene carácter adaptativo	Ansiedad desproporcionada al nivel de desarrollo mental Ansiedad que retrasa el desarrollo emocional del niño Es desadaptativa
Intensidad de la ansiedad	La expresión de la ansiedad a la separación de la figura de apego es de intensidad similar a la ansiedad que ocurre en otras situaciones La ansiedad anticipatoria es de baja intensidad y mejor regulada	La expresión de la ansiedad a la separación de la figura vinculada es de gran intensidad y mayor a la ansiedad expresada situaciones habituales Intensa ansiedad anticipatoria y preocupaciones excesivas al alejamiento de la figura de apego
Pensamiento	Las ideas de daño o muerte en relación a las figuras de apego son menos intensas y más tolerables	Las ideas de daño o muerte a las figuras de apego son relevantes, perturbadoras y con respuestas catastróficas
Temperamento	El egocentrismo y las relaciones empáticas son mejor moduladas Autoestima bien regulada	Egocentrismo marcado, requiriendo constantemente la atención de los padres Tendencia a la baja autoestima
Estilos de apego observado	Estilo de apego seguro Vinculación sincrónica y armónica	Estilo de apego inseguro Vinculación asincrónica y disarmónica
Reacción de la díada a la separación	En la observación clínica, la díada madre-hijo se aprecia frecuentemente armónica y tranquila frente a la separación	En la observación clínica la díada madre-hijo en su conjunto se aprecia tensionada y sobrereactiva a situaciones de separación.
Padres y familia	Familias por lo general funcionales Padres contenedores Frecuentemente ausencia de psicopatología ansiosa en la familia	Familias con tendencia a ser aglutinadas Padres generalmente sobreprotectores o inseguros Probable psicopatología ansiosa en otros miembros familiares
Eventos vitales	Eventos de vida negativos infrecuentes	Presencia de eventos de vida negativos (experiencias o riesgos de separaciones traumáticas tempranas)
Efectos psicosociales	La ansiedad no interfiere en el funcionamiento del niño aunque lo puede tensionar o inquietar Sin deterioro en áreas importantes (colegio, relaciones sociales)	La ansiedad interfiere en el funcionamiento del niño y causa deterioro en al menos un área importante de su vida (colegio, relaciones sociales)
Escolaridad	El rechazo escolar está ausente, y si lo hay es transitorio	Rechazo escolar evidente y muchas veces infranqueable
Comorbilidad	Rara asociación a trastornos psiquiátricos	Con frecuencia se asocia comorbilidad psiquiátrica (otros trastornos de ansiedad y/o depresión)
Pronóstico	Tendencia a la regresión y remisión espontánea La resolución ayuda a la autonomía emocional y a las relaciones interpersonales seguras	El trastorno se inicia en la infancia y puede prolongarse hacia la adultez, pudiendo asociarse posteriormente a psicopatología de tipo ansioso o de ánimo depresivo

Fuente: Pacheco 2009

2.2.2.6 Tratamiento

Tratamiento Es conveniente al tratar a un niño con TAS integrar intervenciones psicosociales y farmacológicas. La psicoterapia cognitivo conductual y la farmacoterapia han demostrado ser los tratamientos más efectivos en el tratamiento de la ansiedad excesiva del TAS26-28. Cuando el TAS es leve, se debe iniciar el tratamiento con psicoterapia y añadir fármacos en caso necesario. Si el cuadro clínico

es más severo, conviene iniciar terapia conjunta. a. Psicoterapia Estudios controlados han documentado la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) en el tratamiento del TAS y otros trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia29. La TCC puede ser individual, grupal y con modalidad que involucre a los padres o cuidadores afectivos del niño. Las principales intervenciones terapéuticas conductuales son: educación afectiva, uso de técnicas cognitivas, intervenciones con exposición gradual con refuerzos positivos y técnica de relajación. La educación afectiva se refiere a que el niño ansioso aprenda a identificar y a comprender mejor los signos fisiológicos, conductuales y cognitivos que forman parte de la ansiedad como emoción.

Este modelo tripartito de la emoción le enseña al niño a distinguir entre sentimientos excesivos y poco realistas de sentimientos armónicos y funcionales. En el proceso terapéutico el niño aprende una automonitoreo de sus sensaciones, pensamientos y respuestas conductuales, de modo de aprender estrategias de enfrentamiento a la angustia que le sean más funcionales y adaptativas. La exposición gradual consiste en que el niño paulatinamente y de manera protegida enfrenta situaciones temidas por él. Este proceso considera la habituación, principio formativo que postula la declinación natural de la ansiedad asociada a situaciones temidas, si el niño las enfrenta frecuentemente por períodos prolongados de tiempo. Para un mejor resultado debe contarse con la cooperación de una persona que contenga y tranquilice al niño durante la exposición a lo temido. El refuerzo positivo o premio, se debe utilizar para alentar el esfuerzo del niño al cambio conductual y complementa las otras técnicas del TCC10. La participación de los padres en la terapia de los trastornos de ansiedad, mejora la reducción de los síntomas ansiosos al compararlas con terapias conductuales en que los padres no participan activamente30. b. Farmacoterapia La farmacoterapia debería ser considerada en el tratamiento de los trastornos de ansiedad si la sintomatología es severa o invalida notoriamente el funcionamiento del niño, o en el caso de que de 6-8 semanas de psicoterapia (considerando la intervención con los padres), no logró reducir los síntomas ansiosos en el niño. Los fármacos de primera elección en el tratamiento del TAS son los inhibidores selectivos de recaptación de serotoninas (ISRS)31. Los ISRS

han demostrado su efectividad en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y los trastornos del ánimo por su efecto ansiolítico y antidepresivo. Estudios controlados demuestran la eficacia y la seguridad de los ISRS en niños y adolescentes con trastornos de ansiedad31,32. Dentro de los ISRS se ha comprobado la eficacia de la fluoxetina en el tratamiento con niños, algunos pacientes que no han respondido a intervenciones terapéuticas han presentado mejoría sintomática al uso de este fármaco33,34. (PACHECO B. , 2009)

Los efectos colaterales de la fluoxetina son sido leves y breves35. La sertralina y fluvoxamina, también fármacos ISRS, han demostrado ser más eficaces que placebo en la disminución de síntomas ansiosos. Esta reducción sintomática se ha asociado a mejoría clínica global32,36. Una segunda línea de farmacoterapia pueden ser los benzodiacepinas, tales como el alprazolam y el clonazepam. No hay suficientes datos empíricos que demuestren la eficacia del uso de benzodiacepinas en el tratamiento de los trastornos ansiosos en niños y adolescentes. Ensayos clínicos controlados no se ha observado diferencia significativa entre uso de benzodiacepinas versus placebo en pacientes con trastornos ansiosos31,37,38. Estos medicamentos con efecto ansiolítico más inmediato, podrían ser utilizados en conjunto con los ISRS mientras se espera que comience el efecto de estos últimos (1 a 2 semanas). media corta los benzodiacepinas pueden ser utilizadas en la mañana ya que reducen rápidamente la ansiedad, por tanto, ayudan al paciente a tolerar la partida al colegio cuando el rechazo escolar acompaña a la ansiedad por separación. Debido a sus efectos adversos, como su potencial de dependencia, los benzodiacepinas deben ser indicadas por períodos cortos y con estricta supervisión. Actualmente los antidepresivos tricíclicos como la imipramina, son de escasa utilización debido a sus efectos adversos y su eficacia no demostrada en comparación a placebo.

La duración del tratamiento farmacológico para el TAS no está bien establecida, pero debería ser lo suficiente para que la sintomatología del paciente se haya reducido, y el entrenamiento en psicoterapia ya le permita ser capaz de modular su ansiedad sin la

necesidad del uso de fármacos. Al suspender la medicación debe monitorearse una eventual recurrencia de la ansiedad excesiva. (PACHECO B. , 2009)

2.3 La Agresividad

2.3.1 Concepto de Agresividad Infantil

Generalmente hablamos de agresividad para referirnos al hecho de provocar daño a una persona u objeto, ya sea animado o inanimado. Así con el término conductas agresivas nos referimos a las conductas intencionales que pueden causar ya sea daño físico o psicológico. Conductas como pegar a otros, burlarse de ellos, ofenderlos, tener rabietas o utilizar palabras inadecuadas para llamar a los demás (Buss, 1961)

De acuerdo con Buss (1961), podemos clasificar el comportamiento agresivo atendiendo a tres variables: • Según la modalidad, puede tratarse de agresión física (por ejemplo, un ataque a un organismo mediante armas o elementos corporales) o verbal (amenazar o rechazar).

• Según la relación interpersonal, la agresión puede ser directa (en forma de amenaza, ataque o rechazo) o indirecta (puede ser verbal como divulgar un cotilleo, o física, como destruir la propiedad de alguien).

• Según el grado de actividad implicada, la agresión puede ser activa (incluye todas las conductas hasta aquí mencionadas) o pasiva (como impedir que el otro pueda alcanzar su objetivo, o como negativismo). La agresión pasiva normalmente suele ser directa, pero a veces puede manifestarse indirectamente. En el caso de los niños, suele presentarse la agresividad en forma directa, como un acto violento contra una persona. Este acto violento puede ser físico, como patadas, pellizcos; o verbal como insultos o palabrotas. Incluso se da el caso de algunos niños que, en vez de manifestar su agresividad directa o indirectamente, lo hacen de forma contenida (Vallés Arándiga, A; Vallés Tortosa, C., 1999)(Vallés, 1988).

La agresión contenida consiste en gesticulaciones, gritos, resoplidos, etc. Los arrebatos de agresividad son un rasgo normal en la infancia, pero algunos niños se convierten en un problema por la persistencia de su agresividad y su incapacidad para dominar su mal genio. Estos niños agresivos, en muchos casos, son niños frustrados, que acaban dañándose a sí mismos, pues aún se frustran más cuando los demás niños les rechazan. La conducta agresiva es mucho más frecuente en los primeros años y posteriormente declina su frecuencia.

Son numerosas las investigaciones (Maccoby, E., and Jaclyn, C, 1974) en las que se ha demostrado que los chicos son más agresivos que las chicas, incluso en los dos primeros años de vida.

Mientras que es más probable que las niñas muestren su agresividad verbalmente, los niños expresan su agresión especialmente hacia otros niños, físicamente.

2.3.2 Tipos de agresividad infantil

La agresividad infantil puede ser concebida desde distintos tipos los cuales según Petterson 1981 se puede desglosar en:

- Física: empujones, patadas, puñetazos, agresiones con objetos, etc. Este tipo de maltrato se da con más asiduidad en primaria que en secundaria.
- Verbal: insultos, motes, menosprecios en público, resaltar defectos físicos, etc. Es el modo de acoso más habitual en las escuelas.
- Psicológica: acciones orientadas a consumir la autoestima de la víctima y atizar su sensación de inseguridad y aprensión. El factor psicológico está en todos los tipos de maltrato.
- Social: pretende aislar al individuo del resto de compañeros del grupo. Contrariamente al mito de que la violencia escolar es básicamente física, el estudio de la realidad muestra que el acoso escolar entre adolescentes es más social y psicológico que físico.

Es evidente que las lesiones físicas causan daños importantes a las víctimas. Sin embargo, las formas de exclusión social, acoso psicológico y humillación verbal son el tipo de maltrato más frecuente y más causante de estrés postraumático en las víctimas.

2.3.2.1 Factores que favorecen el desarrollo de la agresividad en la infancia

-Factores biológicos: algunos estudios, sugieren la existencia de predisposiciones biológicas hacia las conductas desadaptadas, como si la agresividad tuviera lugar con una mínima influencia del ambiente, tomando diversas formas, desde el robo a la violencia.

Factores ambientales: determinados en primer lugar por la influencia de la familia, ya que, en la edad infantil, el ambiente familiar incide en la conducta del sujeto de manera predominante. La mayoría de los estudios realizados en este sentido intentan precisar las características de las relaciones familiares y el alcance de su implicación en las conductas agresivas de los niños. (Patterson, 1981)

Recientes estudios de Patterson, Capaldi y Bank (1991) afirman que las conductas antisociales que se generan en los miembros de una familia sirven de modelo y entrenamiento para las conductas antisociales que los jóvenes exhiben en otros ambientes, como por ejemplo la escuela, debido a un proceso de generalización de conductas antisociales.

Este proceso comienza con la imitación de modelos represivos de la familia para después pasar a ser la tónica en las relaciones interpersonales con independencia del lugar y los sujetos que interactúen.

En el ámbito escolar, el proceso sigue tres estadios: el niño muestra conductas claramente antisociales, como peleas, pequeños hurtos, desobediencia; como consecuencia de ello es excluido del grupo de iguales y finalmente el niño fracasa en la escuela. (Flores, 2009)

Estas conductas antisociales conllevan un deterioro progresivo en dos aspectos: por un lado, en los problemas de relación entre iguales y a la vez, en el déficit escolar. Otros

autores como Cerezo y Esteban (1992), tras un estudio realizado a estudiantes de edades comprendidas entre los 12 Y 15 años, quedó de manifiesto que los alumnos que eran considerados agresivos y agresores por la mayoría de los compañeros de clase procedían de un ambiente conflictivo. Contrariamente, los alumnos que con frecuencia sufrían los ataques de los agresores, aquellos que llamamos "víctimas", encontraban su ambiente familiar en un nivel de sobreprotección superior al del resto del grupo. (Flores, 2009)

Cada individuo parece desarrollar un nivel específico de agresividad desde muy pronto, lo que permanece relativamente estable a través del tiempo y las situaciones.

Otro elemento ambiental que favorece el desarrollo de la agresividad es la influencia que a largo plazo ejerce la exposición repetida a la violencia en los medios de comunicación como demuestran los estudios de Wood, Wong y Chachere (1991) que demostraron que, en un 70 por 100 de los experimentos realizados, presenciar películas aumentaba significativamente el nivel de agresión de los individuos. -Factores cognitivos y sociales: las investigaciones recientes en este campo sostienen que los sujetos agresivos no tienen en su repertorio respuestas a situaciones adversas que no sean agresivas, y sugieren que la conducta agresiva, como forma de interactuar con el medio, es el resultado de una inadaptación debida a problemas en la codificación de la información que dificulta la elaboración de respuestas alternativas. (Wood W, 1991)

Se puede decir que el niño agresivo se muestra menos reflexivo y considerado hacia los sentimientos, pensamientos e intenciones de los otros; que los niños bien adaptados (Cerezo, 1991). Incluso los jóvenes agresivos parecen tener dificultad para pensar y actuar ante los problemas interpersonales (Dodge, Petit Mc Claskey y Brown, 1986). Estos déficits socio-cognitivos inciden de manera decisiva y pueden mantener e incluso aumentar las conductas agresivas. Se establece así un círculo que comienza con la siguiente premisa: la conducta agresiva es el resultado del rechazo que sufre un individuo por su grupo social, que lo lleva al aislamiento. Ese aislamiento y rechazo excluyen al niño de las experiencias básicas de interacción social necesarias para el desarrollo de la competencia social (Rubin, Le Mare y Hollis, 1991) con lo cual el

problema relacional cada vez será mayor. -Factores de personalidad: los niños agresores muestran una tendencia significativa hacia el psicoticismo, lo que se traduce en una despreocupación por los demás, el gusto por burlarse de los demás y (Patricia, 2010),

Ponerles en ridículo; lo que supone una dificultad para poder compaginar con los otros, e incluso crueldad e insensibilidad ante los problemas de los demás. Otra característica destacada es su alta extraversión, lo que indica un temperamento expansivo e impulsivo que se traduce en el gusto por los contactos sociales y no por estar solo; inclinación por el cambio, por el movimiento y hacer cosas. Pero también tiende a ser agresivo como forma habitual de interacción social, se enfada con facilidad y sus sentimientos son muy variables. A esto hay que añadir que acusa cierta inclinación por el riesgo y las situaciones de peligro. (Flores, 2009)

2.3.3 Consecuencias de la agresividad infantil

El comportamiento agresivo puede deberse a problemas en el colegio, algún trastorno neurológico o como consecuencia de una relación conflictiva con sus padres. Sea como fuere tiene consecuencias negativas sobre el mismo niño y también para todos los que le rodean, tanto en el entorno familiar como en el escolar.

- Cuando este comportamiento se repite en el tiempo, el niño puede ser rechazado y evitado por los demás niños. Esto poco a poco irá minando la confianza en sí mismo, se convertirá́ en un niño solitario, desconfiado y sin herramientas con las que acercarse al resto y establecer verdaderas relaciones.
- Si no ayudamos a evitar esta conducta, el niño estará́ aprendiendo una forma inadecuada de actuar, que cuando sea un poco más mayor le traerá́ problemas y efectos negativos.
- Asimismo, el niño agresivo también puede ser el objetivo de otra agresión, como resultado de su conducta.
- El niño que no es capaz de adaptarse a su entorno por su actitud agresiva cuando son más mayores suelen llevar asociados también problemas de fracaso escolar.

Si esto no se corrige en la infancia, derivará en adolescentes y adultos con conductas anti sociales, baja autoestima y poca capacidad resolutiva.

2.3.3.1. Efectos de la Agresividad sobre el organismo

Personas que sufren frustraciones y cuya hostilidad se ve impedida por obstáculos internos y externos sufren como consecuencia alteraciones fisiológicas en distintos órganos y sistemas. Algunos hipertensos son sujetos que durante años alientan rencores y pensamientos agresivos sin manifestarlos. En algunas formas de artritis, otro sector de la pauta fisiológica de la hostilidad, el aumento del todo en el sistema muscular es activado en forma persistente y más allá de sus límites fisiológicos. Jaqueca hemicránea: debido a una supresión de hostilidad. Se ha postulado que las emociones que no son aliviadas o exteriorizadas hacen uso de los mecanismos vasomotores (generalmente inestables). (CORTEZ ORANTES, 2013)

Alexitimia: incapacidad para experimentar emociones. En todos los casos la agresividad suele ser inconsciente y se expresa por manifestaciones externas. La agresividad y la angustia están relacionadas. En efecto el miedo y la angustia pueden desencadenar agresividad en el hombre. Un hecho que se ha observado antes de situaciones de frustración el hombre puede reaccionar agresivamente. La agresividad como rasgo de personalidad: la agresividad de algunas personas está engranada en su carácter. Las personas no son capaces de experimentar emociones de enojo o agresividad, no las pueden exteriorizar ni siquiera en privado, son personas suaves que les gusta ayudar a otros y son normalmente vistos como bondadosos y esto es una forma de compensar los impulsos agresivos. Hay gente bondadosa que suprime sus sentimientos de agresividad para evitar la pérdida de humor. Hay dos modos principales como la agresividad se organiza en el carecer de los seres humanos: autoafirmación: se muestra como valentía, espíritu de aventura y creación y agresividad en el sentido de necesidad de acción: es un modo de ser productivo que no implica negar a los demás.

Encuentran satisfactorio ayudar a la gente y respetarla, nunca destruye por destruir. Ésta es una forma perversa de autoafirmación. Tiene una necesidad irracional de destruir.

2.3.3.2 Trastornos mentales asociados a la agresividad

2.3.3.2.1. Psicopatía, personalidad desinhibida y agresión

El término "psicopatía de la desinhibición" procede de Gorestein y Newman y pretende integrar en un solo concepto amplias conductas humanas, que tienen en común síndromes de desinhibición o falta de control, como la psicopatía, la historia, la hiperactividad infantil, el comportamiento impulsivo, antisocial y alcoholismo. El término desinhibición se utilizó dándole una connotación de destrucción de procesos inhibitorios que regulaban la tendencia a responder. Sin embargo, Gorenstein y Newman utilizan el término más que nada desde un punto de vista descriptivo, para referirse a la desinhibición humana; "se refiere a la conducta humana que ha sido interpretada como haciendo de disminución de controles en tendencias de respuestas". Entre los trastornos caracterizados por la desinhibición, se encuentra la impulsividad, psicopatía, personalidad antisocial en la adolescencia, la hiperactividad en la infancia y el alcoholismo. (CORTEZ ORANTES, 2013)

Estos síndromes se caracterizan por presentar patrones de conducta que tienden a la obtención de gratificación inmediata a expensas de mayor ganancia a largo plazo. Cabe decir que el síndrome o trastorno más representativo de la conducta desinhibida es la psicopatía. El control de la agresividad depende del proceso de socialización y estos de los procesos de condicionamiento. Se postula que los introvertidos tendrían un mayor control de la agresión que los extrovertidos, porque el control de la agresividad depende del proceso de socialización y éste, de los procesos de condicionamiento y, por lo tanto, los introvertidos condicionarían más alto que los extrovertidos. De Flores, encontró que los extravertidos, al ser altos buscadores de sensaciones y al ser las conductas agresivas un alto productor de estimulación, muestran más conductas agresivas. Estos resultados indican que la agresividad podría estar relacionada con diferencias de personalidad, como lo son los rasgos de extroversión/introversión y el de psicoticismo.

2.3.3.2.2. Conducta antisocial

La conducta antisocial se ha usado para definir a una persona cuyo comportamiento no se ha ajustado a la normativa social o moral. Desde el punto de vista psiquiátrico, Schneider empieza a utilizar el término "personalidad psicopática" como una entidad 38 gnoseológica e integradora. Al hablar en términos generales de la "conducta antisocial", nos referimos a un concepto muy extenso que se da desde los rasgos de personalidad psicopáticos hasta los criterios de trastorno de personalidad antisocial del DSM-III (no presente en el DSM-IV).

Estos definen conductas delictivas y a un cierto tipo de delincuente de bajo extracto social. Con respecto al concepto de psicopatía, Hare y Cox diferencian entre psicópatas primarios, secundarios y disóciales. El psicópata primario es un individuo que presenta un encanto superficial, es inteligente e informal, no presenta delirios ni pensamiento irracional ni tiene síntomas de manifestaciones psiconeurótica.

Por otra parte, es insincero e incapaz de presentar culpa o remordimiento, es egocéntrico en extremo e incapaz de amar, presenta falta de juicio práctico o incapacidad de aprender de la experiencia y tienen dificultad para seguir un plan de vida estable. Los psicópatas secundarios serían individuos capaces de mostrar culpa y remordimiento y de establecer relaciones afectivas y su conducta estaría motivado por problemas de índole neurótica. Los disóciales serían individuos que presentan conductas antisociales y que pertenecen a un mundo marginal y tienen una cultura propia. Tendrían una personalidad "normal" y serían capaces de funcionar adecuadamente dentro de su grupo, tendiendo lealtad y sentimiento de culpa y de afecto. Según Blackburn, el psicópata primario sería una persona altamente impulsiva, en contraposición al psicópata secundario, que se caracterizaría por una baja sociabilidad. (CORTEZ ORANTES, 2013)

Según otros autores, los psicópatas secundarios mostrarían un déficit afectivo-motivacional parecido al de los esquizofrénicos, caracterizado por la predominancia de conducta retraída. Con respecto a la relación entre personalidad y delincuencia, Eysenck publica en el año 1964 un libro llamado "crimen y personalidad", en el cual propone que

existe una relación entre la conducta delictiva y las dimensiones básicas de la personalidad propuestas por él, las cuales tendrían una base biológica. La teoría de Eysenck formula que la conducta antisocial sería el producto de la influencia de variables ambientales sobre individuos con determinadas predisposiciones genéticas y el aprendizaje por condicionamiento clásico.

Eysenck propone el concepto de "consciencia moral", basado en la estimulación aversiva y el condicionamiento clásico, las cuales se adquirirían por un proceso de aprendizaje en la infancia. El niño nace sin socializar y no respeta el derecho de los demás. Los educadores castigan ante la presencia de conductas anti normativas; entonces, éstas apareadas con estímulos aversivos, se condicionará negativamente. El sujeto, al esperar el castigo, sufriría de ansiedad, lo cual evitaría la aparición de la conducta antisocial. La dimensión de neuroticismo también estaría relacionada con la conducta antisocial. Según Eysenck, la neuroticidad y la ansiedad actúan como impulsos poderosos, multiplicando los hábitos antisociales. También propone la variable del psicoticismo, el cual sería el mecanismo causal de la psicopatía primaria. 2.*3.3.3.3. Trastorno de la personalidad antisocial*

(DSM-IV) El DSM-IV considera doce criterios, de los cuales hay que cumplir con un número de tres antes de los 15 años; nueve para después de los 18, de los cuales hay que cumplir un mínimo de 4. El estudio de estos contenidos no apunto tanto a rasgos de la personalidad, sino que hacen referencia a un listado de conductas de tipo delictivo y penal. Los criterios que se aplican a los individuos menores de quince años hacen referencia a la vagancia, expulsiones en la escuela, fuga del hogar, mentira persistente, relaciones sexuales repetidas y circunstanciales, ingestión de alcohol y abuso de sustancias, robos, vandalismo, rendimiento escolar mediocre, violación de normas y peleas. Los criterios para los 18 años son incapacidad para mantener una conducta laboral apropiada, irresponsabilidad como padre, incapacidad para aceptar normas sociales, incapacidad para mantener una relación de pareja estable, irritabilidad y agresividad, evaluadas mediante peleas físicas repetidas, incapacidad para planificar, mentira patológica e imprudencia. Cabe decir que este trastorno es encasillado en el eje

II en la multiaxilidad del DSM-IV, lo que indicaría una larga evolución, enraizada en los factores básicos de la personalidad del individuo y resistentes a la intervención psicoterapéutica y farmacológica. (CORTEZ ORANTES, 2013)

2.3.3.2.3 Esquizofrenia y agresión *S*

egún Kaplan y Sadock (1987), en el trastorno esquizofrénico la agresión se da principalmente en uno de sus síndromes clínicos, que es la esquizofrenia catatónica con excitación. La catatonia excitada es un estado de agitación psicomotora extrema en la cual el individuo habla y grita continuamente. Sus producciones verbales son muchas veces incoherentes y su conducta parece hallarse influenciada más por estímulos internos que por el ambiente que lo rodea. Este estado incluye violencia y agresión destructiva para los demás, por lo que esta excitación puede incluso causar la tendencia a lesionarse ellos mismos. La conducta agresiva puede presentarse en el esquizofrénico a través de dos conductas específicas, que son el suicidio y el homicidio, las cuales se encuentran en un porcentaje mayor en estos enfermos que en el resto de la población. El análisis de estos suicidios y homicidios impredecibles lleva a la conclusión de que el factor singular más significativo de muchos de ellos es la experiencia traumática de rechazo. La sensibilidad patológica del esquizofrénico le hace extraordinariamente vulnerable a todas las tensiones de la vida común. Para el esquizofrénico el rechazo, particularmente de los miembros de su propia familia, parece ser aún más traumático que la mayor parte de las otras preocupaciones.

2.3.3.2.4. Trastorno de la conducta infrasocializada tipo agresivo

Según Kaplan y Sadock (1987), los trastornos de la conducta de la lactancia, niñez y adolescencia se caracterizan por la existencia de pautas repetitivas y persistentes de conducta antisocial, que violan los derechos de los demás y que van más allá de las travesuras de los niños y adolescentes. Dentro de estos trastornos específicos de la niñez y la adolescencia se encuentra el trastorno de la conducta infrasocializada tipo agresivo. Los rasgos esenciales de este trastorno son un fracaso en establecer un grado afectivo normal, empatía o vínculos con los demás; una pauta de conducta antisocial agresiva, y problemas de conducta en la escuela. El fracaso en el desarrollo de vínculos sociales se

manifiesta por la falta de relaciones sostenidas por amigos, aunque el niño pueda mantener amistad con un compañero mucho mayor o menor que él, o tener relaciones superficiales con otros jóvenes antisociales. El niño presenta una falta de interés por los sentimientos, deseos y por el bienestar de los demás, manifestados por una conducta insensible. Se encuentran ausentes los sentimientos de culpa o remordimientos.

La conducta antisocial agresiva en el niño puede tomar la forma de intimidación, agresión física y comportamiento cruel con los compañeros. Hacia los adultos el niño puede verse hostil, verbalmente abusivo, impúdico, desafiante y negativista.

Este niño suele ser un niño que ha experimentado un grave rechazo paterno, a menudo alternado con una sobreprotección irreal, sobre todo contra las consecuencias de su conducta indeseable. Estos niños no sólo han tenido una frustración continuada, por sobre todo de sus necesidades de dependencia, sino que no han tenido una pauta de disciplina consistente. Su conducta general es inaceptable en casi cualquier contexto social y suele ser considerado como un mal niño. Generalmente, la situación familiar de este niño revela una grave discordia matrimonial y una pauta estereotipada de hostilidad verbal y física impredecible. La conducta agresiva del niño rara vez parece dirigida hacia un objetivo definible, y le proporciona escaso placer, éxito o ventaja sobre sus compañeros o figuras de autoridad.

2.3.3.2.5. Trastorno explosivo-intermitente

Los trastornos del control de los impulsos se caracterizan de la siguiente forma:

♣ Fracaso en resistir un impulso, una tendencia a llevar a cabo algún acto que es peligroso para el individuo o para los demás. Puede existir o no existir resistencia consciente al impulso, el acto puede o no ser predeterminado o planeado.

♣ Situación creciente de tensión antes de cometer el acto.

♣ Experiencia de placer, gratificación o alivio en el momento de llevar a cabo el hecho. Inmediatamente después el acto, puede existir auto-lamentación, auto-reproche o sentimientos de culpa auténticos.

Uno de los trastornos de control de los impulsos es el trastorno impulsivo intermitente. Esta categoría diagnóstica distingue a los individuos que tienen episodios recurrentes de pérdida significativa de control de los impulsos agresivos. Durante estos episodios la conducta da lugar a ataques graves o destrucción de la propiedad y es desproporcional a los estresores psicosociales que la desencadenan.

Los signos de impulsividad se encuentran ausentes entre cada ataque. Se cree que un entorno desfavorable en la niñez es el principal determinante en la aparición de este trastorno. Los factores predisponentes en la niñez son los traumatismos peri-natales, las crisis epilépticas infantiles, los traumatismos craneales, la encefalitis y la hiperactividad. Un ambiente en la infancia en el que exista alcoholismo, golpes, amenazas a la vida o promiscuidad es un factor común a este trastorno. Los factores constitucionales, las primeras experiencias del desarrollo y los estresores normales constituyen a la eficacia del aparato de control o a la intensidad del impulso. Un factor en la génesis del trastorno sería una anormal identificación con las figuras paternas o la naturaleza simbólica del objeto de la violencia. Se ha constatado que una frustración o presión y hostilidad precoces son factores de vulnerabilidad. Las situaciones que recuerdan inicialmente estas iníciales deprivaciones, así como las personas que directa o indirectamente suscitan la imagen del padre frustrante se convierten en el blanco de la agresividad destructiva. (CORTEZ ORANTES, 2013)

2.3.3.3 Cómo ayudar a niños con comportamiento agresivo

Un niño por sí mismo no es capaz de valorar las consecuencias de su manera de actuar. Son los padres, profesores o tutores a los que les corresponde el papel para ayudar a cambiar la actitud agresiva por otra más positiva y asertiva. (Ana Figueroa, Cesar Soutullo, Yoshiro Ono, 2012)

Es muy común que estos comportamientos violentos se puedan cambiar presentando otro modelo de comportamiento y actuación ante la situación en la que reaccionan de modo agresivo.

Hay que poner mucha atención con el tipo de disciplina que se le aplica al niño, ya que esto será una de los factores más importantes responsable de si su conducta será agresiva o no. Por ejemplo, un padre que siempre está desaprobando y castigando con agresión tanto física como psíquica constante a su hijo, estará fomentando la agresividad. (Angs, J., Ajdacic, V., Eich, D. y Rössler, W, 2007)

2.3.3.4 Tratamiento Para La Agresividad

Según el Dr. Rideau aconseja desviar la agresividad hacia objetos convenientes en lugar de reprimirla, "la práctica de los deportes y más particularmente de los deportes de combate judo y boxeo; ciertas actividades como pintura, modelado, puede también aportar una salida conveniente a la agresividad.

Cuando se enseñe al niño eliminar los aspectos socialmente intolerables de su agresividad, se le debe enseñar a "conservar el máximo de espontaneidad y de espíritu emprendedor".

Ya que muchas veces se exige los niños comportamientos socialmente aceptables y no se tienen en cuenta aspectos de su personalidad los cuales se pueden ver afectados si no se detectan a tiempo. Se puede seguir estos consejos planeando actividades de modelado con plastilina o greda, actividades artísticas con diferentes clases de pintura para que los niños tengan la posibilidad de expresar y reflejar mediante es tos todo lo que tenga reprimido y a la vez crear un ambiente donde todos puedan exponer sus trabajos resaltando la creatividad e imaginación de cada uno.

También se podría contratar una persona experta en Artes Marciales o actividades deportivas para que los instruya en esto y conforme equipos para luego realizar torneos "intercasas de adopción" brindándoles la oportunidad de conocer otras personas, el desarrollo de su motricidad y ocupación del tiempo libre, así como entrenamiento en habilidades sociales y técnicas de relajación.

Con relación a la influencia del aprendizaje se afirma que "la agresión se puede aumentar o reducir gracias a una educación dirigida y que, como muchas otras pautas de conducta, se puede modificar en gran medida por medio de la experiencia".

Otra forma para reducir la agresión es mediante la educación en hábitos relacionados con la comunicación y la convivencia, ya que los niños no son seres sociales por nacimiento, pero en un momento determinado busca la relación social e integración a un grupo y en la medida que lo logra aprende a convivir a ver cómo se desarrollan y enriquecen sus posibilidades.

2.4. Centro de Apoyo Integral CISMA

2.4.1 Misión

El Centro CISMA busca el apoyo pedagógico para niños siendo un apoyo para la comunidad en el desarrollo de niños con valores éticos y morales en favor de la comunidad.

2.4.2 Visión

El centro CISMA busca ser un espacio de integración y de soporte para familia de bajos recursos que recurran un apoyo pedagógico oportuno y sustentable que permita la interacción de los niños en un ambiente que desarrolla y promueve

2.4.3 Objetivo general

El centro CISMA tiene como principal objetivo el apoyo en el desarrollo de niños con capacidades humanísticas con alto valores éticos morales embarcados en el fortalecimiento y conocimiento de Cristo.

2.5 Unidad Educativa Abraham Lincoln

La unidad educativa Abraham LINCOLN se encuentra en la zona de vino tinto la cual es parte del sistema educativo público actualmente con una población de 200 alumnos los cuales están repartidos desde el nivel inicial al secundario.

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

3.1.1 Tipo de investigación:

La presente investigación de es de tipo transversal correlacional la misma busca la relación de la ansiedad infantil por separación de niños hacia sus padres y la aparición de conductas agresivas en estudiantes de 4 a 7 años en el centro Centro Integral Santa María y la Unidad Educativa Abraham Lincoln de la ciudad de La Paz

Los estudios de tipo correlacional buscan determinar la relación existente entre sus variables las cuales pueden ser positivas o negativas. (Salinero, 2010)

3.1.2 Diseño de investigación

El mismo se enmarca en un estudio no experimental de tipo transversal el mismo que evaluara a las poblaciones sin generar variables de control o tratamiento sobre la población estudiada.

Los diseños no experimentales, principales instrumentos de trabajo dentro del ámbito aplicado, son esquemas de investigación no aleatorios. Dado la no aleatorización, no es posible establecer de forma exacta la equivalencia inicial de los grupos, como ocurre en los diseños experimentales. (COOK, CAMPBELL, 1986)

3.2. Variables

V 1: Ansiedad por separación

La ansiedad es una manifestación esencialmente afectiva. Se trata de una vivencia, de un estado subjetivo o de una experiencia interior, que podemos calificar de emoción.

El trastorno de ansiedad por separación (SAD) se define como la preocupación y temor excesivos de estar separado de padres o individuos con los que el niño está más ligado. (salud, 2009)

V 2 Conducta agresiva

La conducta agresiva es un estado emocional que consiste en sentimientos de odio y deseos de dañar a otra persona, animal u objeto. La agresión es cualquier forma de conducta que pretende herir física y o psicológicamente a alguien. La Agresividad es un factor del comportamiento normal puesto en acción ante determinados estados para responder a necesidades vitales, que protegen la supervivencia de la persona y de la especie, sin que sea necesaria la destrucción del adversario. (KAPLAN, 1996)

3.2.1 Definición operacional

VARIABLE	DIMENSIÓNES	INDICADOR	MEDIDOR	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Ansiedad Por Separación	Miedo	• Agotamiento • Malestar interno • Inseguridad • ncertidumbre	• Nunca • A Veces Muchas Veces • Siempre	• Escala de frecuencias	Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS)
Conductas agresivas	Hostilidad Latente	Ira desproporcionada	• Nunca lo hago • Algunas veces • Casi siempre • Siempre • Es normal en todos	Observación directa	Escala de afrontamiento del estrés académico
		Agresión fisica	Idem	Idem	Idem
		Agresión verbal	I Dem	Idem	Idem

3.3. POBLACION Y SUJETOS

3.3.1. POBLACIÓN Y MUESTRA

El centro integral Santa María (C.I.S.M.A) cuenta con un total 230 sujetos. Y la unidad educativa Abraham Lincoln cuenta con 200 estudiantes

3.3.1.1 Muestra

La muestra de tipo no probabilística intencionada se delimita al centro CISMA y la unidad educativa Abraham Lincoln bajo los siguientes criterios de selección:

3.3.1.1.1 Criterios de selección

- Edades comprendidas entre 4 a 7 años
- Que sean alumnos regulares
- Que muestren indicadores de agresión
- Que tengan predisposición a la investigación

Bajo estos criterios la muestra corresponde a un total de 40 sujetos de investigación.

Son bajo estos criterios corresponden a un total de 40 sujetos de investigación

3.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION

Los instrumentos y estrategia de investigación a realizarse son las siguientes:

3.4.1 Instrumento

3.4.1.1 Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS)

TIPO DE INSTRUMENTO: Escala

- FORMATO: Ficha de observación directa
- ADMINISTRACION: Administrado y auto administrado
- TIEMPO DE ADMINISTRACION: 45 Minutos
- ITEMS: 38
- PUNTAJE: Likert: nunca (0), a veces (1), muchas veces (2) y siempre (3)
- PUNTAJE MAXIMO: 104
- PUNTAJE MINIMO: **0**

- **VALIDEZ: COEFICIENTE DE PEARSON R=0.97**
- **CONFIABILIDAD: ALFA DE CRONBACH=0.90**

Escala de Ansiedad para Niños de Spence (Spence Children's Anxiety Scale, SCAS) (Spence, 1997). Está compuesta por 38 ítems referidos a síntomas de ansiedad con cuatro opciones tipo Likert: nunca (0), a veces (1), muchas veces (2) y siempre (3). Incluye, además, 6 ítems positivos de relleno para contrarrestar el sesgo negativo de los anteriores, y cuya calificación no se califica, ni se toma en cuenta en los análisis. Se califica mediante la suma de los puntos obtenidos para cada ítem.

Debido a que proporciona información sobre los síntomas descritos para los trastornos de ansiedad, la SCAS es útil también en la clínica. La SCAS, al centrarse en los síntomas específicos de los trastornos descritos por el DSM-IV (APA, 1994) para la ansiedad, Chorpita, Yim, Moffitt, Umemoto y Francis (2000) han concluido que podría llegar a convertirse en el estándar de oro para la identificación de niños con estos problemas. La posibilidad de realizar investigación transcultural sobre ansiedad infantil utilizando la SCAS, es otra ventaja que se ha visto reforzada por estudios que han corroborado sus propiedades psicométricas con poblaciones infantiles holandesas (Muris et al., 2000), alemanas (Essau, Muris, & Ederer, 2002; Essau et al., 2004) japonesas (Essau et al., 2004; Ishikawa, Sato, & Sasagawa, 2009), españolas (Servera et al., 2005) y griegas (Mellon & Moutvelis, 2007). La investigación entre culturas sobre las características de la ansiedad en los niños, permite una mejor comprensión de la naturaleza de la ansiedad y el diseño de programas pertinentes para su tratamiento. La SCAS no sólo es de fácil aplicación, sino que tiene una ejecución satisfactoria en diversos idiomas, de ahí que el presente estudio se haya propuesto investigar su versión en español para México. Mediante análisis factorial confirmatorio, el presente estudio se propuso someter a prueba la estructura factorial del modelo de medida encontrada por Spence de 6 factores correlacionados que cargan en un factor de ansiedad general de orden superior. Pero también explora si la versión mexicana confirma la propuesta teórica de la clasificación diagnóstica de la ansiedad infantil según el DSM-IV-TR (APA, 2002)

Asimismo, pretende indagar su consistencia interna, establecida mediante Alpha de Cronbach (Anastasi & Urbina 1998; Kerlinger & Howard, 2002) que describe el cálculo de la confiabilidad basado en la correlación promedio entre los ítems dentro del instrumento (Nunally, 1994); y su validez convergente, que indica validez de constructo, y demuestra si las intercorrelaciones entre diversos instrumentos que miden constructos similares o iguales son al menos moderadas (Kerlinger & Howard, 2002; Kline, 1998). Método Participantes Participaron en el estudio 554 niños: 278 varones y 276 niñas, entre 8 y 12 años de edad, con una media de 9.54 años (D.E. = 1.34), provenientes de escuelas primarias públicas de educación básica de nivel socioeconómico medio-bajo, ubicadas en zonas geográficas apartadas entre sí de la Ciudad de México. Tomando como unidad de muestreo al grupo escolar de adscripción, los grupos escolares se seleccionaron aleatoriamente. Los padres firmaron una carta de consentimiento en la que se les informaba sobre el estudio.

3.4.1.2 Grupo focal

El mismo se utilizó para recabar la información relacionada al ambiente y percepción de la dinámica que lo rodea.

Los grupos focales es una técnica utilizada en la Mercadotecnia y en la investigación social. Es una técnica de exploración donde se reúne un pequeño número de personas guiadas por un moderador que facilita las discusiones. Esta técnica maneja aspectos Cualitativos. (HERNANDEZ, 2010)

3.4.1.3 Guía de observación directa

Esta permitirá la observación de conductas violentas en la población determinada.

Instrumento que se basa en una lista de indicadores que pueden redactarse ya sea como afirmaciones o bien como preguntas, que orientan el trabajo de observación dentro del aula, señalando los aspectos que son relevantes al observar. Durante un bimestre o en el transcurso del ciclo escolar (GUTIERRES, 2007).

La misma se basa en indicadores utilizados en la tesis titulada **“EL USO DE MINIMEDIO EN LA REDUCCIÓN DE LA AGRESIVIDAD EN NIÑOS DE PADRES PRESOS EN EL PENAL DE SAN PEDRO DE LA CIUDAD DE LA PAZ”,** de (ERGUETA, 2016)

3.4.1.3.1 Diseño Estadístico

Para determinar la validez de la guía de observación directa se realizó las siguiente operaciones estadísticas

$$r = \frac{n\sum x_i y_i - \sum x_i \times \sum y_i}{\sqrt{n\sum x_i^2 - \left(\sum x_i\right)^2}\sqrt{n\sum y_i^2 - (\sum y_i)^2}} = 0.93$$

Así mismo mediante la aplicación de Alpha de Cronbach se describe la confiabilidad donde:

Análisis de consistencia:

Análisis de consistencia

La fórmula utilizada para la confiabilidad es:

$$\alpha = \frac{K}{K-1}\left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2}\right]$$

- α : Alfa de Crombach
- K: número de ítems
- Vi: varianza de cada ítem
- Vt: varianza total

3.5. AMBIENTE O ESCENARIO DE INVESTIGACION

El ambiente de investigación son tres aulas de del centro de apoyo pedagógico CISMA el mismo que está ubicado en la zona final Buenos Aires la unidad educativa fiscal Abraham Lincoln de la ciudad de La Paz

Las aulas tienen una dimensión aproximada de 10 metros en la cual se integra con mesas circulares juntos a sillas con capacidad para 30 niños sentados y con espacios para dejar sus materiales y una pizarra de apoyo.

Cuenta con una sala multipropósito donde se realizan reuniones con los padres actividades lúdicas o publicación de materiales de apoyo.

La unidad educativa Abraham Lincoln cuenta con aulas acorde a la ley Avelino Siñani para una capacidad máxima de 30 estudiante por ambiente, la misma está construida en dos módulos que incluyen cancha central.

3.6. PROCEDIMIENTO

En la investigación la ansiedad infantil por separación y conductas agresivas se desarrolló de las siguientes fases.

- **Fase 1:** Establecer Contacto y coordinar con el director del centro CISMA para la evaluación con los niños.
- **Fase 2:** Proceder con la selección de las unidades de investigación mediante procedimientos estadísticos.
- **Fase 3:** Coordinar con los maestros la toma de las pruebas.
- **Fase 4:** Presentación de la evaluadora ante padres y estudiantes y una breve explicación sobre las pruebas y el fin de la investigación.
- **Fase 5:** Aplicación de la escala de Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS)
- **Fase 6:** Aplicación de la guía de observación y grupo focal
- **Fase 7:** Revisión de los materiales recogidos: constatar el llenado de datos.

CAPITULO IV

PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

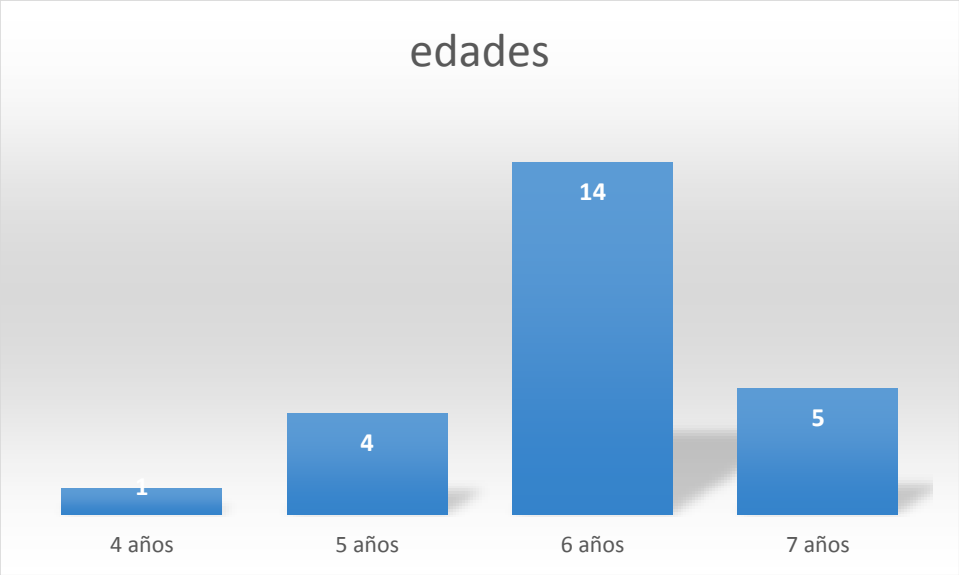
El presente capítulo se centra en la revisión de las pruebas realizadas, escala de ansiedad de Spence, guía de observación, grupo focal y una correlación de Spearman entre variables para determinar su relación e incidencia

4.1 Datos demográficos

4.1.1 CENTRO DE APOYO CISMA

Los presentes datos determinan las características de los niños evaluados en el centro (CISMA)

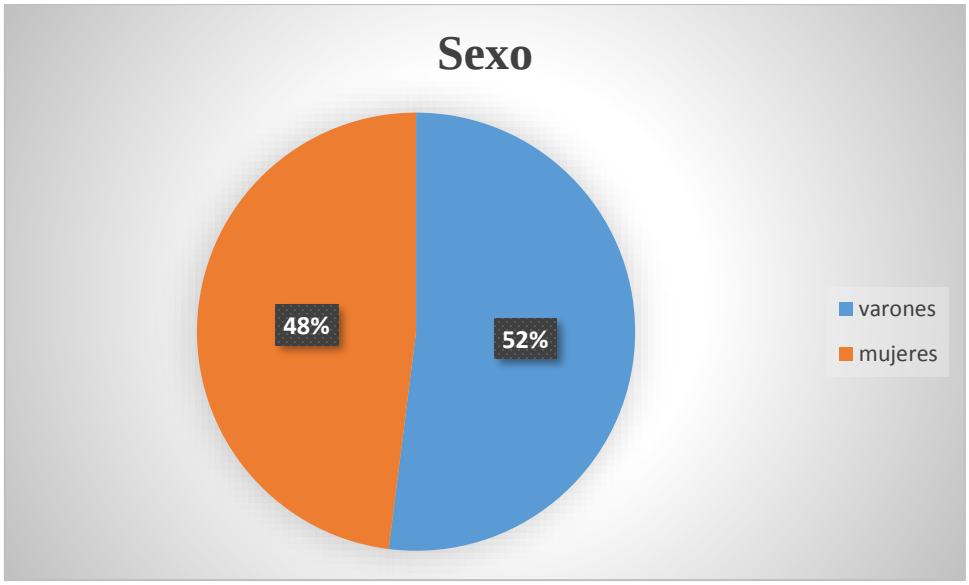
Figura 4.1 Edad



Fuente: elaboración propia

En la figura 4.1 podemos observar las edades de los participantes donde el grupo está conformado mayoritariamente por niños de 6 años con 14, niños de 7 años con 5, niños de 5 años con 4 y un niño de 4 años lo cual es determinado por el apoyo pedagógico que los mismo reciben.

Figura 4.2 Sexo



Fuente: Elaboración 2018

Se muestra una relación adecuada entre los evaluados donde existe una leve participación de mujeres con 48% a diferencia de hombre que cuentan con un 52%

4.1.1.1 Escala De Ansiedad Para Niños de Spence

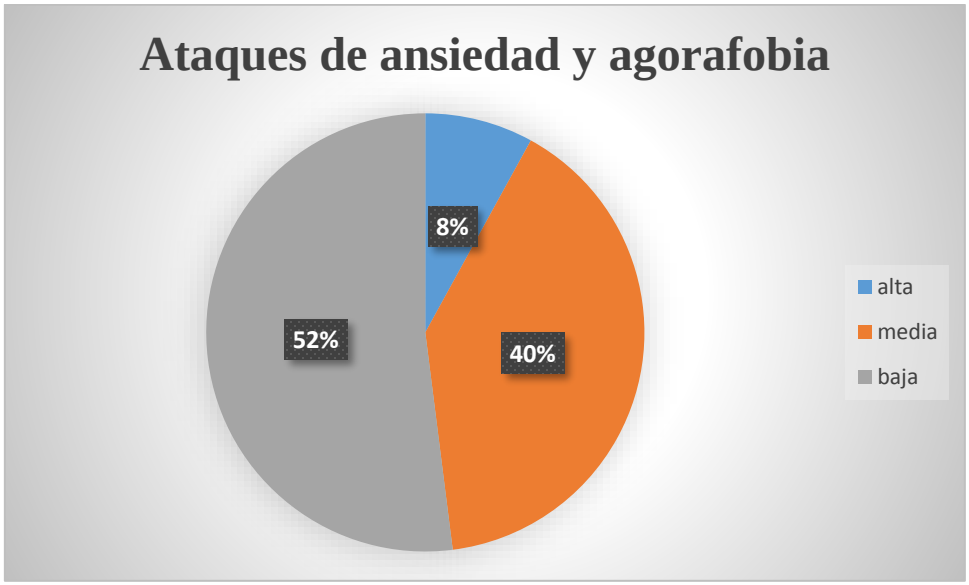
La muestra fue constituida por una población de 40 niños entre 4 y 7 años de edad quienes han concurrido al centro CISMA y la unidad educativa Abraham Licon de la zona vino tinto. Se ha utilizado la escala de ansiedad de Spence como instrumento en el cual los niños responden a 45 ítems.

Los datos han sido expresados por relación porcentual entre los ítems relacionados a características de ansiedad.

4.1.3 CENTRO CISMA

Figura 4.3

Ataques De Ansiedad y Agorafobia CISMA

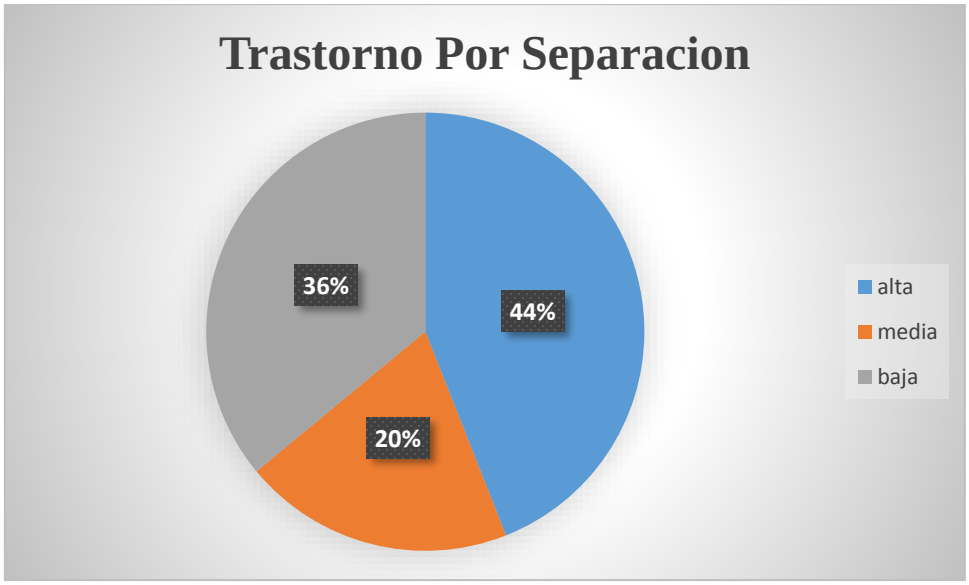


Fuente: elaboración propia 2018

En el presente cuadro se observa que los evaluados muestran un nivel bajo de ataques de ansiedad o agorafobia con 52%baja, media un 40% y alta un 8%

Podemos observar en la gráfica que existe un nivel abajo en relación a ataques de ansiedad, sin embargo, es importante señalar que si existes predisposición para los ataques de ansiedad en un porcentaje menor al 8% que muestra que los niños desarrollan niveles de estrés.

Figura 4.4 Trastorno Por Separación CISMA

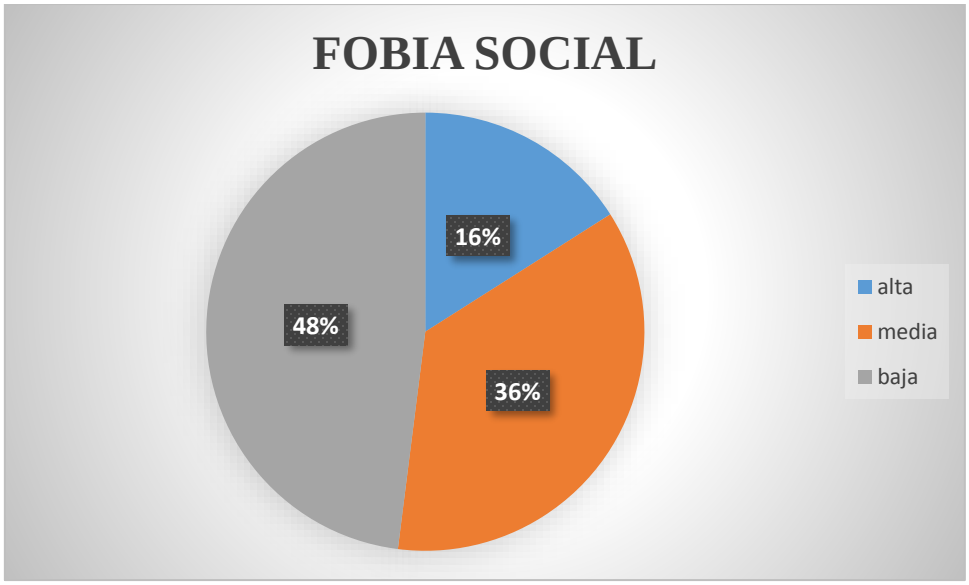


Fuente: Elaboración Propia 2018

La figura precedente muestra una predisposición de trastorno por separación es de alta probabilidad en un 44% alta, media un 20% y baja en 36%.

La probabilidad de desarrollar trastorno por separación es alta en un grupo importante de esta población, esto debido al rango de edad y las características del trabajo el cual se da en el centro donde los niños tienen la sensación de desamparo y pérdida de sus padres, esto demuestra el fuerte impacto que tiene la lejanía con figuras de apego a temprana edad.

Figura 4.5 Fobia Social CISMA

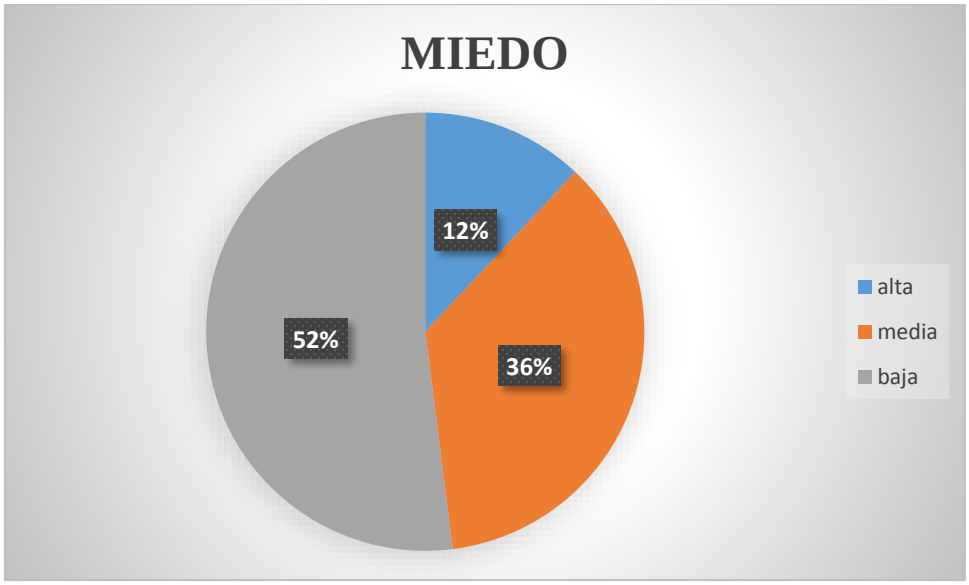


Fuente: elaboración propia 2018

La predisposición de desarrollar fobia social es alta en 16%, media un 36% y baja 48%.

El desarrollo de fobia social es baja en relación a los indicadores expuestos, es de especial detalle el desarrollo de un grupo significativo con indicadores de fobia social, es importante determinar el efecto que tiene en su desempeño.

Figura 4.6 Miedo CISMA

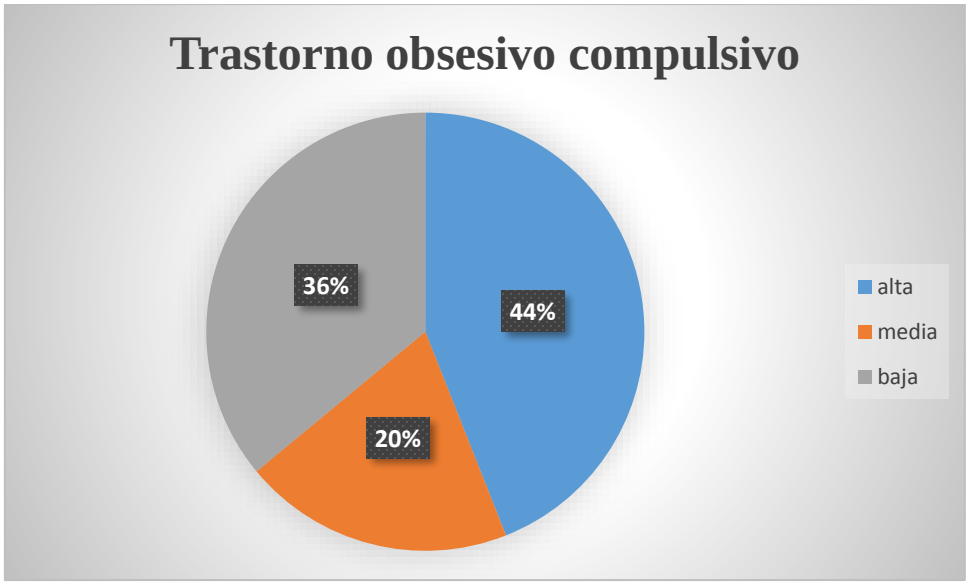


Fuente: Elaboración Propia 2018

La figura miedo en los niños se expresa como alta en un 12%, media 36%, baja un 52%, de todos los evaluados.

Acorde a los resultados encontrados se entiende que el miedo en niños no es un factor determinante en esta población la cual se muestra tranquila y donde los indicadores no son relevantes.

Figura 4.7 Trastorno Obsesivo Compulsivo CISMA

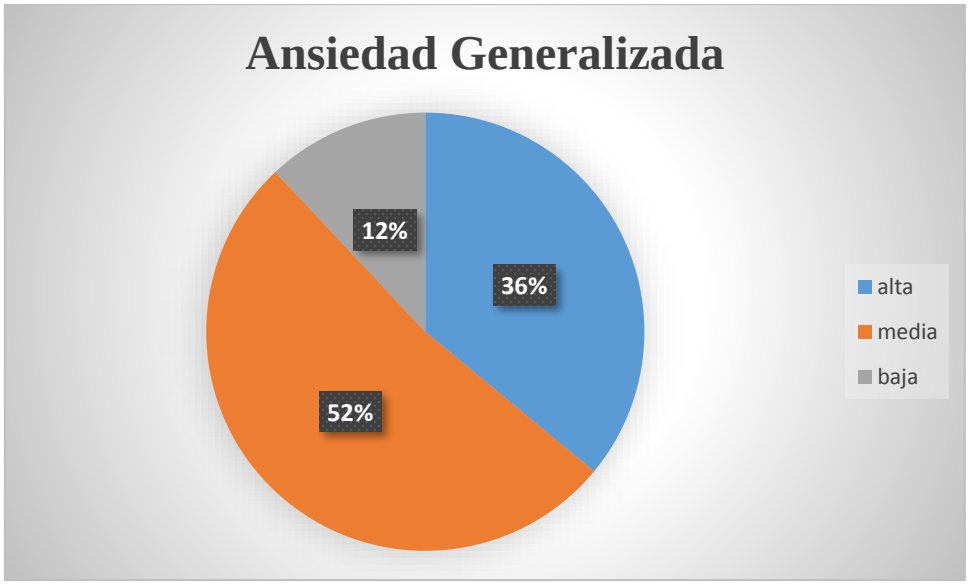


Fuente: Elaboración Propia 2018

El cuadro muestra que la aparición de trastorno obsesivo compulsivo es de alto desarrollo es de un 44%, media un 20% y baja 36%.

La predisposición para el desarrollo de trastornos obsesivos compulsivos es de alta probabilidad en esta población, es importante evaluar el nivel de exigencia al cual están sujetos los niños y el nivel de éxito y perfección en relación a las actividades cotidianas.

Figura 4.8 Ansiedad Generalizada CISMA.

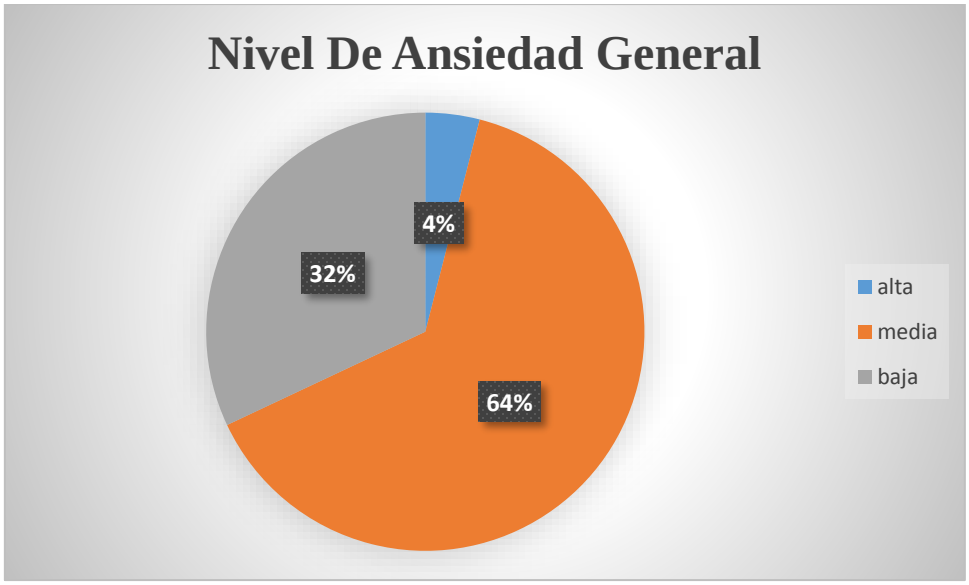


Fuente: Elaboración propia 2018

La figura de ansiedad generalizada muestra que es alto en un 36%, media 52% y baja 12%.

Es importante resaltar el alto porcentaje de niños con predisposición a desarrollar ansiedad generalizada, esto se da por el alto grado de estresores asociados a distintas necesidades, el ambiente educativo y la asociación con nuevas personas.

Figura 4.9 Resultados Generales CISMA



Fuente: Elaboración Propia 2018

Los resultados observados en el nivel de ansiedad general en los evaluados son altos en un 4%, media un 64% y baja en un 32%.

Los evaluados muestran una tendencia alta a desarrollar problemas asociados a la ansiedad, esto puede deberse al ambiente educativo altamente estresante.

4.1.3.1Análisis de los resultados CISMA

Una vez evaluados los niños muestran altos niveles en la predisposición a desarrollar problemas asociados a trastornos ansiosos donde la ansiedad por separación es la de mayor prevalencia entre la población evaluada. Esto puede explicarse directamente por la edad de los evaluados donde muchos de ellos están en un proceso de adaptación a espacios educativos, donde existe una alejamiento en las relaciones de apego y esta desencadena sensaciones de desamparo e inseguridad, sobre los indicadores de ansiedad generalizada se observa un alta frecuencia entre los evaluados, esto se asocia a el manejo de estresores y expectativas de los alumnos que también influye en el alto porcentaje a trastornos obsesivos compulsivos donde la circularidad propia de las demandas de los estudiante al logro se manifiesta en el desempeño y asistencia de los niños.

En relación a la fobia social y la agorafobia los indicadores no muestras una incidencia significativa entre los evaluados donde junto a indicadores de miedo estos son bajos.

Se debe poner especial interés a indicadores globales puesto que la relación en la interacción con los pares puede tornarse agresiva para poder manejar y canalizar su estrés asociación a conductas ansiosas.

4.2 Guía de observación sobre agresividad

4.2.1 Guía De Observación De Agresividad CISMA

Esta Escala por observación se por medio de observación agresivas entre físicas y verbales, las misma basan su construcción y evaluación sobre conductas agresivas en niños conflictivos (ERGUETA, 2017), la misma se desarrolló en los niños que fueron previamente evaluados con pruebas sobre estrés.

Tabla Nº 4. 1 – ¿Realiza pellizco a otros niños?

Pregunta Nº 1	%
Nunca lo hace	15%
Algunas veces	46%
Casi siempre	15%
Siempre	15%
Es normal en todos	8%
TOTAL	**100%**

Fuente: Elaboración Propia 2018

En la tabla se puede observar que la conducta se aplica una vez con un 46%, casi siempre un 15%, siempre un 15%, es normal en todos un 8% y nunca se hace un 15%.

Esta conducta se de forma habitual en el total de los estudiantes, la misma que denota el uso de este tipo de agresión dentro los evaluados.

Tabla Nº 4.2 - ¿Jalas el pelo a un niño o niña?

Pregunta Nº 2	**%**
Nunca lo hace	0%
Algunas veces	46%
Casi siempre	38%
Siempre	15%
Es normal en todos	0%
TOTAL	**100%**

Fuente: Elaboración Propia 2018

Los evaluados jalan el cabello de otros niños alguna ves 46%, casi siempre 38%, siempre 15% es normal en todos y nunca los hago con un 0%.

Esta conducta se realiza con alta frecuencia esta debida a la constante interacción y desarrollo en el aula el cual generar presión entre los evaluados.

Tabla Nº 4. 3 - ¿Empuja a sus otros compañeros?

Pregunta Nº 3	%
Nunca lo hace	8%
Algunas veces	8%
Casi siempre	23%
Siempre	23%
Es normal en todos	38%
TOTAL	**100%**

Fuente: Elaboración Propia 2018

El ítem empuja a sus compañeros nunca se hace un 8%, algunas veces 8%, casi siempre 23%, siempre un 23% y es normal en todos un 38%.

El uso de empujones es alto en la población observada, donde se puede inferir que la constante tensión por las actividades de los estudiantes en relación al medio de trabajo y apoyo desencadena este tipo de accionar con mayor frecuencia.

Tabla Nº 4.4 -¿Jalas las mejillas de sus compañeros(a)?

Pregunta 4	%
Nunca lo hace	23%
Algunas veces	38%
Casi siempre	0%
Siempre	8%
Es normal en todos	31%
TOTAL	**100%**

Fuente: Elaboración Propia 2018

El ítem observado se da nunca un 23% algunas veces un 38%, casi siempre 0% siempre un 8% y es normal en todos en un 31%.

Esta conducta es constante en cada uno de los evaluados, donde jalarse los cachetes se da como una forma normal de agresión entre los niños.

Tabla Nº 4.5 - ¿Da golpes cuando se enoja?

Pregunta 5	%
Nunca lo hace	0%
Algunas veces	23%
Casi siempre	23%
Siempre	38%
Es normal en todos	15%
TOTAL	**100%**

Fuente: Elaboración Propia 2018

Cuando los niños se enojan dan golpes algunas veces un 23%, casi siempre un 23%, siempre un 38% y es normal en todos en un 15%.

Esta acción es una conducta frecuente en la mayoría de los niños y denota la agresividad latente en los niños evaluados

Tabla Nº 4.6 ¿Da patadas por cualquier motivo que lo irrite?

Pregunta 6	%
Nunca lo hace	8%
Algunas veces	23%
Casi siempre	46%
Siempre	15%
Es normal en todos	8%
TOTAL	**100%**

Fuente: Elaboración Propia 2018

En la tabla precedente se observa que los niños aplican esta acción, nunca un 8%, alguna vez un 23%, casi siempre un 46% y siempre un 15% y es normal en todos un 8%.

Los niños evaluados muestran una tendencia marcada al uso de patadas entre sus pares donde la agresión se da de forma constante. Esto puede deberse al juego constante en espacio reducidos.

Tabla Nº 4.7 ¿Da mordiscos a sus compañeros?

Pregunta 7	%
Nunca lo hace	54%
Algunas veces	23%
Casi siempre	8%
Siempre	0%
Es normal en todos	15%
TOTAL	**100%**

Fuente: Elaboración Propia 2018

En la tabla mordisco se puede observar que este comportamiento no se hace un 54%, algunas veces un 23%, casi siempre un 8%, siempre un 0% y es normal en todos un 15%

Los mordiscos se dan de forma escasa esto sucede en situaciones donde la hostilidad y los niveles de agresión se dan en situaciones de excepción donde existe una confrontación directa y agresión focalizada o disputa entre sus compañeros.

Tabla Nº 4.8 ¿Da puñetes a sus compañeros (as)?

Pregunta 8	%
Nunca lo hace	0%
Algunas veces	15%
Casi siempre	15%
Siempre	62%
Es normal en todos	8%
TOTAL	**100%**

Fuente: Elaboración Propia 2018

La tabla indica que esta nunca lo hace un 0%, algunas veces un 15%, casi siempre un 15%, siempre un 62% y es normal en todo un 8%.

Dar puñetes a sus compañeros, se repite en el amplio de los niños evaluados, siendo una de las conductas de mayor connotación en la evaluación.

Tabla Nº 4.9. ¿jala las orejas a sus compañeros?

Pregunta 9	%
Nunca lo hace	15%
Algunas veces	62%
Casi siempre	8%
Siempre	0%
Es normal en todos	15%
TOTAL	**100%**

Fuente: Elaboración Propia

La tabla das jalón de orejas nunca lo hago un 15%, algunas veces un 62%, casi siempre un 8%, siempre un 0% y es normal en todos un 15%

Los jalones de orejas no se dan de forma constante entre los niños, esta acción se dio en momento aislados donde la reacción de los niños fue instintiva.

Tabla Nº 4.10.

¿Lanzas objetos a sus compañeros?

Pregunta 10	%
Nunca lo hago	8%
Algunas veces	15%
Casi siempre	38%
Siempre	31%
Es normal en todos	8%
TOTAL	**100%**

Fuente: Elaboración Propia

Se observa en la tabla el uso de objetos de forma agresiva nunca se dan un 8%, algunas veces un 15%, casi siempre un 38%, siempre un 31% y es normal en todos un 8%.

Elk uso de objetos de forma agresiva hacia sus compañeros se da de forma constante, esto pude deberse a la corta edad del participante y a las estrategias que utilizan al canalizar la ansiedad.

4.2.2 Análisis de guía de observación.

Se puede observar que en la mayoría de los items evaluados se da una constante agresión entre los niños, el uso de golpes, patadas, puñetes, el uso de objetos de forma agresiva de diversa índole, se da acorde a las condiciones específicas del espacio donde se llevó a cabo la evaluación, es importante realzar que la gran cantidad de niños conlleva a un espacio con mayor estrés, este puede manifestarse en distintas reacciones agresivas, sobre este punto, donde los empujones y jalones se dan en una mayor frecuencia.

4.3 UNIDAD ABRAHAM LINCOLN

4.3.1 Datos demográficos Abraham Lincoln

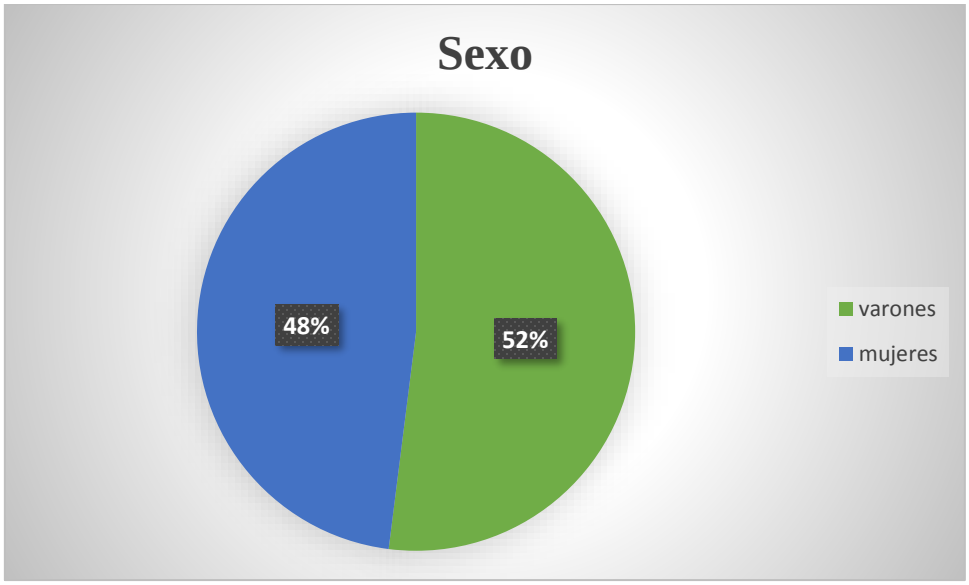
Los presentes datos determinan las características de los niños evaluados en la Unidad Educativa Abraham LINCOLN

Figura 4.10 Edad Abraham LINCOLN

Fuente: Elaboración Propia

En la figura 4.1 podemos observar las edades de los participantes conformado mayoritariamente por niños de 7 años con 12 participantes y niños de 6 años con 8 participante, lo cual es permitido dentro el rango del primer año de primaria.

Figura 4.11 Sexo Abraham Lincoln



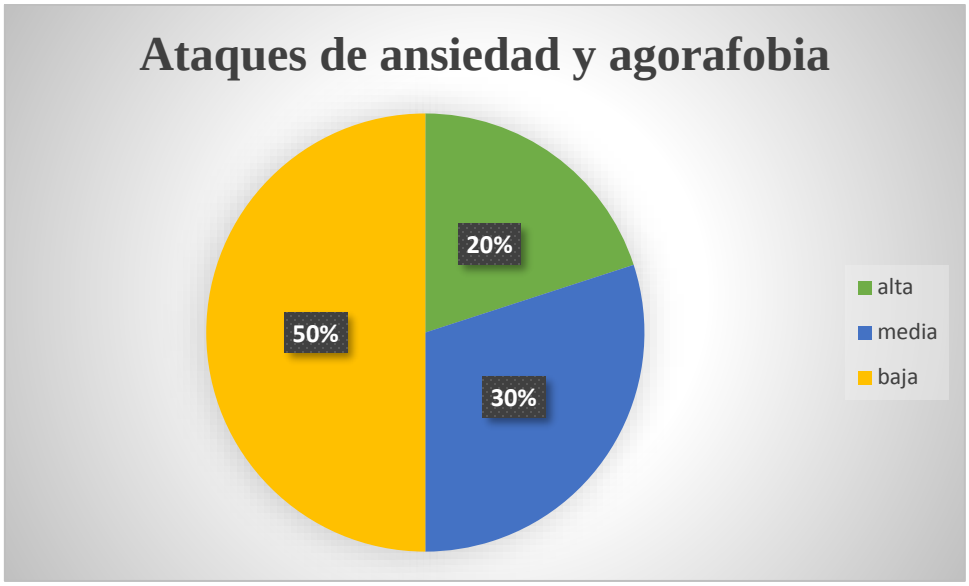
Fuente: Elaboración 2018

Existe una relación adecuada entre los evaluados donde existe una leve participación mayor en varones. Los mismo tiene una relación de 48% a 52% la cual es de mayor participación de varones.

4.3.2 Unidad Educativa Abraham Lincoln

Figura 4.12

Ataques De Ansiedad y Agorafobia Abraham Lincoln



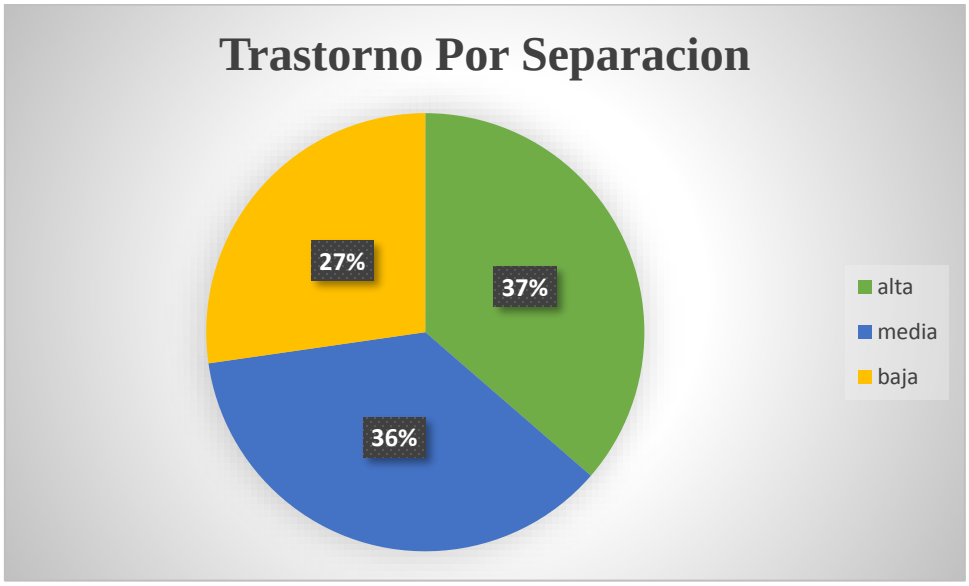
Fuente: Elaboración propia 2018

En el ítem evaluado se observa un nivel bajo de ataques de ansiedad u agorafobia con 50%, media un 30% y alta un 20%

Podemos observar en la gráfica que existe un nivel bajo en relación a ataques de ansiedad, sin embargo, es importante señalar que existe ansiedad media en un 30% de los evaluados y un 20% que muestra que los niños desarrollan niveles de estrés elevado, esto muestra que existe una predisposición elevada a la ansiedad la cual se manifiesta en edad temprana.

Figura 4.13

Trastorno Por Separación Abraham Lincoln



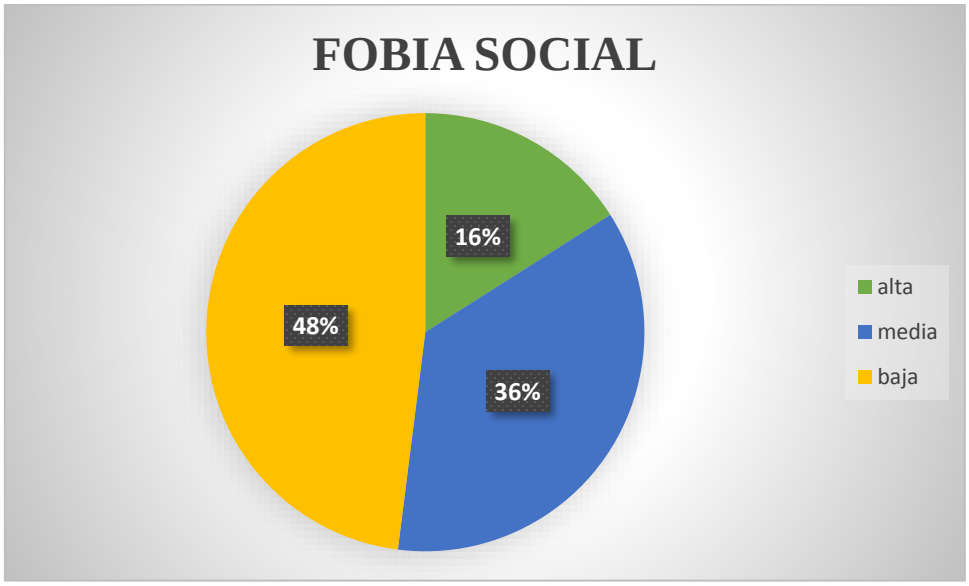
Fuente: Elaboración propia 2018

La figura precedente muestra una predisposición de trastorno por separación es de alta probabilidad en un 37%, media un 36% y baja en 27%.

La probabilidad de desarrollar trastorno por separación es significativa en un grupo importante de esta población, esto debido al rango de edad y las características del trabajo de los padres que son de bajos recursos en su mayoría, donde algunos de los padres se encuentran ausentes por el tipo de trabajo que desempeña, esto demuestra el fuerte impacto que tiene la lejanía de los padres como figuras de apego a temprana edad manifestándose en el desempeño académico.

Figura 4.14

Fobia Social Abraham Lincoln



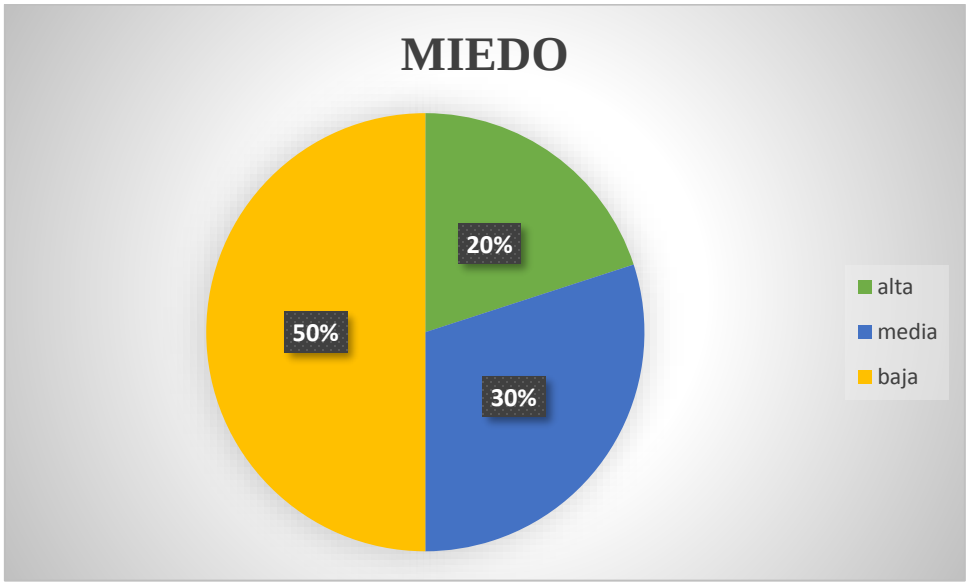
Fuente: Elaboración propia 2018

La predisposición de desarrollar fobia social es alta en 16%, media un 36% y baja 48%.

El desarrollo de fobia social es bajo en relación a los indicadores expuestos, se da una relación especial de tendencia media entre los alumnos evaluados.

Figura 4.15

Miedo Abraham Lincoln



Fuente: Elaboración Propia 2018

La figura miedo en los niños se desarrolla alta en un 20%, media 30%, baja un 50%, de todos los evaluados.

El miedo en niños no es un factor determinante, los evaluados se muestran tranquilos donde los indicadores no son relevantes.

Figura 4.16

Trastorno Obsesivo Compulsivo Abraham Lincoln

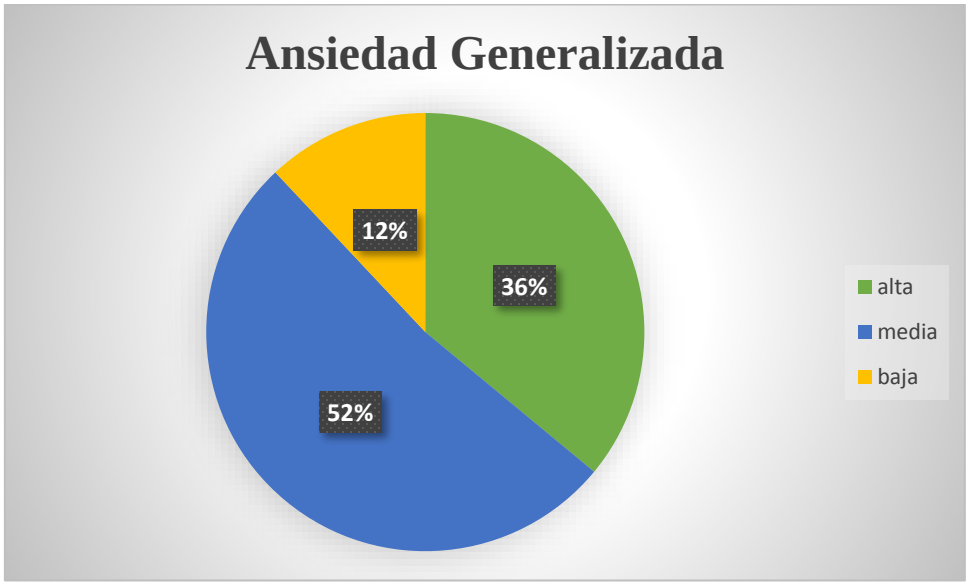
Fuente: Elaboración Propia 2018

El presente cuadro muestra que la aparición de trastorno obsesivo compulsivo es alta en 35%, media un 25% y baja 40%.

La aparición de rasgo obsesivos compulsivos es de alta probabilidad en esta población, es importante evaluar el nivel de exigencia a la cual están sujetos los niños y el nivel de éxito escolar, en este caso las altas expectativas paternales deben ser tomadas en cuenta como un factor para la aparición de dichas conductas.

Figura 4.17

Ansiedad Generalizada Abraham Lincoln



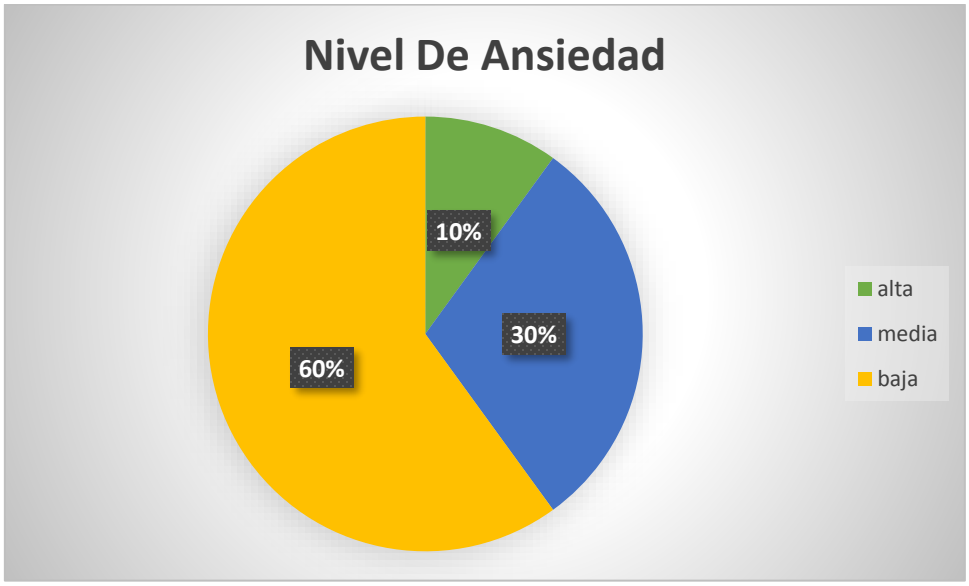
Fuente: Elaboración propia 2018

La figura de ansiedad generalizada muestra que el desarrollo de trastorno de ansiedad generalizada es alto en un 36%, media 52% y baja 12%.

El alto grado de niveles de ansiedad, son un efecto directo del medio ambiente escolar, esto ahonda a las altas expectativas paternales y distanciamiento entre padres y niños contribuye a la aparición de ansiedad.

Figura 4.18

Resultados Generales Abraham Lincoln



Fuente: Elaboración Propia 2018

Los resultados observados en el nivel de ansiedad general en los evaluados son altos en un 10%, media un 30% y baja en un 60%.

Se observa que existe una predisposición significativa entre los evaluados en el desarrollo de problemas ansiosos.

4.3.3Análisis de los resultados

Esta población muestras datos similares a la población observada en el centro CISMA, la misma denota una mayor propensión a problemas de tipo obsesivo donde el incremento de las evaluaciones es significante en relación al primer grupo, cabe denotar que la aparición de ansiedad se hace latente en ambas poblaciones.

Se debe poner especial interés a estos indicadores globales puesto que la relación en la interacción con los pares puede tornarse agresiva para poder manejar y canalizar el estrés asociación a conductas ansiosas.

4.4 Guía de observación sobre agresividad Abraham Lincoln

Esta Escala por observación se dio en un tiempo de un mes donde se pudo observar conductas agresivas entre físicas y verbales, las misma basan su construcción a evaluación sobre conducta agresiva en niños conflictivos (ERGUETA, 2017), la misma se desarrolló en los niños que fueron previamente evaluados con pruebas sobre estrés.

Tabla Nº 4. 11 ¿Realiza pellizco a otros niños?

Pregunta Nº 1	**%**
Nunca lo hago	20%
Algunas veces	40%
Casi siempre	15%
Siempre	20%
Es normal en todos	5%
TOTAL	**100%**

Fuente: Elaboración Propia 2018

En la tabla se puede observar que la conducta se aplica alguna vez con un 40%, siempre un 20%, casi siempre un 15%, es normal en todos un 5% y nuca se hace un 20%.

Esta conducta se de forma habitual en el total de los estudiantes, siendo una acción continua entre ellos que resulta en dispuesta por objeto u atención.

Tabla Nº 4.12 - ¿ Jalas el pelo a un niño o niña?

Pregunta Nº 2	**%**
Nunca lo hago	0%
Algunas veces	46%
Casi siempre	38%
Siempre	15%
Es normal en todos	0%
TOTAL	**100%**

Fuente: Elaboración Propia 2018

Los evaluados jalan el cabello de otros en un alguna ves 46%, casi siempre 38%, siempre 15% es normal en todos y nunca los hago con un 0%.

Esta conducta se realiza con alta frecuencia esta debida a la constante interacción y desarrollo en el aula el cual generar presión entre los evaluados.

Tabla Nº 4.13 - ¿ Empuja a sus otros compañeros?

Pregunta Nº 3	**%**
Nunca lo hago	7%
Algunas veces	8%
Casi siempre	15%
Siempre	20%
Es normal en todos	40%
TOTAL	**100%**

Fuente: Elaboración Propia 2018

El ítem empuja a tus amigos nunca se hace un 7%, algunas veces 8%, casi siempre 15%, siempre un 20% y es normal en todos un 40%.

La relación de empujones es alta en la población observada, donde se puede inferir que la constante tensión por las actividades de los estudiantes en relación al medio de trabajo y apoyo.

Tabla Nº 4.14 -¿ Jalas las mejillas de sus compañeros(a)?

Pregunta 4	%
Nunca lo hago	23%
Algunas veces	38%
Casi siempre	0%
Siempre	8%
Es normal en todos	31%
TOTAL	**100%**

Fuente: Elaboración Propia 2018

En la acción observada en la tabla se dan nunca un 23% algunas veces un 38%, casi siempre 0% siempre un 8% y es normal en todos en un 31%.

Esta conducta se da constante en cada uno de los evaluados donde jalarse los cachetes se torna normal como agresión entre los niños esto en muchos casos es usado como un juego entre ellos.

Tabla Nº 4.15 - ¿ Da golpes cuando se enoja?

Pregunta 5	%
Nunca lo hago	15%
Algunas veces	20%
Casi siempre	18%
Siempre	35%
Es normal en todos	12%
TOTAL	**100%**

Fuente: Elaboración Propia 2018

Cuando los niños se enojan dan golpes algunas veces un 20%, casi siempre un 18%, siempre un 35% y es normal en todos en un 12%, nunca lo hago un 15%.

Esta acción es una conducta frecuente en la mayoría de los niños denota la agresividad latente en los niños evaluados.

Tabla Nº 4.16 ¿ Da patadas por cualquier motivo que lo irrite?

Pregunta 6	%
Nunca lo hago	8%
Algunas veces	10%
Casi siempre	50%
Siempre	10%
Es normal en todos	12%
TOTAL	**100%**

Fuente: Elaboración Propia 2018

En la tabla 4.16 se observa el accionar de patadas nunca un 8%, alguna vez un 10%, casi siempre un 50% y siempre un 10% y es normal en todos un 12%.

Los niños evaluados muestran una tendencia marcada al uso de patadas entre sus pares donde la agresión se da de forma constante. Esto puede deberse al juego constante en espacio reducidos la socialización con el contacto físico tiene una mayor predisposición en varones.

Tabla Nº 4.17 ¿Da mordiscos a sus compañeros?

Pregunta 7	**%**
Nunca lo hago	54%
Algunas veces	19%
Casi siempre	12%
Siempre	5%
Es normal en todos	10%
TOTAL	**100%**

Fuente: Elaboración Propia 2018

En la tabla mordisco se puede observar que este comportamiento no se hace un 54%, algunas veces un 19%, casi siempre un 12%, siempre un 5% y es normal en todos un 10%

Los mordiscos son esporádicos entre la población evaluada que se de en situación de alta tensión donde es utilizado como mecanismo de defensa principalmente con los niños de cursos superiores.

Tabla Nº 4.18 ¿ Da puñetes a sus compañeros (as)?

Pregunta 8	%
Nunca lo hago	12%
Algunas veces	15%
Casi siempre	15%
Siempre	50%
Es normal en todos	8%
TOTAL	**100%**

Fuente: Elaboración Propia 2018

La tabla relacionada a dar puñetes a tus compañeros nunca lo hace un 12%, algunas veces un 15%, casi siempre un 15%, siempre un 50% y es normal en todo un 8%.

Dar puñetes a sus compañeros se dan en la mayor parte de los niños siendo una de las acciones que más se repite, esto se da por imitaciones por dibujos animadas o competencias corporales.

Tabla Nº 4.19. ¿Jala las orejas a sus compañeros?

Pregunta 9	%
Nunca lo hago	15%
Algunas veces	62%
Casi siempre	8%
Siempre	0%
Es normal en todos	15%
TOTAL	**100%**

Fuente: Elaboración Propia

La presente tabla demuestra que la población realiza jalones de orejas hacia sus compañeros nunca lo hago un 15%, algunas veces un 62%, casi siempre un 8%, siempre un 0% y es normal en todos un 15%.

Los jalones de orejas no se dan de forma constante entre los niños, esta acción se dio en momento aislados donde la reacción de los niños fue instintiva, principalmente los niños asocian a esta acción como una reacción de las madres hacia los hijos.

Tabla Nº 4.20.

¿Lanza objetos de forma agresiva?

Pregunta 10	%
Nunca lo hago	15%
Algunas veces	15%
Casi siempre	31%
Siempre	31%
Es normal en todos	8%
TOTAL	**100%**

Fuente: Elaboración Propia

El uso de objeto para dañar a sus compañeros nunca se da en un 15%, algunas veces un 15%, casi siempre un 38%, siempre un 31% y es normal en todos un 8%.

La utilización de objetos de forma agresiva hacia sus compañeros se da de forma constante, esto pude deberse a la corta edad del participante y a las estrategias que utilizan al canalizar la ansiedad, esto se da con objeto de distintas índoles.

4.4.1 Análisis de guía de observación Abraham Lincoln.

El resultado observado en la Unidad Abraham Lincoln muestra niveles significado en la agresión física que ejercen sobre sus pares, dentro de los factores asociados a esta conducta la estimulación para parte de medios audiovisuales y juego con elementos de agresión, son catalizadores asociados al ambiente escolar.

4.5 Correlaciones

Esto determinara las unidades básicas de la ansiedad y su relación la conducta agresiva

Tabla 4.21 Correlación De Ansiedad Infantil y Conducta Agresiva

			Ansiedad Infantil	Conducta Agresiva
Rho de Spearman	**ansiedad infantil por**	Coeficiente de correlación	1,000	,397
		Sig. (bilateral)	.	,143
		N	20	20
	conducta agresiva	Coeficiente de correlación	,397	1,000
		Sig. (bilateral)	,143	.
		N	20	20

La relación observada en la correlación de ansiedad infantil y conducta agresiva de 20 personas muestra una relación de rho significante de 0.143 la cual en relación a la tabla de normalización se expresa en 0.33 si bien esta es positiva no muestra una incidencia activa, esta no tiene una implicación fundamental la activación de la conducta agresiva

Tabla 4.22

Correlación de ansiedad por separación y conducta agresiva

			Ansiedad Por Separación	Conducta Agresiva
Rho de Spearman	ansiedad por separación	Coeficiente de correlación	1,000	-,289
		Sig. (bilateral)	.	,297
		N	20	20
	conducta agresiva	Coeficiente de correlación	-,289	1,000
		Sig. (bilateral)	,297	.
		N	20	20

La relación observada de la ansiedad por separación y conducta agresiva se expresa en una rho significante de 0.297 los cuales a escala de normalización se expresa en un positivo de 0.41 la cual muestra que existe una relación positiva entre la ansiedad por separación y conducta agresiva tiene una relación directa implicancia entre ambas variables.

Tabla 4.23

Correlación De Ansiedad General Y Conducta Agresiva

			Ansiedad General	Conducta Agresiva
Rho de Spearman	ansiedad general	Coeficiente de correlación	1,000	-,104
		Sig. (bilateral)	.	,711
		N	20	20
	conducta agresiva l	Coeficiente de correlación	-,104	1,000
		Sig. (bilateral)	,711	.
		N	20	20

La relación observada entre la ansiedad general y la conducta agresiva se expresa en una rho significante de 0.711 los cuales a escala de normalización se expresa en un positivo de 0.81 la cual muestra que existe una relación positiva entre la ansiedad general y la conducta agresiva

tiene una relación directa la cual demuestra que los resultados observados hacen que se observe a una mayor implicancia en relación a las conductas agresivas.

4.5.1 Análisis de Correlaciones

La relación observada consistente entre la ansiedad y la aparición de conductas agresivas donde la relación con la ansiedad es de menor significancia en relación a la evaluación de valores asociados a la ansiedad por separación o ansiedad general, esto denota la importancia en el manejo de espacio educativos como detonantes a respuestas agresivas, las misma que alteran el desarrollo del ambiente educativo, requiriendo un mayor esfuerzo por parte de los educadores destinando mayores recursos para poder mejorar la relación con los niños, en la comparación con el indicador de la ansiedad sobre separación la relación existente es clara, siendo que las sensaciones de angustia expresado por los niños a las largas jornadas son manifestada e través de la agresión física.

4.6 Grupo focal

El grupo focal fue desarrollado entre 6 personas que son miembros del plantel escolar el mismo nos permite afianzar las percepciones que se tiene al manejo en conjunto de ambos grupos de padres los mismo fueron consultados sobre los problemas más frecuente en lo que encuentran en relación a sus actividades cotidianas.

El grupo focal permite el entendimiento de las relaciones con los padres y necesidades de los ambientes escolar o constituyéndose como una evaluación directa de las unidades amaláis, sin embargo, esta permite una caracterizado y aproximación cercana a la población de estudio del centro CISMA

Los resultados se expresan en análisis de mayor relevancia acorde a la enumeración que se observa en anexos.

4.6.1 Pregunta 1 ¿Cuáles son las principales necesidades de los asistentes al centro CISMA?

Los asistentes al grupo focal ven como principal necesidad la mejora en la infraestructura que en el grupo de niños de edades de 4 a 7 se muestra como insuficiente.

La gran cantidad de alumnos con espacios reducidos se muestra como el principal problema entre la población, esto se muestra en pequeños espacios para la realización de actividades entre cada niño mismo que generan agotamiento en un ambiente cargado y pesado por la cercanía entre cada uno de sus participantes.

Esto se manifiesta en las siguientes repuestas.

Participantes 1: M*is niños se ponen de mal humor casi al terminar la tarde, se hace pesado el ambiente porque son muchos y están apretados*.

Participante 2: *Los niños se distraen y recurren a la violencia por el hecho de su cercanía, eso genera pelea por lápices, bolígrafos o material educativo.*

Participante 3: *Los niños son un poco malcriados, cuesta que hagan sus trabajos, a veces se hace difícil poder hacer dinámicas para que se distiendan*.

4.6.2 Pregunta 2: ¿Cuáles son los desafíos en la interacción con los niños que asisten al centro CISMA?

Dentro de los mayores desafíos con los niños es el trabajo y contención de conductas agresivas y las constante dificultades de infraestructura que se genera en constantes peleas, la separación con los padres también se transforma en un problema latente entre sus participantes, donde la ansiedad por la distancia con los padres se ve transformado en ciertas ocasiones en rabietas y tensión con sus compañeros, haciendo difícil el apoyo y soporte con los demás compañeros teniendo que centralizarse en el control de estos niños, demandando una mayor atención por parte de los profesores y asistentes.

Estas se expresan en las distintas intervenciones.

Participantes 5: *Los niños se ponen agresivos entre ellos y se quitan las cosas y termina a los jalones.*

Participante 4: *Algunos niños tienen a ponerse ansiosos cuando sus papas tarde más de lo estipulado, en esos momentos es donde existe una mayor presión entre ellos.*

Participante 2: *La violencia se da entre ellos de un momento a otro el factor del espacio hace que se sientan irritables y en constante mal humor*

Participante 6: *…es difícil manejar a los niños cuando sus padres tardan en recogerlos, suelen ser los momentos donde suceden mayores peleas, la tensión se hace latente ante la necesidad de encontrarse con sus padres, esto también sucede cuando uno de los progenitores viaja ya que mucho vienen de padres comerciantes, cambia el estado de ánimo de ellos.*

4.6.3 Pregunta 3: ¿Qué tipo de acciones agresivas son frecuentes entre los niños?

Los maestros opinan que los jalones de cabello las patadas y los pellizco son las principales acciones de agresión que se da entre los niños, donde también se observa el uso de objetos para ser lanzados entre ellos, esto genera un gran problema puesto que estas acciones suelen desencadenar una serie de agresiones dentro los miembros en el apoyo de cada uno de sus niveles.

Estas se observan en las siguientes sentencias

Participante 2: *Las niñas suelen tirar de los cabellos a los más pequeños eso como forma de defensa, hay algunas que lo hacen sin razón aparente.*

Participantes 3: *Los más pequeños suelen dar patadas a los más grandes, esto sucede principalmente en la disputa con jugos o colores*

Participante 6: *Los niños varones suelen lanzar puñetes entre ellos, algunas veces en forma de juego, pero esta suele terminar de manera violenta*

Pregunta 4: ¿Qué acciones toman los maestros con los niños que muestran conductas agresivas?

El primer paso es buscar disminuir las cargas de estrés entre ellos a través del uso de juegos, dinámicas y estrategia de distención con los niños, es importante la ventilación adecuada para evitar un mayor estrés que se desarrolla entre los participantes, otra técnica está centrada en la rotación de espacios para evitar que niños difíciles puedan asociarse de forma directa, generando

malestar constante. En casos constantes de agresión se trabaja con la familia junto a apoyo psicoterapéutico.

Participante 1: *con los niños muy peleadores hablamos y trabajamos con los padres para poder canalizar su agresividad*.

Participante 5: *Uso la rotación de asientos para evitar que se formen equipos de niños traviesos.*

Participante 6: C*uando el ambiente está cargado saco a los niños al patio para ventilar el espacio y poder mejorar la retención de los niños.*

Pregunta 5: ¿qué propuesta se tiene para el manejo de la agresividad en los niños?

Los maestros buscan reforzar conductas positivas en las reuniones semanales donde se buscan generar conductas adecuadas y sea reforzadas por su progenitora

4.6.4 Análisis general del grupo focal

Lo que se pudo observar a través de la aplicación del grupo focal son los factores ambientales de principal preponderancia en la aparición de conductas agresiva, la dificultades espacio propicia el estrés que es causante de la relación tensa resuelta ante conductas agresivas, la relación con los padres se muestra con un factor importante debido a la distancia por el tipo de trabajo que desempeña, dejando a los educadores con la necesidad de realizar técnicas y estrategias que permitan canalizar la conductas de los niños, donde la rotación y el uso de lúdica son importantes, en la identificación de niños con conductas agresivas estos se realiza mediante el apoyo con padres aunque este sea visto como superficial ante la renuencia de realizar un trabajo de reforzamiento en su hogar, es importante denotar que el control de estas conductas es vital para el desarrollo contante de las actividades del centro.

4.7 Análisis general de resultados

Acorde a los observado por las pruebas se determina un nivel alto de estrés entre los niños evaluados que deriva en un alta incidencia de conductas agresivas donde los pellizco, jalones y puñetes son frecuentes, estas al ser determinadas en correlación de sus variables encuentra una relación directa entre las variables donde la ansiedad general tiene un relación directa de mayor afectación en relación a la ansiedad por separación o los datos demostrados en la ansiedad

infantil como característica directa en la aparición de conductas agresivas, esto nos lleva a inferir que el ambiente y las relaciones parentales son los principales factores de relación en la aparición de conductas violentas, haciendo de principal entendimiento las condiciones ambientales en la cual se lleva a cabo el apoyo pedagógico de la misma.

Los puntos encontrados entre ambas poblaciones ratifican la existencia entre ambas evaluaciones donde los puntajes son positivos entre ambos, eso denota que los cambios entre poblaciones muestran porcentajes similares afirmando la relación directa entre ambas variables.

CAPITULO V

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Se determina que existe una relación positiva entre la ansiedad infantil por separación de los hacia sus padres y la aparición de conductas agresivas en niños de 4 a 7 años de centro CISMA y la Unidad Educativa Abraham Lincoln esto denota que la cargar de separación por el tipo de trabajo realizado con los padres tiene un alto impacto en las conductas agresivas en niños menores de siete años estos ahondados a factores ambientales propias de la institución se manifiesta en el uso de la agresión como forma para canalizar su carga emocional.

La ansiedad infantil en niños de centros de apoyo escolar se manifiesta en incapacidad de concentración en conducta agresivas y en desgano ante situaciones de apoyo con los maestros, es importante denotar el alto impacto de la infraestructura en los niños siendo esta el principal detonante en la aparición de conductas agresivas. No se denotan cambios significativos en la población de centro educativo fiscales los mismo que muestras indicadores similares a contrastar la población mostrando desgano y actitudes agresivas en los niños como un medio constante de socialización.

Los niveles ansiedad de los niños asistentes al centro CISMA son de alto impacto superando el 60% del total, siendo estos asociados a la relación con la familia y el ambiente escolar el cual no cuenta con las condiciones adecuadas para albergar el número de asistente con el que actualmente cuenta.

Los niveles de ansiedad en niños asistentes a la unidad educativa Abraham Lincoln superior el 50% donde la relación familiar y el desarrollo de la en la actividad escolar formal se desarrolla de forma adecuada.

Existe una alta incidencia en la aparición de conductas agresivas, donde el uso de puñetes, patadas y jalones son de alta frecuencia, estos se desencadenan en la interacción por el estrecho espacio de trabajo, estos suelen controlarse con trabajo lúdico que permiten la canalización de estrés en los espacios del centro de apoyo

Las relaciones con los niños asistentes al centro de poyo CISMA son distante esto debido a las actividades del núcleo paterno siendo su principal actividad el comercio informal, esto tiene un impacto directo en su conducta donde el retraso de estos se convierte en un detonante para la aparición de conductas violentas, aun con los esfuerzos por parte del centro, existe renuencia para un acompañamiento en la aparición de las conductas esperadas, siendo este el principal punto a trabajar.

Los estudiantes de la unidad educativa Abraham Lincoln muestra que la actividad constante de los padres es un factor a tomar, en este sentido al buscar poblaciones símiles las características propias de la población denotan que la separación de los estudiantes por largos periodos genera un impacto directo sobre la aparición de conductas agresivas de sus asistentes

5.2 RECOMENDACIONES

- Los estudios sobre ansiedad infantil requieren un mayor estudio siendo un resultado básico sobre el que se realizó, estos permitan ahondar a factores relacionado a la conducta agresiva.
- El análisis de resultados sobre conductas agresivas muestra que se debe realizar programas centrados en la familia permitan disminuir su incidencia,
- Se debe buscar estrategias que permitan la interacción e inducción adecuada entre los niños, el direccionamiento adecuado disminuirá el impacto de conductas agresivas.
- Implementar nuevas estrategias de relación entre los educadores, generando espacio para la relación de dinámicas, estrategia que fortalezca la relación parental teniendo como objetivo central la disminución de indicadores ansiosos.
- Realizar talleres de habilidades sociales para la mejora en el trato del estudiante, fortaleciendo la comunicación y promoviendo la resolución de conflicto de forma asertiva.
- Se debe ahondar la interacción y los factores de modelos de crianza en el impacto sobre la aparición de conducta agresivas.
- Se debe realizar la inclusión de equipo psicológico para el monitoreo y evaluación constante de la población en etapa escolar a fin de mejorar y prevenir la aparición de conducta no deseadas.

Bibliografía

- Ana Figueroa, Cesar Soutullo, Yoshiro Ono. (2012). *ANSIEDAD POR SEPARACIÓN.*
- ANETCOM. (2007). *Estrategias de marketing.*
- Angs, J., Ajdacic, V., Eich, D. y Rössler, W. (2007). *Los estados de ansiedad en el Estudio Zúrich: una perspectiva de las fases tempranas.* Barcelona: Masson.
- ARANCIBIA. (2015). *Prevencion de riesgos ergonomicos.*
- ARANCIBIA, DECKER. (2012). *IMPLEMENTACION DE P`ROGRMA DE MEJORA LABORAL.*
- Arturo, B. M. (2009). estrés académico y burnout estudiantil. Análisis de su relación en alumnos de licenciatura. . En A. Barraza. Barranquilla.
- Avila. (2008). *Introduccion a la metodologia de la investigacion.* Mexico D.F.
- Barrenechea. (2008). *Facebook Historia* . España.
- Bartolome. (2008). *Redes Sociales* .
- Beard, G. (1878). *Remarks upon 'jumpers or jumping Frenchmen'. The Journal of Nervous and Mental Diseases.*
- Bravo J. Luis, M. P. (1997). *La investigación documental y bibliográfica.* Caracas, Venezuela:: Edit. Panapo.
- Buss. (1961). *The psychology of aggression.* New York: Wiley.
- CAMACHO, M. M. (2013). *DE LA IDENTIDAD CORPORATIVA A LA IDENTIDAD VISUAL CORPORATIVA, UN CAMINO NECESARIO.*
- CAÑADA. (2009). *Manual de salud y seguridad del trabajo.*
- Capriotti, P. (1999). *Comunicación Corporativa. Una estrategia de éxito a corto plazo.* Reporte C&D-Capacitación y Desarrollo.
- CARRASCOSA, R. N. (2008). IMAGEN CORPORATIVAS. En *IMAGEN CORPORATIVA* (págs. 1,6).
- Cartwright-Hatton, McNicol, &Doubleday. (2006). *Anxiety in a neglected population: prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children.*

- Chantal, B. (2007). *La ansiedad infantil, explicada a los padres de familia.* Mexico: Lectorum.
- Cobos. (2000). *Alteraciones del desarrollo psicomotor.*
- COCA. (2013). *LA ANSIEDAD INFANTIL DESDE EL PUNTO DE VISTA TRANSSACCIONAL.*
- COOK, CAMPBELL. (1986). *Diiseños Cuasiexperimentales.*
- CORTEZ ORANTES, E. A. (2013). *APLICACIÓN DE DOS PROGRAMA PSICOTERAPÉUTICOS BASADOS EN EL MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL Y LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA PARA LA REDUCCIÓN DE CONDUCTAS AGRESIVAS EN ESTUDIANTES DE LOS PRIMEROS AÑOS DE EDUCACIÓN MEDIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE USULUTÁN DURANTE.*
- Costa., J. (2017). *IMAGEN CORPORATIVA.*
- DÁVILA. (2006). *El razonamiento inductivo y deductivo dentro del proceso investigativo en ciencias experimentales y sociales.*
- Del Barrio, V. y Moreno, C. (1996). *Evaluación de la depresión y la ansiedad infantil. .*
- Del Barrio, V. y. (1996). *Evaluación de la depresión y la ansiedad infantil.*
- Ellison, B. (2007). *Las Redes Sociales* . Lima Peru.
- ERGUETA. (2017). *Manejo de la Agresividad a traves ves de minimedios en la Carcel de San Pedro.*
- ESCOTO, B. E. (2011). *POSICIONAMIENTO* .
- Facebook. (2017). *Soporte comercial.*
- Fernandez, L. (2008). *Origen y Evolucion del Facebook* .
- Flores. (2009). *Agresividad.*
- FLORES, F. H. (1996). *La evaluación del clima laboral como herramienta de gestión.* Tesis Escuela de Auditoría, Universidad Diego .
- Ganga, F. M. (2014). *Innovaciones teóricas en administración: una sinóptica mirada diacrónica. .*

- Gispert, C. (2006). *Psicopatología para todos, Volumen 4, Trastornos Somatizaciones y Terapias.* Barcelona: OCEANO.
- GUTIERRES. (2007). *Tecnicas de Observacion.*
- HERNANDEZ. (2010). *Metodos de investigacion.*
- Hernández R., F. C. (2010). *Metodología de la Investigación.* MExico: Mc. Graw Hill. Pág. 80.
- Hernández, P. y. (1994). *Introducción a la administración. Un enfoque teórico práctico.* México:: McGraw - Hill.
- HORTS, B. D. (1989,). *Gestión estratégica de los recursos humanos.* Bilbao, España: Ediciones Deusto.
- KAPLAN. (1996). *Psicopatologia.* Mc Graw Hill.
- Lopez. (2003). *Transtorno de Ansiedad Generalizada.*
- López, A. (2012). *Artículo de Toluca México: Comportamiento negativo en el aula.*
- Maccoby, E., and Jaclyn, C. (1974). *The Psychology of Sex Differences* . Stanford University .
- MAGANTO. (2000). *DESARROLLO FÍSICO Y PSICOMOTOR EN LA ETAPA INFANTIL.*
- MANCILLA. (2012). *METODOLOGIA DE INVESTIGACION.*
- Mansilla, M. E. (1996). *Etapas del desarrollo humano.*
- MASSONI, S. (2002). *MODELO DE COMUNICACION ESTRATEGICA* .
- MINGUEZ, N. (2005). *UN MARCO CONCEPTUAL PARA LA COMUNICACION CORPORATIVA* . MADRID .
- Muñoz, P. (2010). *Funny Marketing. Consumidores.*
- NORIEGA V et al . (2009). *Situación organizacional de los Grupos de Control de Vectores en Ciudad de La Habana.* . Cubana Salud Pública.
- OMS. (2001). *Informe sobre enfermedades Mentales.*

- ONU. (2010). *situacion del trabajador*.
- PACHECO. (2009). *Trastorno de ansiedad por separación.*
- PACHECO, B. (2009). *Trastorno de ansiedad por separación.*
- PAPALIA. (2010). *DESARROLLO HUMANO.*
- Patricia, F. S. (2010). *Agresividad Infantil.*
- Patterson, C. y. (1981). *Estudio sobre los factores de riesgo y protección de la conducta antisocial en adolescentes.* .
- RAZON, L. (2015). *Perspectivas del internet en redes sociales.*
- Rodríguez, F. y. (1994). *Introducción a la Metodología de las Investigaciones Sociales.*. La Habana: Ed. Política. Pág. 34.
- Rodríguez, N. (2009). *Manual Clínico de los Trastornos de Ansiedad.* PAIDOS.
- Rodríguez-Sacristán, J. (1995). *La ansiedad en la infancia. La experiencia de la angustia.* Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Saberia. (2001). *Como Surgieron las redes sociales* .
- SALANIC. (2014). *ANSIEDAD INFANTIL Y COMPORTAMIENTO EN EL AULA.*
- Salinero, J. G. (2010). *estudios descriptivos.* nure .
- salud, c. (2009). *guia de manejo de transtorno por sepracion.*
- SANTOS, P. (1980). *La práctica psicomotriz. Apuntes para comprender la evolución de la atención de la infancia.* . Málaga: Jaime Aljibe.
- SANZ DE LA TAJADA, L. (1994). *Integración de la Identidad y de la Imagen de la empresa,*. Ed. ESIC, Madrid.
- SARRAMONA. (1980). *Biología, Psicología y Sociología del niño en edad escolar.* Madrid: CEAC.
- Servis. (2016). *Definición y características de la imagen corporativa.*
- TPM. (2007). *CULTURA ORGANIZACIONAL* .
- TRABAJO, M. D. (2010). *EVALUACION DE VOLUMEN DE TRABAJO.*

- Valerio, I. R. (2010). *La publicidad en las redes sociales.*
- Vallés Arándiga, A; Vallés Tortosa, C. (1999). *Desarrollando la inteligencia emocional.*
- Vázquez, M. S. (1992). *El clima en las organizaciones. Teoría, método e intervención.* Barcelona, España: Editorial PPU.
- VEGA, E. (2017). DISEÑO E IDENTIDAD VISUAL . En E. VEGA, *DISEÑO E IDENTIDAD VISUAL* (pág. 1 Pag).
- WESS, M. (2005). *Escala de clima social en el trabajo.*
- Wood W, W. F. (1991). *Effects of media violence on viewers' aggression in unconstrained social interaction. Psychol Bull.*
- ZAVALA, D. Y. (2006). *Diagnóstico del clima organizacional: un análisis conceptual y metodológico.*