



UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

“EL ABUSO DEL ALCOHOL EN LA FAMILIA Y LA AGRESIVIDAD QUE PRESENTAN LOS NIÑOS DE SÉPTIMO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA UNIDAD EDUCATIVA HONDURAS DE LA CIUDAD DE AMBATO DURANTE EL PERÍODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2014”

Requisito previo para optar por el Título de Psicólogo Clínico

Autor: Ulloa Núñez, Miguel Cristóbal

Tutora: Dra.Psi. Lara Salazar, Cristina Mariela

Ambato-Ecuador

Marzo-2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema:“ **“EL ABUSO DEL ALCOHOL EN LA FAMILIA Y LA AGRESIVIDAD QUE PRESENTAN LOS NIÑOS DE SÉPTIMO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA UNIDAD EDUCATIVA HONDURAS DE LA CIUDAD DE AMBATO DURANTE EL PERÍODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2014,** de Ulloa Núñez Miguel Cristóbal, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Agosto 2014

LA TUTORA

Psi. Infantil Lara Salazar, Cristina Mariela

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación “**EL ABUSO DEL ALCOHOL EN LA FAMILIA Y LA AGRESIVIDAD QUE PRESENTAN LOS NIÑOS DE SÉPTIMO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA UNIDAD EDUCATIVA HONDURAS DE LA CIUDAD DE AMBATO DURANTE EL PERÍODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2014**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Agosto 2014

EL AUTOR

Ulloa Núñez, Miguel Cristóbal

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los Derechos en línea patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Agosto 2014

EL AUTOR:

Ulloa Núñez, Miguel Cristóbal

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema:“ **“EL ABUSO DEL ALCOHOL EN LA FAMILIA Y LA AGRESIVIDAD QUE PRESENTAN LOS NIÑOS DE SÉPTIMO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA UNIDAD EDUCATIVA HONDURAS DE LA CIUDAD DE AMBATO DURANTE EL PERÍODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2014”**”, de Miguel Cristóbal Ulloa Núñez estudiante de la Carrera de Psicología Clínica..

Ambato, Marzo 2015

Para constancia firman

PRESIDENTE

1ER VOCAL

2DO VOCAL

DEDICATORIA

La presente investigación es dedicada en primera instancia a Dios por guiarme por el camino del bien, y ser siempre esa ayuda incondicional.

A mis Padres por darme la vida y permanecer en los momentos más difíciles, apoyándome totalmente, gracias por sus consejos que han sido una guía en mi camino.

A mi hermana que ha sido mi ejemplo de vida, mi guía para vencer obstáculos y forjar mi futuro. Un reflejo en el que siempre quise convertirme.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Técnica de Ambato Facultad Ciencias de la Salud por haberme abierto sus puertas, y hacer de mí un profesional competente. A la Unidad Educativa Honduras, por permitirme la realización de esta investigación. De manera muy especial a mi Tutora de tesis Dra. Lara Salazar Cristina Mariela Psicóloga Infantil, quien con paciencia y sabiduría me ayudó a encaminar este proyecto, de una u otra a todas aquellas personas que hicieron de este trabajo una realidad.

Ulloa Núñez Miguel Cristóbal

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

A. CONTENIDO

PORTADA.....	i
APROBACIÓN POR EL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS.....	viii
ÍNDICE DE CUADROS.....	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xii
RESUMEN.....	xiv
ABSTRACT	xvi

B. TEXTO

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	
1.1 TEMA	2
1.2 CONTEXTUALIZACIÓN	2
MACRO	2
MESO.....	4
MICRO.....	5
ÁRBOL DE PROBLEMAS	7
1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO.....	8
1.2.3.PROGNOSIS	9
1.2.4.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	9
1.2.5.PREGUNTAS DIRECTRICES	9

1.2.6.DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	9
1.3..JUSTIFICACIÓN	10
1.4. OBJETIVOS.	11
OBJETIVO GENERAL.....	11
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	11
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO.....	12
2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	12
2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA.....	16
2.3. FUNDAMENTACION EPISTEMOLÓGICA	16
2.4 FUNDAMENTACION ONCOLÓGICA.....	16
2.5 FUNDAMENTACION AXIOLÓGICA.....	17
2.6 FUNDAMENTACION SOCIOLOGÍA.....	17
2.7 FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA.....	18
2.8 FUNDAMENTACIÓN LEGAL	19
2.9 CONSTELACIÓN DE IDEAS VARIABLE INDEPENDIENTE.....	22
2.10 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES	24
2.10.1 PROBLEMAS SOCIALES.....	25
2.10.2 ABUSO DE ALCOHOL.....	25
2.10.3ABUSO DE ALCOHOL EN LA FAMILI	29
2.11 FORMULACION DE HIPOTESIS	51
2.12 FORMULACION DE HIPOTESIS	51
CAPÍTULO III	
3.1 ENFOQUE	53
3.2MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	53
3.3 NIVEL O TIPO DE LA INVESTIGACIÓN.	54
3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	54
3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	56
3.6. TECNICAS E INSTRUMENTOS.....	58
3.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS	59

CAPÍTULO IV ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	
4.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	60
CUESTIONARIO SEMIESTRUCTURADO.....	60
TEST AUDIT	63
CUESTIONARIO SEMIESTRUCTURADO VARIABLE DEPENDIENTE.....	63
4.2 INTERPRETACIÓN DE LA RELACION DE VARIABLES.....	89
4.2.1 CHI CUADRADO.....	89
4.2.2 HIPÓTESIS ALTERNA	89
4.2.3 HIPÓTESIS NULA.....	89
4.2.4 REGLA DE DECISION.....	90
CALCULO DEL X^2	93
4.3 VERIFICACIÓN DE HIPOTESIS.....	93
CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 CONCLUSIONES.....	94
5.2 RECOMENDACIONES.....	95
CAPÍTULO VI LA PROPUESTA	
6.1 DATOS INFORMATIVOS	96
6.1.1 TEMA	96
6.1.2 INSTITUCIÓN EJECUTORA.....	96
6.1.3 BENEFICIARIOS.....	96
6.1.4 UBICACIÓN.....	96
6.1.5 TIEMPO ESTIMADO PARA LA EJECUCIÓN.....	96
6.1.6 EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE.....	96
6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA	97
6.3 JUSTIFICACIÓN.....	99
6.4 OBJETIVOS	100
6.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	100
6.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	101
6.5 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	101
PROGRAMA ALFIL.....	101

6.6 METODOLOGÍA	98
6.6.1 MODELO OPERATIVO	131
6.7 MARCO ADMINISTRATIVO	132
6.7.1 RECURSOS FÍSICOS O INSTITUCIONALES	132
6.7.2 RECURSOS HUMANOS.....	132
6.7.3 RECURSOS MATERIALES.....	132
6.7.4 RECURSOS ECONÓMICOS.....	133
6.7.5 CRONOGRAMA.....	134
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	135
ANEXOS.....	138

C. ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO N°1	54
CUADRO N°2	55
CUADRO N°3	56
CUADRO N°4	55
CUADRO N°5	60
CUADRO N°6	61
CUADRO N°7	62
CUADRO N°8	63
CUADRO N°9	64
CUADRO N°10	65
CUADRO N°11	66
CUADRO N°12.....	67
CUADRO N°13.....	68
CUADRO N°14	69
CUADRO N°15	70
CUADRO N16.....	71
CUADRO N°17	72
CUADRO N°18	73

CUADRO N°19	74
CUADRO N°20	75
CUADRO N°21	76
CUADRO N°22	77
CUADRO N°23	78
CUADRO N°24	79
CUADRO N°25	80
CUADRO N°26	81
CUADRO N°27	82
CUADRO N°28	83
CUADRO N°29	84
CUADRO N°30	85
CUADRO N°31	86
CUADRO N°32	87
CUADRO N°33	88
CUADRO N°34	90
CUADRO N°35	92
CUADRO N°36	116
CUADRO N°37	130
CUADRO N°38	133
CUADRO N°39	134

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°1	3
GRÁFICO N°2	7
GRÁFICO N° 3	22
GRÁFICO N°4	23
GRÁFICO N°5	24
GRÁFICO N°6	60
GRÁFICO N°7	61
GRÁFICO N°8	62

GRÁFICO N°9.....	63
GRÁFICO N° 10	64
GRÁFICO N°11.....	65
GRÁFICO N°12.....	66
GRÁFICO N°13.....	67
GRÁFICO N°14.....	68
GRÁFICO N°15.....	69
GRÁFICO N16	70
GRÁFICO N°17.....	71
GRÁFICO N°18.....	72
GRÁFICO N°19.....	73
GRÁFICO N°20.....	74
GRÁFICO N°21.....	75
GRÁFICO N°22.....	76
GRÁFICO N°23.....	77
GRÁFICO N°24.....	78
GRÁFICO N°25.....	79
GRÁFICO N26	80
GRÁFICO N°27.....	81
GRÁFICO N°28.....	82
GRÁFICO N°29.....	83
GRÁFICO N°30.....	84
GRÁFICO N°31.....	85
GRÁFICO N°32.....	86
GRÁFICO N°33.....	87
GRÁFICO N°34.....	88
GRÁFICO N°35.....	91
GRÁFICO N°36.....	91

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO N°1	138
ANEXO N°2	141
ANEXO N°3	142
ANEXO N°4	143
ANEXO N°5	147

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

“EL ABUSO DEL ALCOHOL EN LA FAMILIA Y LA AGRESIVIDAD QUE PRESENTAN LOS NIÑOS DE SÉPTIMO AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA DE LA UNIDAD EDUCATIVA HONDURAS DE LA CIUDAD DE AMBATO DURANTE EL PERÍODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2014”

Autor: Ulloa Núñez, Miguel Cristóbal

Tutora: Psic. Inf. Cristina Mariela, Lara Salazar

Fecha: Abril – Septiembre 2014.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo principal determinar si el abuso de alcohol en la familia causa agresividad en los niños de séptimo año de educación básica de la Unidad Educativa Honduras de la Ciudad de Ambato. Los sujetos parte de la investigación son 67 familias de niños con quienes se hizo la respectiva entrevista y posteriormente su historia clínica, subsiguientemente se aplicó un cuestionario adaptado en base al test manifiesta de agresividad, que el autor adaptó acorde a los requerimientos de la investigación. A su vez se trabajó con sus respectivos padres, a quienes se les aplicó el Test de AUDIT para detectar dependencia al alcohol.

Del 100% de las personas el 92% existe algún grado de consumo y el 8 % no presenta consumo que corresponde a 4 familias, dentro del 92%, 41 familias se encuentran dentro de la dependencia alcohólica esto corresponde al 60% de la muestra, y 22 familias se encuentran dentro de lo síntomas relacionados con el alcohol esto corresponde al el 32% de la población.

De la población infantil se pudo evidenciar que existe un 100% de niños que presentan agresividad de algún tipo es así como 22 niños presentan agresión física contra otras personas lo que corresponde al 34.92%, 18 menores presentan agresión física contra objetos lo que corresponde 28.57%, 12 niños presentan

agresión verbal lo que indica el 19.05% de la muestra, y 11 niños presentan agresión contra sí mismo lo que corresponde al 17.46 de la población investigada. Se realizó la Intervención psicoeducativa y terapéutica mediante el programa ALFIL que tiene como finalidad la prevención familiar selectiva. Este programa ha sido aplicado en asociaciones de alcohólicos, a hijos de alcohólicos cuyos progenitores han sido identificados como dependientes del alcohol en un centro especializado.

PALABRAS CLAVES: ALCOHOLISMO, AGRESIVIDAD, DEPENDENCIA, AGRESIÓN, PROGENITORES, TERAPÉUTICA.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
CAREER OF CLINICAL PSYCHOLOGY

"ALCOHOL ABUSE IN THE FAMILY AND AGGRESSION INVOLVING CHILDREN OF SEVENTH YEAR BASIC EDUCATION UNIT OF EDUCATION OF THE CITY OF HONDURAS AMBATO DURING APRIL - SEPTEMBER 2014"

Author: Miguel Cristóbal, Ulloa Núñez

Tutor: Psic. Inf. Cristina Mariela, Lara Salazar

Date: April-September 2014

ABSTRACT

The present research has as main objective to determine if abuse alcohol causes aggression in children family seventh year of basic education Honduras Education Unit of the City of Ambato. The subjects of the research are 67 families of children who did the interview and relevant medical history then subsequently an adapted questionnaire based test manifest aggression, the author adapted according to the requirements of the research was applied. In turn worked with their parents, who were administered the AUDIT test to detect alcohol dependence.

100% of people 92% there is some degree of consumption and no consumption 8% corresponding to 4 families, within the 92%, 41 families are in alcohol dependence that corresponds to 60% of the sample, and 22 families are among the symptoms associated with alcohol this corresponds to 32% of the population.

Of children became evident that there is a 100% of children with aggressiveness of some sort is as well as 22 children have physical aggression against others which corresponds to 34.92%, 18 infants have physical aggression against objects corresponding 28.57% 12 children have verbal aggression indicating 19.05% of the sample, and 11 children have aggression against himself which corresponds to 17.46 of the research population.

Psychoeducational and therapeutic intervention was performed by ALFIL program aims familiar selective prevention. This program has been implemented in associations alcoholics, children of alcoholics whose parents have been identified as alcohol dependent at a specialized center.

KEYWORDS: ALCOHOL, AGGRESSION, DEPENDENCE, AGGRESSION, PARENTS, THERAPEUTIC.

INTRODUCCIÓN

El Proyecto de Investigación tiene como Tema: El Abuso del Alcohol en la Familia y la Agresividad que presentan los Niños de Séptimo año de Educación Básica de la Unidad Educativa Honduras de la Ciudad de Ambato Abril-Septiembre 2014.

El consumo de bebidas alcohólicas ha estado tradicionalmente relacionado con la violencia y las conductas agresivas especialmente de los niños.

No obstante no ha habido un claro consenso en cuanto a la influencia directa de las bebidas alcohólicas en la aparición de episodios violentos, a pesar de que en diversos estudios el consumo de alcohol está presente en muchos de estos cuadros.

Sería interesante pues analizar si el alcohol es el causante o desencadenante de estos cuadros violentos, cuales son los mecanismos neurobiológicos implicados en este desenlace, cuales las consecuencias y cómo podemos actuar en estos casos, revisando los protocolos existentes.

Además, con frecuencia se ha hablado que la violencia genera más violencia ya esto por mecanismo de aprendizaje de cualquier tipo,

La importancia de este proyecto permanece ya que en este medio es frecuente el consumo excesivo de alcohol en personas de todas las edades y por ende en algún miembro de la familia, teniendo esta consecuencia el maltrato al núcleo familiar, y por lo cual dejando secuelas graves a los hijos que son los sujetos más vulnerables de este sistema.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del Problema

¿Influye el abuso del alcohol en la familia en la agresividad de los niños?

1.2 TEMA

“El abuso del alcohol en la familia y la agresividad que presentan los niños de séptimo año de Educación Básica de la Unidad Educativa Honduras de la ciudad de Ambato durante el periodo abril – septiembre 2014”

1.2.1 Contextualización

Macro

Según la Dirección Nacional de Salud Mental, del Ministerio de Salud Pública (MSP), en el año 2000 el consumo de alcohol era del 21,4%; en 2001 bajó levemente al 20,6%, pero en 2003 subió al 23,9% y en 2006 llegó al 23,5%.

A nivel de regiones, la Amazonía representa el 36% de los casos, la Sierra el 33,5%, la Costa es el 13,7% y la región insular es cercana al 0%.



Grafico N. 1
Fuente: Dirección Nacional de Salud Mental
Elaborado por Miguel Ulloa.

Por otra parte estudios realizados por la OMS en el año (2002) en Ecuador, donde el consumo era antes muy bajo, se han registrado tasas de aumento muy marcadas, que si mantuvieran durante otro decenio los situaría a la misma altura de los países de Europa que ya tienen tasas de consumo relativamente altas.

Se considera que es uno de los problemas sociales más graves, el mismo que ocupa un puesto preferencia en las estadísticas mundiales, cuya incidencia es del 58% y la prevalencia es del 75%, esto significa que anualmente más de la mitad de la población mundial ha consumido alcohol en algún momento.

En Ecuador se considera que la tercera causa de muertes por accidentes de tránsito es por consumo de licor y si esto lo ligamos a las riñas callejeras, homicidio por ajuste de cuentas, pandillaje etc., la cifra es sorprendente 44% [MSP, 2010]

El alto consumo de bebidas alcohólicas, especialmente en nuestra juventud, están relacionadas principalmente por problemas familiares convirtiéndose este en un problema social. Se considera un consumo con riesgo y daño la cantidad de 6 litros por año, para el caso del Ecuador, el consumo per cápita es de 8 litros.

Según una investigación realizada por el Consejo nacional de control de Sustancias estupefacientes y Psicotrópicas realizadas en base a entrevistas con 6268 personas durante 1999 existe una prevalencia de consumo de alcohol de 75.5%. En el 2000 se repitió esta encuesta y para entonces la prevalencia de vida en relación al alcohol había aumentado en 76.4%., [Consejo Nacional de control de Estupefacientes, 1999]

Sin embargo han aumentado notablemente los problemas relacionados con el incrementado consumo de alcohol tales como accidentes, violencia intrafamiliar, maltrato a las cónyuges e hijos bajo un estado de embriaguez desempleo lo que conlleva que haya mala comunicación problemas en la relaciones interpersonales con los miembros de la familia.

De las personas que consumen bebidas alcohólicas en el país el 74% son padres de familia, el 10.5% son madres y el 13.5% son hijos según Pulso Ecuador una revista que reporta las tendencias de los consumidores.[MSP, 2010]

Meso

En la provincia de Tungurahua en el año 2008 el alcoholismo tiene una prevalencia del 7.7% en mayores de 15 años y el consumo de drogas ilícitas se encuentra entre un 3.2. En jóvenes de 12 a 19 años y un 7.7. En adultos de 30 a 39 años.

La violencia doméstica asociada estrechamente al alcoholismo, el maltrato al menor y el abuso sexual demuestran índices alarmantes del 20 al 75% con

tendencias crecientes, como índices inequívocos del deterioro de la Salud Mental de la familia.

Una de cada cuatro consultas a unidades de atención primaria tiene en componentes psicopatológicos o situaciones psico-sociales identificables y susceptibles de intervención relacionados con el abuso excesivo de alcohol.

Alrededor del 50% de los pacientes internados en Hospitales Generales presentan problemas de Salud Mental; las causas, razones y hechos para que sea necesario no sólo frenar sino disminuir el alcoholismo, son, señalar las más graves. Con el alcoholismo hay desinhibición de las manifestaciones de las personas como son la agresividad, la pugna por criterios y acciones y aprecio y odios. Esta desinhibición y falta de autocontrol, y por eso la disminución de los controles de pasiones y manifestaciones adversas al prójimo, se llega fácilmente al clima de la violencia, a las peleas y broncas no sólo callejeras sino dentro de los mismos escenarios de expendio y consumo. Resultado de tales consumos, de las desinhibiciones y exteriorización de la agresividad y de explosión atacante, de las desavenencias de todo género, advienen las peleas, con usos de armas de fuego, arma blanca por consecuencia baños de sangre. Se observa así mismo el manejo de automotores con el alcohol circulando en el organismo, hasta llevar a los fatales accidentes en que la muerte o incapacidad marcan las vidas con dolor y sangre. A menos alcoholismo, menos violencia, más vida,[MSP, 1999].

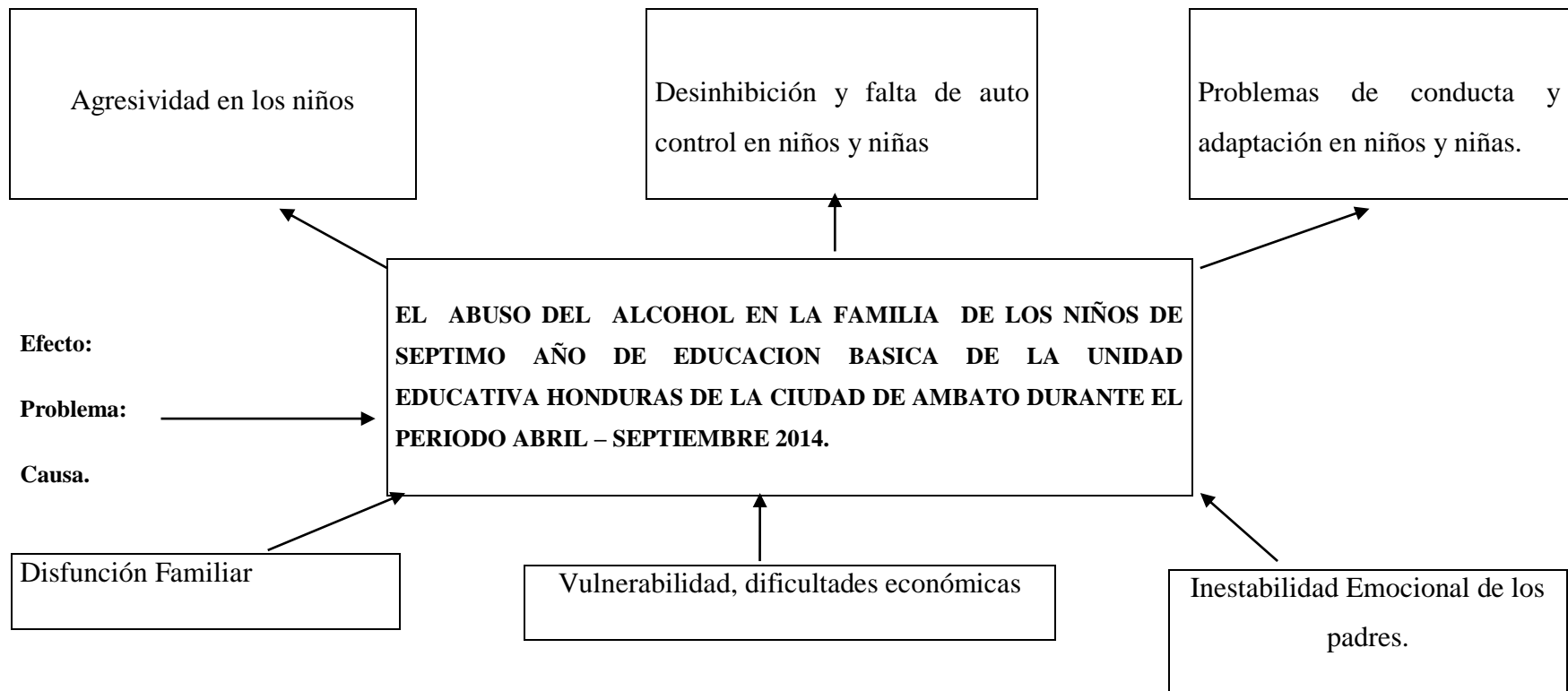
Micro

La unidad educativa Honduras fue creada el 18 de Septiembre del año de 1972 por el Sr. Rizalino Pazmiño, la escuela en ese año fue dirigida por la profesora Blanca Garcés con 20 niños aproximadamente en la actualidad existen 323 niños distribuidos en primer año 37 alumnos, segundo año 39 alumnos tercer año 36 alumnos cuarto año 39 alumnos quinto año 40 alumnos sexto año 33 alumnos séptimo año 77 alumnos en dos paralelos noveno 12 alumnos y décimo 10 alumnos. [Unidad Educativa Honduras, 1972].

El alcoholismo ha pasado a ser definido como una enfermedad compleja en sí, con todas sus consecuencias entre, los primeros síntomas, muy sutiles, incluyen la preocupación por la disponibilidad de alcohol, lo que influye poderosamente en la elección, por parte del enfermo, de sus amistades o actividades para desarrollar cada vez este vicio, es por ello que en la escuela Honduras se ha observado en su mayoría casos de familias alcohólicas las mismas que han generado problemas intrafamiliares siendo los más afectados los hijos teniendo los mismos mayores riesgos de desarrollar problemas emocionales que los hijos(as) de padres que no son alcohólicos, además estos niños tienen cuatro veces mayor probabilidad de ser alcohólicos que otros niños, quienes a su vez tienen problemas de conducta siendo uno de los más notorios la agresividad con sus compañeros de clase,[Ulloa 2013.]

El consumo de alcohol de los padres de familia es en su mayoría por el bajo nivel cultural y económico. Encontrando en el licor como su única salida para sus dificultades cotidianas, la frecuencia de consumo de los padres es diariamente por lo que los niños se ven sometidos a convivir a diario con este tipo de escenas, siendo víctimas de las agresiones propiciadas por sus padres cuando estos se encuentran en estado de embriagues y sin dejar de lado el negligente cuidado proporcionado por sus progenitores.

ÁRBOL DEL PROBLEMA



Graficó N. 2
Elaborado por: Miguel Ulloa

1.2.2. ANÁLISIS CRÍTICO

El abuso del alcohol en algún miembro de la familia es uno de los problemas más graves a nivel de esta, y en consecuencia social, siendo este un problema que conlleva a la disfunción del núcleo y por ende van a actuar como desencadenante de patrones conductuales agresivos en los niños.

La poca o nula información que la familia obtienen sobre el consumo inadecuado de alcohol, ayuda al incremento del mismo, hacen que estos tengan poca conciencia del problema y por lo mismo de las consecuencias que pueden ocasionar en la familia, siendo observadas estas secuelas en conductas o alteraciones en el comportamiento de los más pequeños de la familia, adoptando estos que posteriormente conductas negativas por el aprendizaje vicario, las que pueden repercutir en el desarrollo del normal del infante y ser repetidas en el ambiente educativo con sus compañeros, agrediendo física psicológica y verbalmente convirtiéndose en una cadena de problemas o alteraciones conductuales.

Cuando una persona se encuentra frente a rasgos de inestabilidad emocional es más frecuente que sufra de problemas de alcohol como una forma de desfogar o escapar de estos, siendo este un modelo de agresión para con personas vulnerables

Cuando una persona alcohólica sufre de inestabilidad emocional tiende a variar sus sentimientos y estados emotivos en este caso las personas con problemas de alcoholismo tienen una gran dependencia generando en su interior más angustia e inquietud otra de las características fundamentales de personas con inestabilidad emocional es que tienden a tener baja autoestima e inseguridad. es por eso que un alcohólico tiene un encierro interno que es imposible saber para quienes lo rodean que le pasa y que le está afectando y salir de este círculo es muchas veces, muy difícil llevando en su mayoría de ocasiones problemas conductuales que terminaran por afectar de sobremanera su vida cotidiana.

1.2.3 PROGNOSIS

Al no abordar la problemática del consumo excesivo de alcohol en los padres provocaría consecuencias graves entre ellas disfunción familiar y violencia intrafamiliar con agresiones físicas, verbales y psicológicas, produciendo al niño una mala adaptación familiar, escolar, social y acarreando problemas interpersonales que le llevaran a agredir a otros, este problema de inadaptación le dejaran secuelas importantes en el desarrollo sociocultural y comportamental, siendo más propenso a desencadenar trastornos conductuales como el trastorno negativista desafiante, disocial y posteriormente el trastorno antisocial. Siendo que el ambiente en la que un niño crece es importante para el desarrollo evolutivo y psicológico, al presenciar el comportamiento negativo de sus padres en el hogar estos pueden ver este comportamiento como algo normal y en su futuro pueden convertirse en personas alcohólicas y padres maltratadores.

1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo el abuso del alcohol en la familia influye en la agresividad de los niños de la Escuela Honduras de la ciudad de Ambato?

1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES

¿Qué nivel de abuso de alcohol presentan los familiares de los niños?

¿Cuál es el tipo más común de agresividad en los niños?

¿Cómo se debe proceder para modificar los rasgos de agresividad en los niños?

1.2.6. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.6.1. Delimitación de contenido

CAMPO: Salud

ÁREA: Psicología Clínica

ASPECTO: Abuso de alcohol y agresividad en los niños

1.2.6.2. Delimitación espacial

La investigación se realizara en los espacios físicos del Centro educativo Honduras.

1.2.6.3. Delimitación temporal

Este problema será investigado en el período Abril – Septiembre 2014.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Desde épocas remotas el consumo masivo de alcohol ha sido considerado como algo normal, es por eso que hoy por hoy es una de las sustancias más permitidas no solamente en nuestro país si no a nivel mundial.

La presente investigación involucra a los padres de la unidad Educativa Honduras ya que al tener como tema central el consumo de alcohol y trayendo como consecuencia agresión en los niños dificulta su desarrollo personal como social, siendo esto un factor principal en el cambio de comportamiento en sus hijos, este consumo se puede dar por problemas emocionales, baja tolerancia a la frustración problemas interpersonales entre otros, los cuales son generadores de violencia intrafamiliar.

Es importante abordar está investigación ya que con esto se puede generar alternativas que ayuden a disminuir el consumo masivo de alcohol, brindando información sobre cuáles son las causas y sus consecuencias que muchas veces suelen ser irremediables a padres de familia consumidores y a su vez concienciando sobre las repercusiones a nivel familiar en este caso la violencia en sus hijos, siendo este un contribuyente importante para disminuir la agresividad en lo niños, independientes del trabajo que se realizara con ellos.

Siendo este proyecto original y factible contando con los recursos humanos y materiales, cabe destacar la apertura de La Unidad Educativa Honduras así como el apoyo total de las autoridades del mismo.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

- Analizar la influencia del Abuso del Alcohol en la Familia en la Agresividad que presentan los Niños de Séptimo año de educación básica de la Unidad Educativa Honduras de la Ciudad de Ambato.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de abuso del alcohol en la familia de los niños de la Unidad Educativa Honduras.
- Determinar qué tipo de agresividad presentan los niños con familiares alcohólicos.
- Plantear una propuesta alternativa para el problema planteado.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES

En investigaciones realizadas referente al tema de investigación se encontró lo siguiente:

Tesis realizada en la Universidad Técnica de Ambato por **Gina Liliana Álvarez Altamirano (2006)** concluye: Ante la existencia de maltrato entre los miembros de la familia los niños buscan como alternativa la solución de irse de la casa en su mayoría, de buscar el control, y ser mejor que los demás, agrediendo a sus compañeros, hacer lo que sus padres hacen para mantener el respeto y control por parte de sus hijos.

En la tesis cuya autora es **Lorena Núñez (2006)** concluye: que el alcoholismo puede ser el origen, de muchas situaciones negativas, y una de estas principalmente una reacción negativa dentro de los hogares, ya que la relación afectiva se va tornando deficiente en las familias, al punto de llegar a una difícil comunicación entre la pareja y hasta de padres a hijos.

En otra tesis revisada en la Universidad Politécnica Salesiana cuyo autor es **Wilman Granda (1998 – 1999)** concluye que: El alcoholismo trae como consecuencia varios problemas internos y externos teniendo como principales problemas precisamente el fracaso de toda su vida, que como consecuencia “una familia alcohólica” que se desintegra a medida que el alcohol crece en el núcleo familiar; este problema afecta con mayor peligrosidad a los miembros menores de la familia consumidora.

Otro de los factores que incide en el bajo rendimiento es tener una familia o un miembro de la familia alcohólico, porque bien sabemos que no solo el individuo en calidad de bebedor es el problema sino que el problema influye en todo el núcleo familiar es decir que la preocupación le asume aún más en el hogar que el mismo consumidor, y un padre alcohólico desbarata los planes de la organización familiar, destruye los planes educativos y conductuales del hijo, con esto sin rendimiento académico decae simultáneamente, porque la preocupación es igualmente suya, por esto hijos de padres alcohólicos envidian a hijos de padres equilibrados, por la simple razón de que los hijos de estos padres reciben el apoyo moral, cultural e intelectual.

Liliana Pastén I.*, Pamela Lobos D. ,Angélica Mosqueda D.*****
(2007)Determinan la magnitud del comportamiento agresivo e identificar la distribución del nivel de agresividad según factores individuales, familiares e institucionales, en varones de 10-12 años de colegios municipalizados, particular-subvencionados y particular-pagados de Valparaíso. Material y Métodos: Estudio transversal, descriptivo-correlacional. Muestra correspondiente al 8,4% del universo de matriculados en la comuna de Valparaíso, año 2006. Se aplicó una encuesta con preguntas cerradas, que midieron el comportamiento agresivo y los factores del estudio. Se establecieron cuatro niveles de agresividad: alto, mediano, bajo y sin agresividad. Resultados: 21,4% de los varones responde con un nivel alto o mediano de agresividad, frente a diversas situaciones. Respecto a los factores analizados, aquellos estadísticamente significativos a nivel individual fueron consumo de alcohol y drogas, que se presenta entre varones con más altos niveles de agresividad; a nivel familiar, el mayor porcentaje de alumnos que presentan alta agresividad han recibido castigo físico (79,2%) y el patrón de crianza ejercido en sus familias es inconsistente (33,3%); a nivel institucional, alumnos que tienen niveles altos de agresividad asisten en su mayoría a escuelas municipales (83,3%) y pequeñas (54,2%). Conclusión: conocer la magnitud del comportamiento agresivo y los factores asociados es fundamental para direccionar acciones de promoción y prevención de este comportamiento, especialmente por la/el enfermera/o, dado el contacto temprano y sistemático que sostiene con las

familias en el Control de Salud Infantil, al observar el estilo de apego, indagar prácticas de crianza y fomentar patrones de crianza que permitan el logro de las tareas del desarrollo.

Edite Lago da Silva Sena^I; Rita Narrimam Silva de Oliveira Boery^{II}; Patrícia Anjos Lima de Carvalho^{III}; Helca Francioli Teixeira Reis^{IV}; Ana Maria Nunes Marques (2003)

Manifiestan que el conocer el significado de la convivencia diaria con una persona alcohólica fue el objeto de un estudio fenomenológico realizado con diez familiares de los alcohólicos, usuarios de un Centro de Atención Psicosocial - Alcohol y Drogas y de una Unidad de Salud de la Familia, del interior de Bahía, en el primer semestre de 2009. Las descripciones vivenciales fueron reveladas por medio de entrevistas semi-estructuradas y grupos focales, y luego sometidas a la analítica de la ambigüedad, que llevó a objetivar los siguientes temas: violencia percibida y violencia naturalizada; convivencia por necesidad personal y convivencia por la necesidad del otro. El fenómeno de la convivencia familiar con un miembro alcohólico apareció como vivencia ambigua, percibido siempre en perfil, trayendo con él varios otros perfiles. Los resultados destacaron la necesidad de una política de atención a la familia de personas alcohólicas, que sea capaz de incluirla en el planeamiento de la asistencia integral a la salud.

Por último **Martha Ramírez Ruiz; Denise de Andrade (2005)**

Refieren en un investigación que tiene como objetivo el de identificar en un ambiente familiar los posibles factores de riesgo relacionados con el uso de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes. Es importante destacar que estudio de esta naturaleza dentro de una perspectiva socio-cultural expresa la tentativa de comprender los factores de riesgo para el uso de bebidas alcohólicas y tabaco y enfrentar las influencias ambientales en el entorno familiar con vistas a prevenir futuros casos de dependencia. El estudio se utilizó una muestra de cien familia, a las que se les aplicó un instrumento preestablecido con los responsables de las respectivas familias. Como resultado se obtuvo que 51% del nivel de escolaridad es bajo, el 54% tiene salario inferior al básico, el 61% ingieren bebidas

alcohólicas. Vale destacar que incuestionablemente la reducción de la casuística de alcoholismo y/o tabaquismo repercute significativamente en la calidad de vida de los individuos.

Los resultados obtenidos en la siguiente investigación es una evaluación por medio de una entrevista familiar que muestra el consumo de alcohol y tabaco. De las 100 familias entrevistadas es posible concluir que el 51% del nivel de escolaridad es bajo, el 54% tiene salario inferior al básico, el 61% ingieren bebidas alcohólicas. Esto ocasiona un medio depresivo e inductivo al uso del tabaco y el alcohol para huir de esta cruel realidad, esto evidencia una vez más que estos posibles factores de riesgos presentes en el ámbito familiar induzcan al consumo de bebidas licitas.

La familia, escuela y medio social son tres elementos del sistema social que están en constante comunicación, cualquier incidencia en alguno de ellos tendrá repercusión en el conjunto del sistema, el primero y mejor agente de socialización lo constituye la familia a partir de ella se desarrollan normas de conducta en su relación con los demás, costumbres, valores dominantes de la sociedad, modelos en general y la interpretación de los modelos en función a la clase social cultura y sub.-cultura a los que pertenece, haciendo que el adolescente aprenda y asuma roles, hábitos, normas, costumbres, actitudes en general y tradiciones de la sociedad, comunidad - grupo a través de una evolución del aprendizaje creciente llamado proceso de socialización.

En tal sentido los factores de riesgo son un conjunto de factores que se relacionan con la probabilidad del consumo de drogas, el cual constituye en un patrón comportamental de vulnerabilidad para el adolescente. Estos factores de riesgo explican las condiciones en las que se puede producir el inicio del consumo, pero no se puede considerar que tales factores sean la causa. Por tanto, es imprescindible hablar en términos de probabilidad y no de determinación, es por ello que no se puede entender cada uno de ellos en forma aislada, sino que debe ser considerada en interacción recíproca y dinámica.

2.2. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

El paradigma de la investigación es crítico- propositivo como una alternativa para la investigación social que se fundamenta en el cambio de esquemas sociales.

Es crítico porque cuestiona los esquemas sociales y es propositivo cuando la investigación no se detiene en la observación de los fenómenos sino plantea alternativas de solución en un clima de actividad, esto ayuda a la interpretación y comprensión de los fenómenos sociales en su totalidad.

Uno de los compromisos es buscar la esencia de los mismos, la interrelación e interacción de la dinámica de las contradicciones que generan cambios profundos.

La investigación está comprometida con los seres humanos familiares y su crecimiento

2.3. FUNDAMENTACIÓN EPISTEMOLÓGICA

Sostiene que el conocimiento va más allá de la información porque busca transformar sujetos y objetos. Se aspira a que el sujeto se caracterice por ser proactivo, participando activamente, fortaleciendo su personalidad y su futura actitud creadora. Esto le llevará hacia una positiva asimilación proyectiva de la identidad nacional.

En este trabajo las ciencias se definen como un conjunto de conocimientos ordenados y dirigidos hacia la transformación social y mejor entendimiento familiar

2.4. FUNDAMENTACIÓN ONCOLÓGICA

Este trabajo se fundamenta en que la realidad está continuo cambio por lo que la ciencia con sus verdades científicas tiene un carácter perfectible. Entre los seres

vivos, el humano para sobrevivir necesita aprender adaptarse al medio a ser autónomo y utilizar adecuadamente su libertad

El tipo de persona que se pretende formar debe ser valores humanos. Tener una actitud de afirmación ante la de la vida; esta base anímica psicológica, espiritual, hace consistencia moral de la persona.

El tipo de persona que se pretende formar debe tener sensible ante los valores humanos, una actitud de afirmación ante la vida; esta base anímica psicológica, espiritual, hace consistencia moral de la persona.

La familia, la escuela, la sociedad, tienen el deber de crear condiciones cada vez mejores para que cada cual pueda descubrir y realizar sus actividades.

2.5. FUNDAMENTACIÓN AXIOLÓGICA

El desarrollo integral del ser humano, basado en la práctica de valores como la responsabilidad, la honestidad, la honradez, la solidaridad y el sentido de equidad; sin descuidar el desarrollo de la inteligencia emocional, con el fin de que formen su carácter y personalidad y estén en capacidad de administrar su vida acertadamente.

El secreto de la educación radica en lograr que el educando perciba los valores como respuesta a sus aspiraciones profundas de sus ansias de vida de verdad de bien y de belleza, como camino para su inquietud de llegar a ser.

2.6. FUNDAMENTACIÓN SOCIOLÓGICA

La investigación fundamenta en la teoría dialéctica del materialismo histórico donde se encuentra el constante cambio y transformación de la sociedad hacia el desarrollo y progreso. Todo ser humano alcanza la transformación hacia trascendencia en el tiempo y en el espacio.

La sociedad es producto histórico de la interacción social de las personas que es el proceso recíproco que obra por medio de dos o más factores sociales dentro del marco de un solo proceso bajo ciertas condiciones de tiempo y lugar, siendo el aspecto económico un factor determinante.

Las relaciones humanas se basan en metas, valores y norma, su carácter y sustancia son influidas por formas sociales dentro de las cuales tienen efecto las actividades del ser humano en la vida familiar y escolar.

Vivimos en una época de transformaciones muy radicales, de gran velocidad e incertidumbre, en el contexto de una progresiva globalización de los mercados creciente disponibilidad de nuevos conocimientos, instantaneidad de las comunicaciones y una mayor toma de conciencia respecto a las consecuencias de la forma de desarrollo basado en la depreciación de los ecosistemas.

La existencia de estos procesos de alcance universal conlleva a la planetarización de las manifestaciones culturales, sociales y al debilitamiento de las identidades nacionales.

Este enfoque favorece la comprensión y explicación de los fenómenos sociales como esencia del vínculo familia aprendizaje con el afán de la interrelación transformadora.

Además por ser comprometida con valores esenciales del ser humano, la investigación actual será eminentemente participativa. Optamos por una pedagogía integral y comprometida con el desarrollo de una sociedad más justa y equitativa.

2.7. FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA.

A nivel general se puede mencionar que la familia es la base de la sociedad, pero cuando existe un problema familiar por el consumo de alcohol este núcleo se puede romper y traer muchas complicaciones al niño.

Muchas de las veces la familia juega un papel muy importante en el comportamiento del niño siendo los padres los responsables de los problemas conductuales el ambiente en la que un niño crece es importante para el desarrollo evolutivo y psicológico, al presenciar el comportamiento negativo de sus padres en el hogar estos pueden ver este comportamiento como algo normal y en su futuro pueden convertirse en personas alcohólicas y padres maltratadores.

La Corriente Cognitivo Conductual pretende aliviar los síntomas y cambiar el estilo de presentación al mundo del paciente y de sus ideas irracionales a racionales.

Esta investigación es de estudio psicológico donde se estudiará el consumo de alcohol en, la familia y la agresividad en los niños.

2.8 FUNDAMENTACIÓN LEGAL

Según la constitución del Ecuador (2012).

Sección Quinta: Niñas, niños y adolescentes

Art. 44: El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas.

Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales.

Art. 45: Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción. Las niñas, niños y

adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social; al respeto de su libertad y dignidad; a ser consultados en los asuntos que les afecten; a educarse de manera prioritaria en su idioma y en los contextos culturales propios de sus pueblos y nacionalidades; y a recibir información acerca de sus progenitores o familiares ausentes, salvo que fuera perjudicial para su bienestar.

El Estado garantizará su libertad de expresión y asociación, el funcionamiento libre de los consejos estudiantiles y demás formas asociativas.

Art. 46: El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes:

1. Atención a menores de seis años, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos.
2. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. Se prohíbe el trabajo de menores de quince años, y se implementarán políticas de erradicación progresiva del trabajo infantil. El trabajo de las adolescentes y los adolescentes será excepcional, y no podrá conculcar su derecho a la educación ni realizarse en situaciones nocivas o peligrosas para su salud o su desarrollo personal. Se respetará, reconocerá y respaldará su trabajo y las demás actividades siempre que no atenten a su formación ya su desarrollo integral.
3. Atención preferente para la plena integración social de quienes tengan discapacidad. El Estado garantizará su incorporación en el sistema de educación regular y en la sociedad.
4. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o contra la negligencia que provoque tales situaciones.

5. Prevención contra el uso de estupefacientes o psicotrópicos y el consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias nocivas para su salud y desarrollo.
6. Atención prioritaria en caso de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.
7. Protección frente a la influencia de programas o mensajes, difundidos a través de cualquier medio, que promuevan la violencia, o la discriminación racial o de género. Las políticas públicas de comunicación priorizarán su educación y el respeto a sus derechos de imagen, integridad y los demás específicos de su edad.-Se establecerán limitaciones y sanciones para hacer efectivos estos derechos.
8. Protección y asistencia especiales cuando la progenitora o el progenitor, o ambos, se encuentran privados de su libertad.
9. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.

2.9. Constelación de ideas: Variable Independiente.

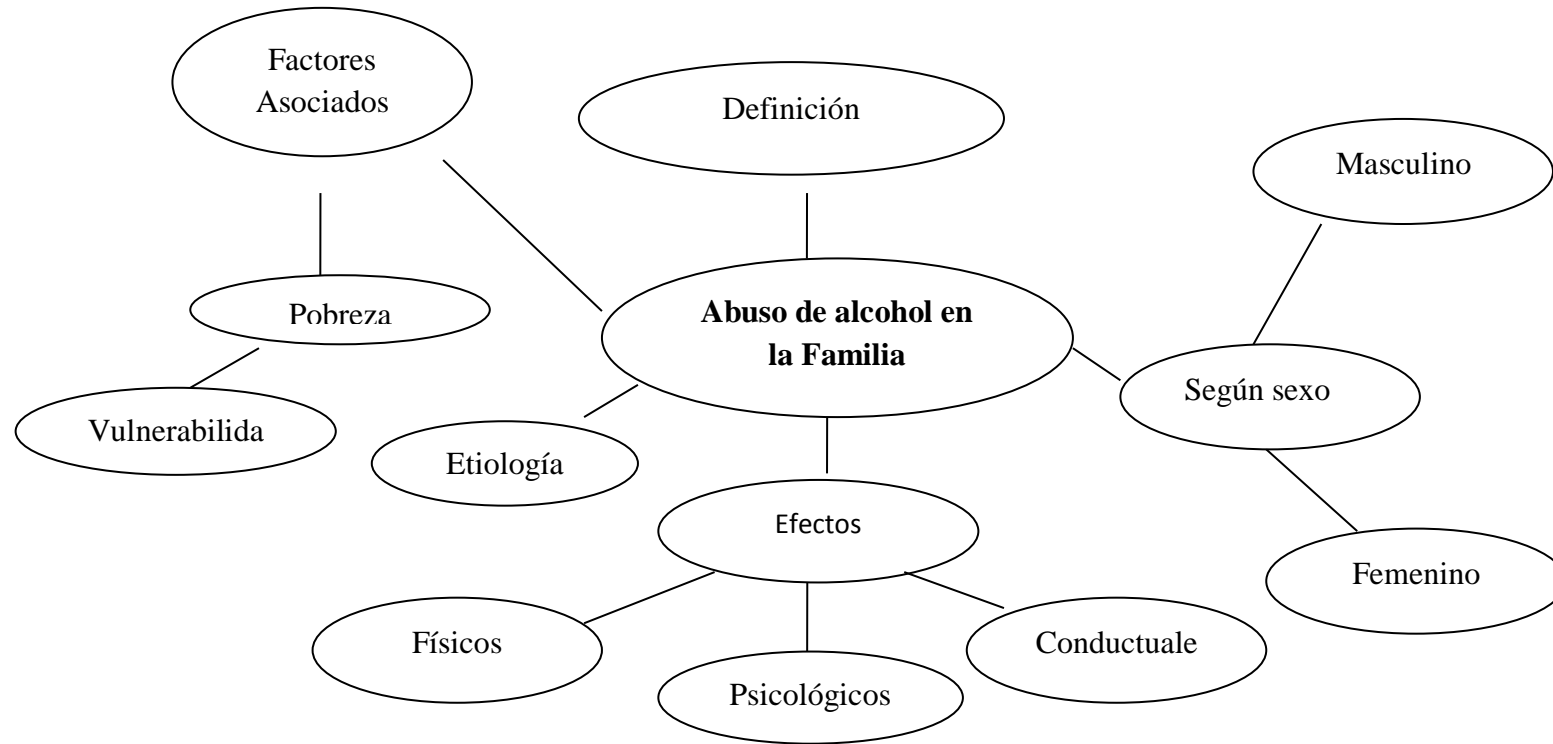


Grafico N° 3
Elaborado por: Miguel Ulloa

Constelación de ideas: Variable Dependiente

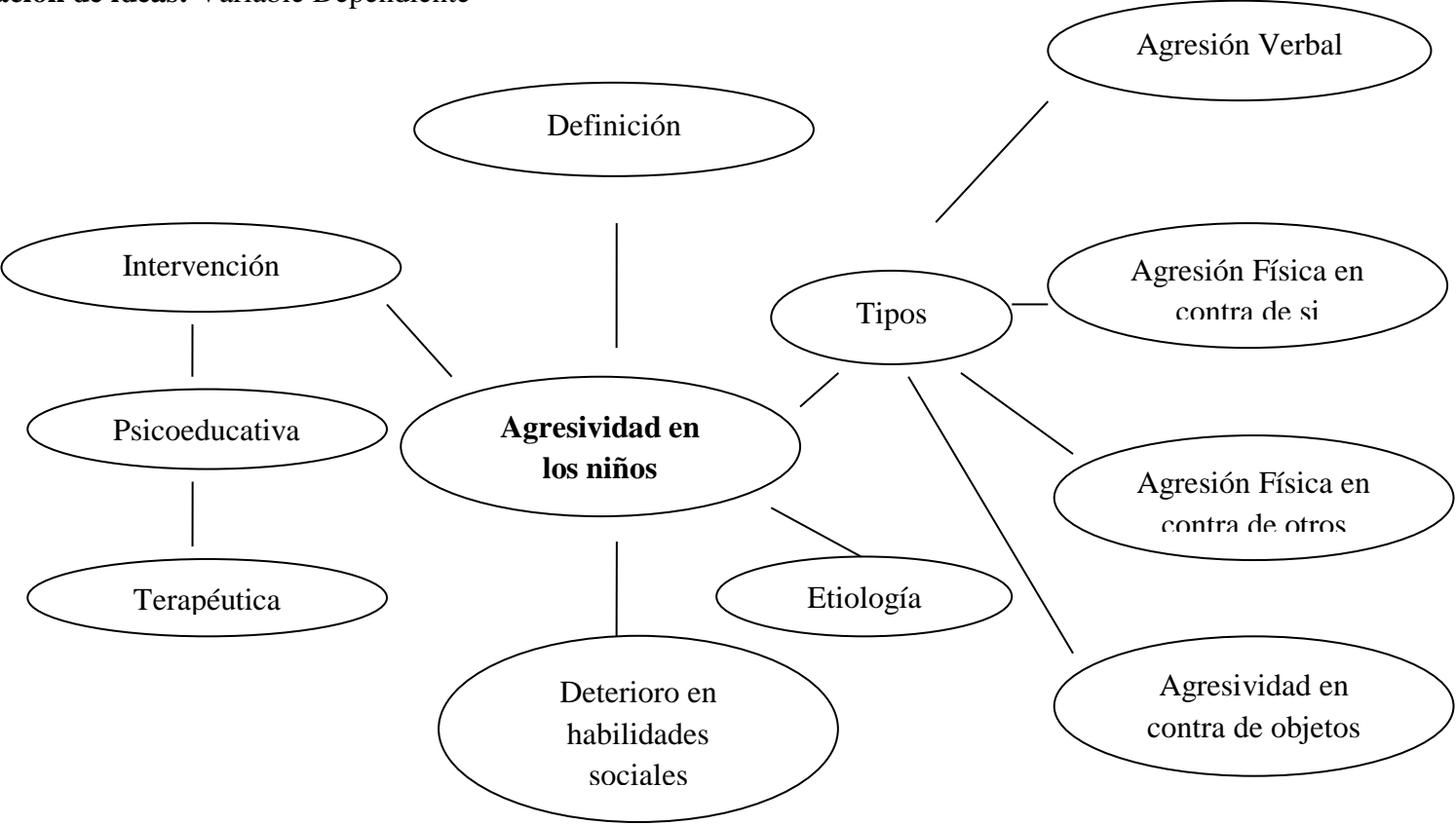
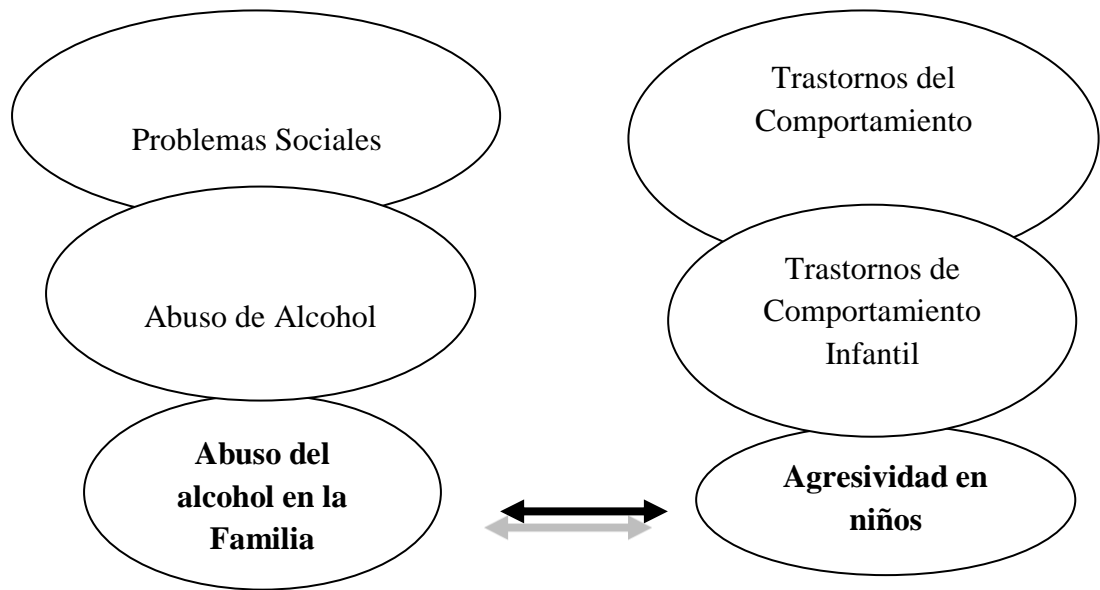


Grafico N° 4
Elaborado por: Miguel Ulloa

2.10. CATEGORÍAS FUNDAMENTALES



VARIABLE INDEPENDIENTE

VARIABLE DEPENDIENTE

Grafico N. 5
Elaborado por: Miguel Ulloa

DESARROLLO DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE

Variable Independiente: Abuso del Alcohol en la Familia.

2.10.1. PROBLEMAS SOCIALES

Social: Berger (2006), por su parte, es un adjetivo que refiere a lo que está vinculado a la sociedad. Una sociedad es una comunidad formada por personas que interactúan entre sí y que tienen una cultura en común.

Los problemas sociales, por lo tanto, son situaciones que impiden el desarrollo o el progreso de una comunidad o de un sector de ellas. Por tratarse de cuestiones públicas, el Estado tiene la responsabilidad y la obligación de solucionar dichos problemas a través de las acciones de gobierno.

García Salord (2008), sostiene que todo campo profesional se estructura en relación con ciertos imperativos sociales (demanda social) que plantean como necesario un tipo de práctica determinada. Estos imperativos sociales se estructuran a partir de los obstáculos que surgen en el proceso de producción y reproducción de la vida social, derivados de las contradicciones estructurales que caracterizan a cada sociedad y que se expresan como “problemas sociales”.

El problema social se constituye en objeto de intervención de la práctica profesional del trabajador social, previo análisis y delimitación del aspecto o aspectos de ese problema sobre los que se habrá de intervenir. Caracterizar el problema social significa “presentar información acerca de la problemática (datos acerca del fenómeno real y concreto), explicar categorías conceptuales utilizadas y establecer relaciones entre dichos conceptos: como se construye esa problemática como objeto de conocimiento, como se entiende y conceptúa”.

2.10.2. ABUSO DE ALCOHOL

En primer lugar habría que decir que entendemos por consumo la utilización que se hace de una sustancia en un determinado momento, y como consecuencia del

cual se experimentan unos efectos determinados. Está claro que consumo de alcohol realiza tanto el alcohólico, como el bebedor habitual, sea éste moderado o abusivo, como el bebedor esporádico, como quien lo hiciera por primera vez.

Dicho de otra manera, el término consumo de alcohol, en un sentido estricto, contempla únicamente la ingesta actual, aislada de otras ingestas pasadas o futuras. Parece bastante claro que el concepto de consumo, sin más explicaciones, nos sirve para bien poco, [Gómez 2001].

Es posible que algunos individuos puedan consumir o utilizar algunas sustancias en determinadas circunstancias y no pasen a una utilización masiva o un abuso de las mismas.- En otras palabras, se puede tomar cualquier droga, sin que necesariamente el sujeto que la consume pueda convertirse en abusador o dependiente de la misma.

El individuo, una vez que conoce los efectos que una determinada sustancia provoca en su organismo, puede, si lo desea, continuar consumiéndola y controlar su propio consumo. En nuestra cultura, buena parte de aquellos que hacen uso normalmente de bebidas alcohólicas, consiguen mantener el consumo cotidiano dentro de límites que convencionalmente podríamos considerar razonables, y no aumentan progresivamente su ingesta ,Alfonso e Ibáñez [1992]

Alfonso e Ibáñez (1992) recogen diferentes tipologías a partir de un rastreo realizado sobre el tema. Como síntesis del mismo, citaremos la siguiente tipología:

Abstemios: No beben nunca o lo hacen infrecuentemente, sólo por especiales compromisos y circunstancias sociales.

Bebedores moderados: Consumen alcohol habitualmente, pero no pasan de unas determinadas cantidades de alcohol (cantidades variables, según autores) por unidad de tiempo.

Bebedores excesivos: Son también consumidores habituales, pero superan las cantidades de los moderados, y realizan un promedio anual de borracheras elevado.

Bebedores patológicos: Son enfermos con síndrome de dependencia física.

Debemos señalar que la mayoría de estos trabajos provienen del campo médico, razón por la cual se refieren a la dependencia alcohólica en términos de “enfermedad”. No es el objetivo de este trabajo dilucidar si la dependencia alcohólica es una enfermedad (Brown, 1985) o se trata más bien de un trastorno de conducta (Marlatty Gordon, 1985), sin embargo, se menciona en el siguiente las implicaciones psicosociales de la dependencia alcohólica, que justifican, a modo de entender, su adscripción a las alteraciones de tipo conductual, y las repercusiones de tipo familiar.

Por su parte, Kessel y Walton (1989) también se refieren a la relación con el alcohol en términos de abstinencia, moderación, exceso y dependencia. Sin embargo su tipología recoge consideraciones psicosociales, y no sólo la simple frecuencia de consumo.

Resumiremos la aportación de estos autores:

Abstemios: Son las personas que no beben.

Bebedores sociales: Son la mayoría de las personas de nuestra sociedad.

Beben de forma moderada: en el marco de determinados acontecimientos sociales. Pueden emborracharse alguna vez, pero no crean ni se crean excesivos problemas sociales o de salud pública.

Bebedores excesivos: Consumen alcohol de forma excesiva. Es característico, al menos en muchos casos, el no reconocimiento de su hábito. Sus excesos se manifiestan por la frecuencia con la que se intoxican y por las consecuencias sociales, económicas y médicas de su ingestión continuada. Muchos bebedores excesivos que tienen crecientes dificultades originadas en el alcohol pueden necesitar atención terapéutica y responder a un tratamiento adecuado. Sin embargo, no todos los bebedores excesivos son alcohólicos, aunque es probable que muchos lleguen a serlo.

Finalmente, Morales, Camarena y Torres (1992), recogen una tipología de consumo, bastante similar a las anteriores, pero con referencias más cercanas a nuestro ámbito cultural:

Uso de alcohol.

Se considera como uso de alcohol las pautas adaptadas de consumo de bebidas alcohólicas.- Este concepto, al igual que el de abuso, es poco específico en lo que se refiere a la idea de adaptación/desadaptación, pues son términos que tienen mucho que ver con patrones sociales y culturales propios de cada comunidad humana. En nuestro país, existen unas pautas de consumo “adaptado” vinculado a determinadas costumbres y ritos sociales por todos conocidos, que desde fuera de nuestro medio pudieran ser consideradas de abuso.

Abuso de alcohol. Puede considerarse como la utilización de bebidas alcohólicas de forma desviada respecto de su uso habitual, es decir, de aquella utilidad que el grupo sociocultural de referencia le ha atribuido originariamente, pudiendo ser esta desviación cualitativa (uso asociado a situaciones en que dicha utilización puede resultar peligrosa; ej.: conducir o realizar trabajos peligrosos) o cuantitativa (consumir grandes cantidades de forma habitual).

Dependencia del alcohol o El Síndrome de Dependencia

Alcohólica (S.D.A.)e está sometido a unos determinados criterios diagnósticos que requieren de atención clínica y/o ambulatoria inmediata. Sin embargo el diagnóstico se hace cada vez más complicado, teniendo en cuenta la aparición de nuevas formas de consumo abusivo, no exactamente diagnosticables con la etiqueta de S.D.A., y características de determinados tipos de consumidores: jóvenes bebedores excesivos de fin de semana; consumidores compulsivos con escaso deterioro físico; jóvenes politoxicómanos; o alcoholómanos con uso exclusivamente ansiolítico del alcohol.

2.10.3. ABUSO DE ALCOHOL EN LA FAMILIA.

Typo y Hastings (1984) manifiesta que las familias que tienen un problema de alcoholismo en casa advierten, de una manera u otra, que algo está sucediendo. El alcoholismo altera su organización, sus costumbres, sus actividades cotidianas y sus relaciones afectivas, dando lugar a una serie de síntomas típicos:

1. Desconcierto y confusión ante el problema. Nadie sabe cómo actuar y, en ocasiones, se justifica o se disculpa la conducta de la persona enferma ante los demás. Es el mecanismo de la negación.
2. Gran tensión y estrés en todos los miembros de la familia. Temor. Conflictos importantes, discusiones y agresividad.
3. Alteración de las normas, las costumbres y los valores familiares.
4. Incumplimiento de las promesas, reacciones de enfado y resentimiento, desconfianza y frustración.
5. Sentimientos de culpabilidad y reproches mutuos.
6. Poco apoyo emocional y problemas de incomunicación dentro de la familia.
7. No se puede hablar del “secreto de la familia” ni pedir ayuda, ni dentro ni fuera de casa, por miedo y vergüenza

CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS CON PROBLEMAS DE ALCOHOL

Programa ALFIL (2004).- Expresa que las familias en las que uno o ambos progenitores tienen problemas con el alcohol muestran patrones de interacción personal diferentes de los de la mayoría de familias. Los niños tienen a menudo la sensación de que sus familias “no son normales”.

En estas familias suelen reinar la desorganización y el caos.

Por lo general, no hay reglas que cumplir y los límites son muy confusos. Nadie parece estar al cargo de las rutinas diarias como hacer la comida, lavar la ropa, pagar los recibos o ir a comprar.

También suelen perderse los rituales familiares, las celebraciones de los cumpleaños, las Navidades y los momentos de ocio con familiares y amigos porque, a menudo, la presencia del bebedor echa a perder las fiestas.

Los roles de los miembros de la familia también suelen estar distorsionados o ser muy confusos. El progenitor alcohólico puede acabar abandonando sus funciones en manos del otro progenitor o del hijo mayor, que se siente abrumado por la sobrecarga de responsabilidad. Otras veces, los hijos aprenden a burlar la autoridad del padre enfermo aprovechando los momentos en que está intoxicado.

También son frecuentes los problemas de comunicación. Nadie puede expresar sus sentimientos sin herir a los demás o provocar una disputa. Son habituales los mensajes confusos o con doble significado, las mentiras y las promesas rotas.

Puesto que la defensa que más se utiliza es la negación de los propios problemas, nadie puede hablar de ellos, de manera que final todos acaban por aislarse física y emocionalmente para intentar evitar el sufrimiento.

Otra de las características habituales e las familias con problemas de alcohol es la negligencia y la inconsistencia en las funciones parentales. Los padres están tan centrados en intentar controlar el alcohol, que no son capaces de reconocer las necesidades emocionales de los miembros más pequeños de la familia. En ocasiones los alcohólicos sufren lagunas de memoria y no recuerdan qué hicieron mientras bebían o qué prometieron a sus hijos. Los niños se sienten ignorados y heridos y buscan formas de llamar la atención mediante conductas disruptivas, quejas psicósomáticas, etc.

En algunas ocasiones la negligencia alcanza incluso los cuidados básicos de alimentación e higiene. La inconsistencia también puede verse en las pautas educativas, siendo frecuente que uno de los padres se muestre autoritario y utilice métodos punitivos, mientras que el otro se comporta de forma excesivamente protectora.

También los estados de ánimo son altamente variables en el hogar del alcoholíco, desde la euforia extrema hasta la depresión, pasando por la tensión silenciosa, la explosión de rabia o la crisis de llanto. Los niños nunca saben de qué humor estarán los padres cuando lleguen a casa, si les pegarán o le reirán las gracias por haber hecho una travesura.

En muchas familias los problemas con el alcohol llevan a la falta de cohesión entre sus miembros y a una gran cantidad de conflictos. Los malos tratos físicos y psicológicos son bastante frecuentes, debido a la desinhibición que provoca el alcohol y a la acumulación de emociones negativas contenidas. Entre los padres suele haber frecuentes muestras de agresividad, celos, manipulación e insultos, que los niños aprenden pronto a copiar. La violencia familiar está presente en 2/3 de los hogares con problemas de alcohol.

El alcohol también puede provocar en las familias períodos intensos y prolongados de tensión en los que abundan acontecimientos vitales estresantes como cambios de vivienda, dificultades económicas, accidentes, enfermedades, separaciones, divorcios o muertes prematuras.

Todos los miembros de la familia acaban preocupados por la integridad de la familia y, en ocasiones, por la propia integridad física.

La ruptura familiar es el punto culminante en muchos casos de alcoholismo si la enfermedad no se trata adecuadamente. La situación acaba superando la capacidad de afrontamiento al estrés de todos los miembros y el sistema familiar acaba derrumbándose. Esto es especialmente frecuente en el caso del alcoholismo de la esposa o cuando ambos progenitores son alcoholícos. En ocasiones, algunos miembros de la familia se salvan del desastre empezando una nueva vida en común.

Fases del alcoholismo en la familia

1. Negación del problema

2. Intento de eliminar el problema
3. Desorganización familiar
4. Intento de reorganización
5. Intento de escapar del problema
6. Escape real del problema
7. Reorganización tras el tratamiento o ruptura.

DESARROLLO DE LA VARIABLE DEPENDIENTE:

Agresividad en los niños

TRASTORNOS DE COMPORTAMIENTO

Según Goldenberg (1973) Expresa que el trastorno del comportamiento es un trastorno de la conducta que a veces se diagnostica en la niñez y que se caracteriza por conductas antisociales que violan los derechos de los demás y las normas y reglas sociales apropiadas para la edad.

Algunos ejemplos podrían incluir la falta de responsabilidad, la conducta transgresora (ausentarse de la escuela sin permiso o escaparse), la violación de los derechos de los demás (como por ejemplo, robar) o, la agresión física hacia los demás (como por ejemplo, golpes o violación).

Estas conductas son a menudo concomitantes, no obstante, también es posible que se presente sólo una o varias de ellas en forma aislada, es decir, sin las demás.

Se considera que las condiciones que contribuyen al desarrollo de un trastorno de la conducta son multifactoriales, lo que significa que existen muchos factores involucrados.

Los exámenes neuropsicológicos demuestran que los niños y los adolescentes que sufren este tipo de trastornos parecen presentar alguna clase de anomalía en el lóbulo frontal del cerebro, lo cual interfiere en su capacidad para planificar, evitar

los riesgos y aprender de las experiencias negativas. Se piensa que el temperamento de los niños tiene una base genética. Los niños y los adolescentes que tienen un temperamento difícil tienen mayor probabilidad de desarrollar trastornos de conducta, y lo mismo sucede con los que provienen de hogares carenciados, traumáticos o desorganizados. Se comprobó también que los problemas sociales y el rechazo por parte de sus compañeros contribuyen a la delincuencia. Existe además una relación entre el bajo nivel socioeconómico y los trastornos de la conducta.

Los niños y los adolescentes que manifiestan conductas delictivas y agresivas tienen perfiles cognitivos y psicológicos característicos en comparación con adolescentes que padecen otros problemas de salud mental y los que forman parte de grupos de control. Todos los factores que posiblemente contribuyen al desarrollo del trastorno determinan la interacción de los niños y los adolescentes con los demás.

Aproximadamente 6 por ciento de edades de los niños 9 a 17 años de viejo tienen desórdenes de la conducta. Este trastorno se presenta con una frecuencia mayor en los varones que en las mujeres. Los niños y los adolescentes que padecen trastornos de la conducta con frecuencia tienen también otros problemas psiquiátricos que pueden contribuir al desarrollo de este trastorno.

En las últimas décadas, los trastornos de la conducta han aumentado considerablemente. La conducta agresiva es la causa de entre un tercio y la mitad de las derivaciones a los servicios de salud mental para niños y adolescentes.

SINTOMAS

La mayoría de los síntomas que se manifiestan en los adolescentes con trastornos de la conducta también se presentan a veces en aquellos que no sufren el trastorno. Sin embargo, en los adolescentes que padecen el trastorno, estos síntomas se

evidencian de forma más frecuente e interfieren en el aprendizaje, la adaptación a la escuela y, algunas veces, en las relaciones del adolescente con los demás.

Los síntomas más comunes del trastorno del comportamiento.- Sin embargo, cada adolescente puede experimentarlos de una forma diferente.

Existen cuatro grupos principales de conductas que pueden incluirse en esta clasificación:Korchin (1976):

Entender la conducta humana y mejorar la situación de las personas que se encuentran en problemas, utilizando para ellos los conocimientos y las técnicas más avanzadas, procurando al mismo tiempo mediante la investigación mejorar las técnicas y ampliar los conocimientos para lograr mayor eficiencia en el futuro.

Colegio Oficial de Psicólogos de España (2005): Se ocupa de la conducta humana y los fenómenos psicológicos y relacionales de la vertiente salud – enfermedad en los diversos aspectos de estudio, prevención, evaluación, tratamiento y rehabilitación, entendiendo la salud en su concepción integral biopsicosocial; todo ellos fruto de la observación clínica y de la investigación científica, cubriendo los distintos niveles de estudio e intervención: individuo, pareja, familia, grupo y comunidad.

D. Resnick (1991): Campo de la psicología aplicado a la investigación, enseñanza y servicios relacionados con las aplicaciones de principios, métodos y procedimientos para la comprensión, predicción y alivio de la desadaptación, discapacidad, e incomodidad intelectual, emocional, biológica, social y conductual, aplicados a una amplia gama de poblaciones de clientes.

American Psychological Association (APA): Forma de la psicología aplicada que pretende determinar las capacidades y características de la conducta de un individuo recurriendo a métodos de medición, análisis y observación.

TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO INFANTIL

Según P.J. Rodríguez Hernández (2006) Pediatra especializado en Psiquiatría Infantil y Juvenil. Menciona que comprenden un grupo de desórdenes mentales que implican disfunción en alguna de las áreas contextuales del niño (escolar, familiar o social). Presentan una serie de síntomas y signos más o menos específicos para cada uno de los diagnósticos establecidos en las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales (trastorno disocial, trastorno negativista desafiante y trastorno de comportamiento perturbador no especificado).

Estos diagnósticos se engloban en el término general: “trastornos del comportamiento”.

Sin embargo, cuando se habla de trastornos del comportamiento en niños, previamente se debe establecer un encuadre operativo, ya que el término trastornos del comportamiento puede ser vago y amplio.

La definición, etiología y características de los problemas de comportamiento en la infancia y adolescencia se estructura en torno a tres preguntas genéricas: ¿es el reflejo de la sociedad en que vivimos? ¿Es el reflejo de la propia naturaleza humana? ¿Es la expresión sintomatológica de un estado de enfermedad? Sobre las dos primeras cuestiones, el debate ambiental versus innatista está lejos de resolverse. La complejidad de las estructuras implicadas ha impedido que las teorías que apoyan una u otra postura desacrediten suficientemente a la contraria y logren una supremacía estable y robusta.

Es fundamental, en la infancia y adolescencia, tener en cuenta la tercera pregunta: ¿es la expresión sintomatológica de un estado de enfermedad? La infancia es un período evolutivo donde los síntomas externalizantes, producidos por alteraciones psicológicas o psiquiátricas, se muestran con más frecuencia en forma de actos o actitudes violentas y problemas.

Trastornos de Comportamiento; Infancia; Salud mental.

Los trastornos del comportamiento en la infancia presentan una prevalencia superior al 5%.

Se diagnostican con más frecuencia en el sexo masculino en el comportamiento. Existen una serie de trastornos psiquiátricos y psicológicos que pueden producir trastornos del comportamiento en forma de síntomas acompañantes al propio cuadro clínico.

Incluso esos trastornos del comportamiento pueden ser la primera y única manifestación del trastorno psiquiátrico o psicológico subyacente. Algunos de ellos son el trastorno hiperactivo, el trastorno explosivo intermitente, los trastornos adaptativos, problemas de personalidad, psicosis y trastornos ansiosos y depresivos.

Todos estos trastornos pueden tener una presentación clínica fundamentalmente conductual.

Los problemas conductuales que aparecen en los trastornos mencionados se pueden denominar, desde un punto de vista coloquial, trastornos del comportamiento. Sin embargo, desde una perspectiva psicopatológica, los trastornos del comportamiento como diagnóstico médico quedan limitados a dos entidades precisas: el trastorno disocial y el trastorno negativista desafiante, además de una tercera categoría que se reserva para pacientes con síntomas incompleto son atípicos de los dos anteriores, el trastorno de comportamiento perturbador no especificado. Con respecto a cómo definir trastorno del comportamiento, lo mejor es hacerlo para cada categoría diagnóstica por separado.

Una definición válida de trastornodisocial puede ser: “ocasiones en las que los niños y/o adolescentes muestran un patrón de comportamiento antisocial que

vulnera derechos de las otras personas, así como normas de convivencia y/o reglas socialmente aceptadas para su edad, siendo estos comportamientos inmanejable por personas cercanas al individuos sintomático, lo que provoca un deterioro progresivo y significativo en el ámbito interpersonal, relacional y laboral[Proyecto Espera, Fundación Internacional O´Belén2001].

Para el trastorno oposicionista desafiante: “ocasiones en las que los niños y/o adolescentes muestran un patrón de comportamiento desafiante hacia las figuras de autoridad, junto con discusiones, negativa a cumplir sus responsabilidades y enfados con otros niños o con los adultos, lo que crea dificultades en varios contextos durante los últimos 6 meses o más”.

En definitiva, ésta u otras definiciones similares establecen cuáles son los comportamientos que indican la existencia de un trastorno. Sin embargo, no permiten clarificar algunos aspectos importantes, como son la etiología o la influencia de factores socioeconómicos.

Aspectos epidemiológicos

En cuanto a los aspectos epidemiológicos, los trastornos del comportamiento son una de las causas más frecuentes de consulta en los servicios especializados de salud mental infantil y juvenil. En las unidades de pediatría, se considera el motivo de consulta no orgánico más frecuente. También, son una de las causas más importantes de consumo de recursos y utilización de dispositivos dependientes de los servicios sociales. La prevalencia estimada se encuentra entre el 4 y el 18%, aunque la mayoría de los estudios la sitúan alrededor del 5-8%.

La adolescencia es el período crítico de presentación del problema, aunque la media de inicio se encuentra sobre los 11 años. La totalidad de los estudios indican que es más frecuente en el sexo masculino. Además, los varones presentan síntomas más graves y desde edades más tempranas.

ETIOPATOGENIA DE LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

La etiopatogenia exacta permanece desconocida. En la mayoría de las ocasiones, sólo podemos describir el comportamiento externo observable del niño, sin saber la causa o causas que han producido dicho comportamiento. Aun así, existen algunas variables. Lo más probable es que el trastorno del comportamiento se desarrolle cuando coexisten más de una. Las más importantes descritas hasta el momento son las siguientes

Factores genéticos: se conoce que existen factores genéticos implicados en el desarrollo de los trastornos de la conducta. Se ha demostrado el efecto en estudios con gemelos, tanto monocigóticos como dicigóticos. Además, existe un fuerte efecto de interacción entre el factor genético y el ambiental, que supone una expresividad más intensa de los síntomas en contextos sociales poco favorecedores.

Sexo: el sexo es una de las variables más importantes. Se sabe que entre el 70 y 75% de todos los casos diagnosticados corresponde a varones. Las hipótesis explicativas de este hallazgo son múltiples. Se han mencionado las propias características temperamentales del varón. También, la mayor presencia de enfermedades del desarrollo y psiquiátricas en el sexo masculino, lo que puede incrementar el desarrollo de problemas de comportamiento. Por último, puede tener un importante papel el factor cultural.

Se sabe que en algunas culturas en las que no existen diferencias en el trato a varones y mujeres, el porcentaje de problemas tienden a igualarse entre ambos sexos.

Temperamento: el temperamento es la “forma de ser” del niño, equivalente a la personalidad del adulto. Existen varios patrones temperamentales de especial importancia en el desarrollo de los trastornos del comportamiento. Se expone uno de ellos a modo de ejemplo. A los niños que lo presentan se les denomina niños

hiperactivos. El patrón puede originar la denominada Escalada de Interacción Coercitiva en determinados grupos sociales con un nivel cultural medio-bajo: en un primer momento se produce una demanda al niño (por ejemplo, uno de los padres le ordena hacer algo). El niño no la obedece. El padre insiste en la demanda.

El niño no obedece y grita. El padre agrade al niño y, a continuación, el niño agrade al padre. La escalada finaliza con la protesta del padre que al final se retira.

Después de muchos años, el efecto puede favorecerla aparición de problemas de comportamiento infantil. Como sede duce, en esta escalada tiene mucho peso el temperamento pero también los patrones educativos familiares. Los trastornos del comportamiento tienen un origen multifactorial, con implicación de mecanismos genéticos, temperamentales contextuales.

CLÍNICA

La única característica clínica común a los trastornos del comportamiento es que originan diferentes grados de desajuste familiar, personal y social. Otros síntomas frecuentes, como la agresividad o el oposicionismo, pueden variar en intensidad y frecuencia e, incluso, depende mucho del contexto o de los factores socioeconómicos.

Clínica del Trastorno Disocial

Las manifestaciones clínicas del trastorno disocial se sustentan en un patrón de conducta persistente y recurrente no adaptado a las normas sociales de su edad y que viola los derechos de los demás, además, se pueden producir agresiones a personas y animales, destrucción de la propiedad, robos y transgresiones graves de las normas sociales.

Clínica del trastorno oposicionista desafiante

El trastorno oposicionista desafiante se describe como un patrón de comportamiento hostil, desafiante y negativista dirigido habitualmente hacia las

figuras de autoridad. Las conductas expresadas no son tan graves como en el trastorno disocial, ya que no existen agresiones físicas ni transgresiones serias de las normas. Sin embargo, no se puede considerar como una forma “leve” del trastorno disocial, ya que son entidades independientes, habitualmente, no se observa una continuidad temporal entre el desarrollo de una y otra. Existe la posibilidad de que se presenten otros trastornos en situación de cómorbididad con los trastornos del comportamiento.

El más frecuente es el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Se sabe que más de un 30% de los niños con TDAH van a desarrollar un trastorno oposicionista desafiante. Es importante, por tanto, descartar TDAH cuando el motivo de consulta sea el oposicionismo y/o las conductas desafiantes.

En muchas ocasiones, las dificultades que crea el trastorno oposicionista desafiante pueden hacer que nos centremos en ese problema y que obviemos preguntar por síntomas de inatención o hiperactividad que acompañan al TDAH. Los trastornos del comportamiento pueden coexistir con distintos problemas, especialmente cuando las conductas son graves y no se ha actuado de manera precoz. Los más importantes son los siguientes:

Consumo de drogas tóxicas, estupefacientes y otras sustancias:

Existe asociación entre el consumo de drogas y el trastorno disocial. En ocasiones, las transgresiones se producen por la necesidad de la obtención inmediata de la sustancia. Otras veces, debido al efecto de las drogas, que puede ser agudo, o a las alteraciones mentales que produce su consumo a largo plazo. El ambiente disocial que envuelve al mundo de las drogas es un factor negativo añadido al propio problema.

Fracaso escolar y absentismo escolar:

Impide al niño obtener los recursos escolares en la resolución de conflictos. Se pierde la estructuración temporal del ocio y del trabajo y se crea una situación de indisciplina que se traslada al ámbito familiar, con el consecuente empeoramiento de una situación ya de por sí deteriorada.

En cuanto a la evolución del trastorno, se han identificado ciertos factores de riesgo que parecen indicar una continuación del problema en la edad adulta. Uno es la edad de inicio. Los niños que desarrollan síntomas antes de los 6 años tienen mayor riesgo. Otro es la amplitud del problema, con peor evolución cuando los síntomas aparecen en varios contextos.

El tercer factor de riesgo es la frecuencia, intensidad y diversidad de los trastornos conductuales.

Los trastornos del comportamiento en las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales

Trastorno del comportamiento, en sentido coloquial, puede suponer la expresión de un amplio abanico de conductas motivado por múltiples factores, tal y como se ha expresado anteriormente. Debido a la amplitud de situaciones que pueden desencadenar problemas en el comportamiento, es necesario acudir a las clasificaciones de las enfermedades mentales para delimitar cuándo una serie de problemas en el comportamiento se puede definir como trastorno del comportamiento desde un punto de vista médico y establecer así el diagnóstico.

El criterio diagnóstico que se utiliza se basa en cualquiera de las dos grandes clasificaciones de trastornos mentales y del comportamiento. Por un lado, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta edición revisada (DSM-IV-TR) y, por otro, la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10) (2010). Como norma general, el DSM-IV es más útil para la clínica diaria mientras que, el CIE-10 se utiliza de forma preferente en codificación y/o investigación. En las tablas I y II, se exponen los criterios diagnósticos para el trastorno disocial y el trastorno oposicionista desafiante, según él[DSM-IV-TR, 2009].

La sintomatología más frecuente es la transgresión repetida de las normas sociales y las dificultades en respetar los derechos de las otras personas. El diagnóstico de los trastornos del comportamiento es eminentemente clínico, a partir de la información obtenida de distintos informantes (padres, profesores...), ya que las dificultades pueden aparecer en un solo contexto.

Instrumentos diagnósticos

No existe ningún examen complementario o prueba diagnóstica específica; por lo que, es de suma importancia realizar una adecuada anamnesis con preguntas sobre los factores socio económicos y contextuales. Al indagar sobre las conductas problemáticas, el esquema básico debe incluir cómo son esas conductas, la gravedad e intensidad, su frecuencia, contextos en los que se producen, desencadenantes y cómo finalizan,

A. Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 meses, estando presentes cuatro (o más) de los siguientes comportamientos:

1. A menudo se encoleriza o incurre en pataletas
2. A menudo discute con los adultos
3. A menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas
4. A menudo molesta deliberadamente a otras personas
5. A menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento
6. A menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros
7. A menudo es colérico y resentido
8. A menudo es rencoroso o vengativo

B. El trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral

C. Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo

D. No se cumplen los criterios de trastorno disocial y, si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco los de trastorno antisocial de la personalidad.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

TDAH: aunque pueden estar en situación de comorbilidad, en la mayoría de las ocasiones se presentan de forma aislada. En el TDAH pueden aparecer problemas de comportamiento derivados de la impulsividad que caracteriza al cuadro. Sin embargo, estos problemas se encuentran en todos los contextos. Además los síntomas conductuales derivados de la impulsividad suelen ser más leves y más

anárquicos (no siguen un patrón definido) que los que se observan en los trastornos del comportamiento.

Por último, en el TDAH puede existir cierto opositorismo y evitación de normas por rechazo a realizar tareas que requieran mantenimiento de la atención. Hay que diferenciarlo de la resistencia a realizar tareas a causa de la renuncia a aceptarlas exigencias de otros, que aparece en los trastornos del comportamiento.

- **Variaciones de la normalidad:** los criterios diagnósticos de los trastornos del comportamiento incluyen elementos subjetivos del tipo “a menudo discute con los adultos”, por ejemplo. Es importante indagar lo que significa “a menudo” para los informantes (padres, etc.), ya que existen elementos que pueden distorsionar la realidad. Así, para una familia con una expectativa alta sobre los triunfos que puede conseguir su hijo en la vida, pequeños problemas en el comportamiento pueden suponer grandes quejas sobre su conducta. También viceversa, especialmente cuando el ambiente familiar está desestructurado.

- **Trastornos del ánimo:** las primeras manifestaciones clínicas de los trastornos del ánimo en la infancia pueden ser problemas de comportamiento. En la anamnesis, debemos indagar sobre la presencia de algún factor de estrés que incida sobre el ánimo y recabar otros datos útiles, como disminución del rendimiento escolar, problemas en el sueño, etc., que también son frecuentes en los trastornos del ánimo.

- **Otras patologías con expresión conductual:**

Los problemas en el comportamiento pueden estar presentes en otros trastornos psiquiátricos, como la esquizofrenia o los problemas en el control de impulsos, por ejemplo, el trastorno explosivo intermitente.

También, pueden aparecer en niños con retraso mental o con trastornos del desarrollo. Por último, determinadas alteraciones metabólicas, degenerativas o genéticas, pueden presentarse con trastornos conductuales como primer síntoma.

AGRESIVIDAD EN NIÑOS.

Juan Pérez Badía. Psicólogo Tarragona: PSICÓLOGO CLÍNICO Núm. Col. 10456 (2006)

La palabra agresividad viene del latín “agredí” que significa “atacar”. Implica que alguien está decidido a imponer su voluntad a otra persona u objeto incluso si ello significa que las consecuencias podrían causar daños físicos o psíquico.

En el caso de los niños, generalmente suele presentarse la agresión en forma directa, como un acto violento contra una persona. Este acto violento puede ser físico, como patadas, pellizcos, empujones, golpes, etc.; o verbal, como insultos, palabrotas, amenazas. También puede manifestar la agresión de forma indirecta o desplazada, según el cual el niño arremete contra los objetos de las personas que ha sido el origen del conflicto.

Buss (1961), define a la agresividad como una respuesta consistente en proporcionar un estímulo nocivo a otro organismo.

Bandura (1973) dice que es una conducta perjudicial y destructiva que socialmente es definida como agresiva.

Patterson (1977) dice que la agresión es "un evento aversivo dispensando a las conductas de otra persona". Utiliza el término "coerción" para referirse al proceso por el que estos eventos aversivos controlan los intercambios diádicos.

CLASIFICACION DEL COMPORTAMIENTO AGRESIVO

Según Buss (1961), podemos clasificar el comportamiento agresivo atendiendo tres variables:

Según la modalidad

Puede tratarse de una agresión física (por ejemplo un ataque a un organismo mediante armas o elementos corporales) o verbal (como una respuesta vocal que resulta nocivo para el otro organismo, como, por ejemplo, amenazar o rechazar).

Según la relación interpersonal

La agresión puede ser directa (por ejemplo, en forma de amenaza, ataque o rechazo) o indirecta (que 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 (que incluye todas las mencionadas) o pasivas (como impedir que el otro pueda alcanzar su objetivo, o como negativismo). La agresión pasiva suele ser directa, pero a veces puede manifestarse indirectamente.

En el caso de los niños, generalmente suele presentarse la agresión en forma directa, como un acto violento contra una persona. Este acto violento puede ser físico, como patadas, pellizcos, empujones, golpes, etc.; o verbal, como insultos, palabrotas, amenazas. También puede manifestar la agresión de forma indirecta o desplazada, según el cual el niño arremete contra los objetos de las personas que ha sido el origen del conflicto.

TEORIAS SOBRE EL COMPORTAMIENTO AGRESIVO INFANTIL

Pecare, (1995), refiere que la teoría del aprendizaje social afirma que las conductas agresivas pueden aprenderse por imitación u observación de la conducta de modelos agresivos. Enfatiza aspectos tales como aprendizaje observacional, reforzamiento de la agresión y generalización de la agresión. El Aprendizaje Social considera la frustración como una condición facilitadora, no necesaria, de la agresión. Es decir la frustración produce un estado general de

activación emocional que puede conducir a una variedad de respuestas, según los tipos de reacciones ante la frustración que se hayan aprendido previamente, y según las consecuencias reforzantes típicamente asociadas a diferentes tipos de acción. Para explicar el proceso de aprendizaje del comportamiento agresivo se recurre a las siguientes variables:

a) Modelado: La imitación tiene un papel fundamental en la adquisición y el mantenimiento de las conductas agresivas en los niños. Según la teoría del Aprendizaje social, la exposición a modelos agresivos debe conducir a comportamientos agresivos por parte de los niños. Esta opinión está respaldada por diversos estudios que muestran que se producen aumentos de la agresión después de la exposición a modelos agresivos, aun cuando el individuo puede o no sufrir frustraciones. Congruentemente con esta teoría, los niños de clases inferiores manifiestan más agresiones físicas manifiestas que los niños de clase media, debido probablemente, a que el modelo de las clases inferiores típicamente más agresivo directa y manifiestamente.

b) Reforzamiento: El reforzamiento desempeña también un papel muy importante en la expresión de la agresión. Si un niño descubre que puede ponerse en primer lugar de la fila, mediante su comportamiento agresivo, o que le agrada herir los sentimientos de los demás, es muy probable que siga utilizando los métodos agresivos, si no lo controlan otras personas.

c) Los Factores situacionales: También pueden controlar la expresión de los actos agresivos. La conducta agresiva varía con el ambiente social, los objetivos y el papel desempeñado por el agresor en potencia.

d) Los factores cognoscitivos: Desempeñan también un papel importante en la adquisición y mantenimiento de la conducta agresiva. Estos factores cognoscitivos pueden ayudar al niño a autorregularse. Por ejemplo, puede anticipar las consecuencias de alternativas a la agresión ante la situación problemática, o puede reinterpretar la conducta o las intenciones de los demás, o puede estar consciente de lo que se refuerza en otros ambientes o puede aprender a observar, recordar o ensayar mentalmente el modo en que otras personas se enfrentan a las situaciones difíciles.

De acuerdo a Ballesteros (1983), las teorías que se han formulado para explicar la agresión, pueden dividirse en:

Son aquellas que ponen el origen de la agresión en los impulsos internos, lo cual vendría a significar que la agresividad es innata, por cuanto viene con el individuo en el momento del nacimiento y es consustancial con la especie humana. Estas teorías son las llamadas teorías biológicas. Pertenecen a este grupo las Psicoanalíticas (Freud) y las Etológicas (Lorenz, Lorenz, Tinbergen, Hinde) principalmente.

La teoría Psicoanalítica postula que la agresión se produce como un resultado del "instinto de muerte", y en ese sentido la agresividad es una manera de dirigir el instinto hacia afuera, hacia los demás, en lugar de dirigirlo hacia uno mismo. La expresión de la agresión se llama catarsis, y la disminución a la tendencia a agredir, como consecuencia de la expresión de la agresión, efecto catártico.

Por su parte los Etólogos han utilizado sus observaciones y conocimientos sobre la conducta animal y han intentado generalizar sus conclusiones al hombre. Con el conocimiento de que, en los animales, la agresividad es un instinto indispensable para la supervivencia, apoyan la idea de que la agresividad en el hombre es innata y puede darse sin que exista provocación previa, ya que la energía se acumula y suele descargarse de forma regular.

FACTORES INFLUYENTES EN LA CONDUCTA AGRESIVA INFANTIL

Factores del comportamiento agresivo es el déficit de habilidades necesarias para afrontar situaciones frustrantes. Bandura (1973) indicó que la ausencia de estrategias verbales para afrontar el estrés a menudo conduce a la agresión en niños.

Hay datos experimentales que muestran que las mediaciones cognitivas insuficientes pueden conducir a la agresión. Camp (1977) encontró que los niños

agresivos mostraban deficiencias en el empleo de habilidades lingüísticas para controlar su conducta; responden impulsivamente en lugar de responder tras la reflexión.

Como ya se ha dicho, uno de los factores que influyen en la emisión de la conducta agresiva es el factor sociocultural del individuo.

Uno de los elementos más importantes del ámbito sociocultural del niño es la familia.

Dentro de la familia, además de los modelos y refuerzos, es responsable de la conducta agresiva el tipo de disciplina a que se les someta.

Se ha demostrado que tanto un padre poco exigente como uno con actitudes hostiles que desaprueba constantemente al niño, fomentan el comportamiento agresivo en los niños.

Otro factor familiar influyente en la agresividad en los hijos es la incongruencia en el comportamiento de los padres entre estas pueden ser malos hábitos como el consumo de alcohol.

La incongruencia se da cuando los padres desaprueban la agresión castigándola con su propia agresión física o amenazante hacia el niño. Asimismo se da incongruencia cuando una misma conducta unas veces es castigada y otra ignorada, o bien, cuando el padre regaña al niño pero la madre no lo hace.

Las relaciones deterioradas entre los propios padres provocan tensiones que pueden inducir al niño a comportarse de forma agresiva.

Dentro del factor sociocultural influirían tanto el tipo de barrio donde se viva como expresiones que fomenten la agresividad "no seas un cobarde".

En el comportamiento agresivo también influyen los factores orgánicos que incluyen factores tipo hormonales, mecanismos cerebrales, estados de mala nutrición, problemas de salud específicos.

En **Psicología Tarragona (2011)**, es el factor sociocultural del individuo, ya que es el responsable de los modelos a que haya sido expuesto, así como de los procesos de reforzamientos que haya sido sometido.

Si en el abundan modelos agresivos, la adquisición de estos modelos desadaptados será muy fácil. La familia es, durante la infancia, uno de los elementos más importantes del ámbito sociocultural del niño.

Las interacciones entre padres e hijos van moldeando la conducta agresiva mediante las consecuencias reforzantes inherentes a su conducta.

El niño probablemente, generalice lo que aprende acerca de la utilidad y beneficios de la agresión a otras situaciones.

En estas circunstancias, él pone a prueba las consecuencias de su conducta agresiva. Las familias que permiten el control de las conductas mediante el dolor, tienen una alta probabilidad de producir niños que muestren altas tasas de respuestas nocivas.

La conducta agresiva del niño acaba con gran parte de la estimulación aversiva que recibe.

Dentro de la familia, además de los modelos y refuerzos, es responsable de la conducta agresiva el tipo de disciplina a que se le someta. Se ha demostrado que una combinación de disciplinas relajadas y pocos exigentes con actitudes hostiles por parte de ambos padres fomenta el comportamiento agresivo en los hijos. El padre poco exigente es aquel que hace siempre lo que el niño quiere, accede a sus

demandas, le permite una gran cantidad de libertad, y en casos extremos le descuida y lo abandona.

El padre que tiene actitudes hostiles, principalmente no acepta al niño y lo desaprueba, no suele darle afecto, comprensión o explicación y tiende a utilizar con frecuencia el castigo físico, al tiempo que no da razones cuando ejerce su autoridad. Incluso puede utilizar otras modalidades de agresión como la que ocurre cuando insultamos al niño por no hacer adecuadamente las cosas, o cuando lo comparamos con el amigo o con el hermano, etc. Tras un largo periodo de tiempo, esta combinación produce niños rebeldes, irresponsables y agresivos.

Otro factor familiar influyente es la incongruencia en el comportamiento de los padres. Incongruencia en el comportamiento de los padres se da cuando los padres desaprueban la agresión y, cuando esta ocurre, la castigan con su propia agresión física o amenaza al niño. Los padres que desaprueban la agresión y que la detienen, pero con medios diferentes al castigo físico, tienen menos probabilidad de fomentar acciones agresivas posteriores. Es decir una atmósfera tolerante en la que el niño sabe que la agresión es una estrategia poco apropiada para salirse con la suya, en la que ese le reprime con mano firme pero suave y es capaz de establecer límites que no se puede en absoluto traspasar, proporciona el mejor antídoto a largo plazo para un estilo agresivo de vida. Enseñarle al niño medio alternativo se acabara también con la necesidad de recurrir a peleas.

La inconsistencia en el comportamiento de los padres no solo puede darse a nivel de comportamiento se instrucciones, sino también a nivel del mismo comportamiento. En este sentido puede ocurrir, que respecto del comportamiento agresivo del niño, los padres unas veces los castiguen por pegar a otro y otras veces le ignoren, por lo que no le dan pautas consistentes. Incluso a veces puede ocurrir que los padres entre si no sean consistentes, lo que ocurre cuando el padre regaña al niño pero no lo hace la madre. De este modo, el niño experimenta una sensación de incoherencia acerca de lo que debe hacer y de lo que no debe hacer.

Se ofrece incoherencia al niño, también cuando se le entrena en un proceso de discriminación en el sentido de que los padres castiguen consistentemente la agresión dirigida hacia ellos pero a la vez refuercen positivamente la conducta agresiva de sus hijos hacia personas ajenas a su hogar.

No solo el déficit en habilidades de mediación verbal se relaciona con la emisión de comportamiento agresivo. Es responsable también el déficit en habilidades sociales (HHSS) para resolver conflictos. La HHSS se aprende a lo largo de las relaciones que se establecen entre niños y adultos u otros niños. Se adquieren gracias a las experiencias de aprendizaje. Por lo que es necesario mezclarse con niños de la misma edad para aprender sobre la agresión, el desarrollo de la sociabilidad, etc.

2.11. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

2.11.1. Hipótesis Alterna (HI)

El Abuso del Alcohol en la Familia influye en la Agresividad que presentan los niños de séptimo año de educación básica de la Unidad Educativa Honduras de la Ciudad de Ambato en el periodo 2012- 2013

2.11.2. Hipótesis Nula (HO)

El Abuso de Alcohol en la Familia no influye en la Agresividad que presentan los niños de séptimo año de educación básica de la Unidad Educativa Honduras de la Ciudad de Ambato en el periodo 2012- 2013

2.12. SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPOTESIS

Unidad de Observación: Padres e hijos de la Unidad Educativa Honduras de la Ciudad de Ambato.

Variable Independiente: Abuso de Alcohol en la Familia.

Variable Dependiente: Agresividad en los niños.

Término de Relación: Influencia

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. ENFOQUE

El grupo investigador en su trabajo acoge el enfoque: crítico propositivo de carácter cuanti - cualitativo. Cuantitativo porque se recabará información que será sometido a análisis matemático.- Cualitativo porque estos resultados pasaran a la criticidad con soporte del Marco Teórico.

3.2. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

Bibliográfica –documental

Porque el trabajo de grado tendrá información secundarla sobre el tema de investigación obtenido a través de libros, textos, módulos, periódico, revistas, Internet, así como de documentos válidos y confiables a manera de información primaria.

De campo

Porque los investigadores acudirán a recabar información en el lugar donde se producen los hechos para así poder actuar en el contexto y transformar una realidad.

De intervención Social o Proyecto Factible

Porque el grupo investigador no se conforma con la observación pasiva de los fenómenos educativos sino que además, realizará una propuesta de solución al problema investigado.

3.3. NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN

Asociación de variables

La investigación llevará a nivel de Asociación de Variables porque permite estructurar predicciones a través de la medición de relaciones entre variables. Además se puede medir el grado de relación entre variables y a partir de ello, determinar tendencias o modelos de comportamiento mayoritario.

3.4. POBLACION Y MUESTRA

3.4.1 Población

Familia evaluados inicialmente.	67
Familias que no tienen antecedentes de alcoholismo	4
Familias con problemas de consumo de alcohol	63
Niños con problemas de agresividad	63
Profesores	3
Psicólogo Clínico Egresado	1
Estudiantes de Psicología Clínica	1

Cuadro N. 1
Elaborado por: Miguel Ulloa

3.4.2 Muestra

La muestra es igual a la población 63

N=n No se aplica la formula ya que la población esta considera como muestra

3.5. Operacionalización de Variables:

Variable Independiente: El Abuso del Alcohol en la Familia.

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems Básicos	Técnicas	Instrumentos
Es un problema con la bebida que afecta de manera negativa la vida, y por ende en la de la familia.	Cantidad	<ul style="list-style-type: none"> Consumo de cantidades pequeñas Cantidades grandes Excesivo crónico 	¿Usted toma mucha cantidad de alcohol casi todos los días de la semana?	Entrevista Observación Psicométricas	Historia Clínica Cuadernos de Notas La dependencia del alcohol Test AUDIT
	Frecuencia	<ul style="list-style-type: none"> Todos los días Cada semana Cada mes. 	¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Entrevistas Observación Psicométricas	Historia clínica Cuadernos de Notas Test AUDIT

Cuadro N° 2
Elaborado por: Miguel Ulloa

Variable Dependiente: Agresividad en los niños

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems Básicos	Técnicas	Instrumentos
Conducta cuya finalidad es causar daño a un objeto o persona.	Agresión Verbal	Insultos Gritos.	¿Insultas y gritas?	Observación Entrevista Semiestructurado	Cuaderno de notas Abiertas Cerradas Mixtas
	Agresión Física en contra de sí mismo.	Autolesiones.	¿Te agredes constantemente?	Observación Entrevista Semiestructurado	Cuaderno de notas Abiertas, cerradas Mixtas
	Agresión física en contra de los demás.	Empujones Rasguños Patadas o puñetazos.	¿Empujas o agredes a tus compañeros?	Observación Entrevista Semiestructurado	Cuaderno de notas Abiertas, cerradas Mixtas
	Agresión en contra objetos.	Romper objetos Patear puertas	¿Pateas puertas, rompes cosas?	Observación Entrevista Semiestructurado	Cuaderno de notas Abiertas, cerradas Mixtas

Cuadro N. 3
Elaborado por: Miguel Ulloa

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Entrevista: Dirigida a padres de familia o representantes y a niños de la Unidad Educativa Honduras lo que permitirá recabar información respecto a las dos variables.

Cuestionario Semiestructurado: Para verificar el consumo de algún miembro de la familia.

Test Audit -Identifica el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, así como una posible dependencia.

Cuestionario: Adaptado en base a la escala de agresividad manifiesta, que determine la presencia de la agresividad en los niños de séptimo año.

Plan para la recolección de información

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
1.- ¿Para qué?	Para alcanzar los objetivos de investigación.
2.- ¿De qué personas u Objetos?	Familias con abuso de alcohol y niños con agresividad.
3.- ¿Sobre qué aspectos?	Consumo de alcohol en la familia y agresividad en los niños.
4.- ¿Quién? ¿Quiénes?	Investigador; Miguel Ulloa
5.- ¿Cuándo?	Periodo abril-septiembre 2014
6.- ¿Dónde?	Centro Educativo Honduras
7.- ¿Cuántas veces?	10 veces
8.- ¿Qué técnicas de recolección?	Observación, entrevistas, cuestionario Semiestructurado, test agresividad manifiesta adaptada, test AUDIT.

9.- ¿Con qué?	Cuaderno de notas, entrevistas, reactivos Psicológicos.
10.- ¿En qué situación?	En la interacción diaria con los niños, 6 meses.

Cuadro N. 4

Elaborado por: Miguel Ulloa

3.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS

- Revisión crítica de la información recogida, limpiar información defectuosa, contradictoria, incompleta, no pertinente.
- Repetición de la recolección, en ciertos casos individuales, para corregir fallas de contestación.
- Tabular la información según la variable y la hipótesis.
- Manejo de información (reajuste con cuadro con casillas o con datos tan reducidos cuantitativamente, que no influyen significativamente en los análisis).
- Estudio estadístico de datos para presentación de resultados.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1.1 Análisis e Interpretación

Variable independiente cuestionario Estructurado de posible consumo en algún miembro familiar (Selección de la muestra).

1. Existe consumo de alcohol por parte de algún miembro de su familia?

	N. DE PERSONAS	PORCENTAJE
SI	63	94.03%
NO	4	5.97%
TOTAL	67	100%

Cuadro N.5

Elaborado por: Miguel Ulloa

Análisis: Del 100% de la población el 94.03% que corresponde a 63 familias manifiestan que si existe consumo del alcohol en algún miembro de su núcleo, mientras que el 5.97% que corresponde a 4 familias expresan que no consumen alcohol en su entorno.

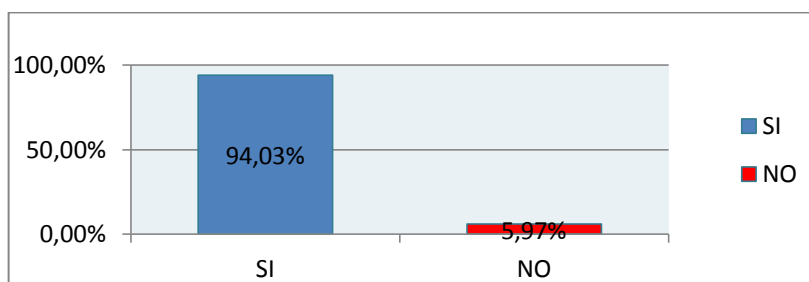


Gráfico N. 6

Elaborado por: Miguel Ulloa

Interpretación: Según la encuesta se puede evidenciar que en las familias de los séptimos años existe un gran porcentaje de consumo de alcohol, y mínimo porcentaje de no consumidores en la familia.

2. ¿Quién en su familia ingiere alcohol con mayor frecuencia?

	N. de personas	Porcentaje
PADRE	41	65.08%
HIJOS	15	23.81%
MADRE	7	11.11%
TOTAL	63	100%

Cuadro N° 6
Elaborado por: Miguel Ulloa

Análisis: Del 100% de la muestra se pudo comprobar que en la familia los padres son quienes tienen un alto grado de consumo siendo este 65.08% que corresponde a 41 personas, los hijos en un 23.81% que pertenecen a 15 sujetos y las madres en 11.11% que son 7 individuos.

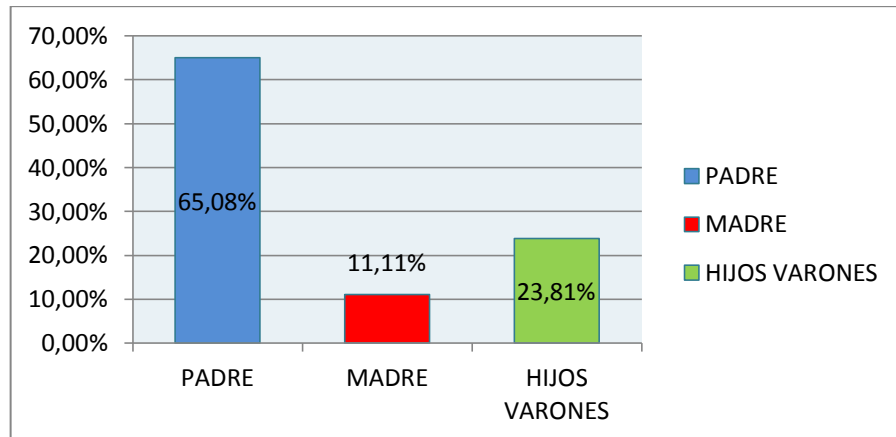


Gráfico N. 7
Elaborado por: Miguel Ulloa

Interpretación: Dentro del núcleo familiar los padres son quienes consumen con mayor frecuencia alcohol, por lo que se puede presumir que los hijos hayan adquirido estos patrones de conducta y/o esquemas mentales, reforzando esta conducta están las madres lo mismo que puede incrementar la desintegración familiar o crear un conflicto de algún miembro vulnerable de la familia, además de ello teniendo como un sistema de refuerzo positivo social y negativo.

3. ¿Cuándo alguien dentro de su familia está bajo efectos de alcohol, ha existido algún tipo de agresión en presencia de su hijo?

SI	60	95.23%
NO	3	4.77%
TOTAL	63	100%

CuadroN.7
Elaborado por: Miguel Ulloa

Análisis:

Del total de la población un 95.23% manifestó que si existe agresión bajo efectos del alcohol y solamente un 4.77% que no.

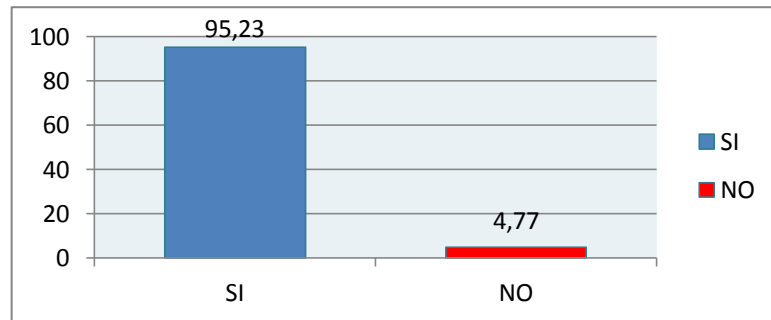


Gráfico N° 8
Elaborado por: Miguel Ulloa

Interpretación:

Se puede apreciar que si existe un factor predisponente para que el niño incurra en conductas agresivas, ya que existen modelos de aprendizaje vicario dentro del ambiente familiar el cual es un factor negativo para el desarrollo social y personal del menor.

TEST AUDIT

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

	N. de personas	Porcentaje
Nunca	0	0%
Una o menos veces al mes	24	38.09%
De 2 a 4 veces al mes	30	47.62%
De 2 a 3 veces a la semana	6	9.53%
Cuatro o más veces a la semana	3	4.76%
TOTAL	63	100%

Cuadro N.8
Elaborado por: Miguel Ulloa

Análisis: De las 63 personas encuestadas existen 30 personas que consumen alguna bebida alcohólica de 2 a 4 veces al mes, con un porcentaje más alto de 47.62%, 24 personas consumen alguna bebida alcohólica una o menos veces al mes con un porcentaje del 38.09%, 6 personas consumen alguna bebida alcohólica de 2 a 3 veces a la semana con un porcentaje el 9.53%, y finalmente 3 personas consumen alguna bebida alcohólica con un porcentaje del 4.76%.

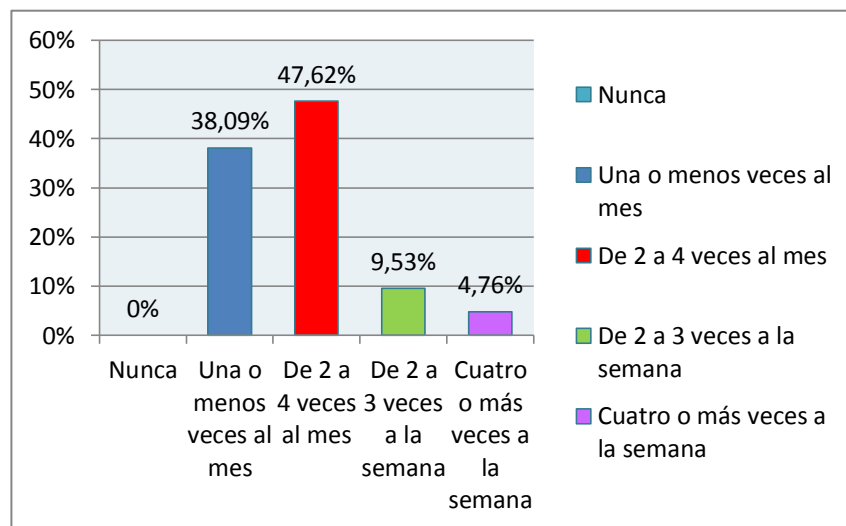


Grafico N° 9
Elaborado por: Miguel Ulloa

Interpretación: En la actualidad lamentablemente algún miembro de la familia presenta patrones de consumo de alcohol inadecuado, por lo menos una vez cada mes pudiendo provocar esto desadaptaciones cognitivas y conductuales logrando así alteración en el núcleo familiar y más aún en los sujetos más vulnerables de esta sustancia.

2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

	N. de personas	Porcentaje
Una o 2	3	4.76%
Tres o 4	6	9.53%
Cinco o 6	3	4.76%
De 7 a 9	3	4.76%
Diez o más	48	76.19%
TOTAL	63	100%

Cuadro N° 9
Elaborado por: Miguel Ulloa

Análisis: De las 63 personas encuestadas existen 48 personas que consumen alcohol de diez o más consumiciones con un porcentaje del 76.19% siendo este el porcentaje más alto, de tres o 4 consumiciones diarias existen 6 personas con un porcentaje de 9.53%, con una o dos consumiciones existen 3 personas correspondiendo un porcentaje de 4.76%, de 5 o 6 consumiciones diarias son un total de 3 personas con un porcentaje de 4.76%, y consumiciones de 7 a 9 son un total de 3 personas con porcentaje de 4.76%.

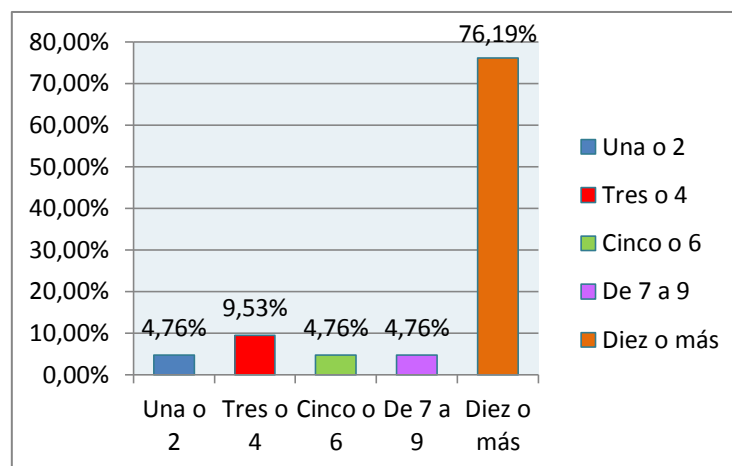


Grafico N° 10
Elaborado por: Miguel Ulloa

Interpretación: cuando una persona está consumiendo alcohol en grandes cantidades, evidentemente mejoran el estado de ánimo, se da como un sentido de poder y desinhibición reduce tensión pero por otra parte provoca agresividad deterioro a nivel cognitivo y de comportamiento.

3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?

	N. de personas	Porcentaje
Nunca	12	19.05%
Menos de una vez al mes	15	23.81%
Mensualmente	18	28.57%
Semanalmente	18	28.57%
A diario o casi a diario	0	0%
TOTAL	63	100%

Cuadro N°.10

Elaborado por: Miguel Ulloa

Análisis: De las 63 personas encuestadas existen 18 personas que toman semanalmente 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de bebida con un porcentaje del 28.57%, 18 personas Toman mensualmente 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de bebida con un porcentaje del 28.57% 15 personas Toman mensualmente 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de bebida con un porcentaje del 23.81% 12 personas Toman mensualmente 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de bebida con un porcentaje del 19.05%.

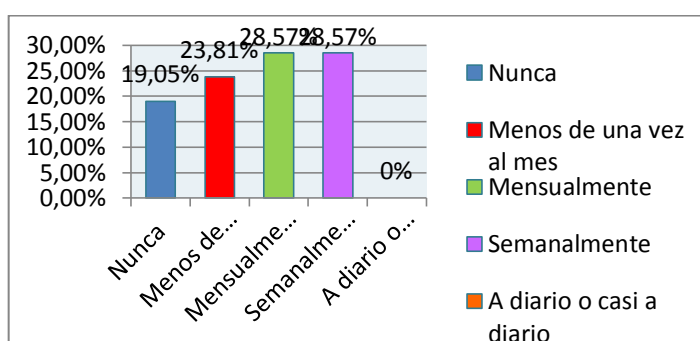


Gráfico N° 11

Elaborado por: Miguel Ulloa

Interpretación: comúnmente las personas cuando acuden a reuniones sociales de se exponen al consumo de alcohol, cuando existe una predisposición a consumir y a que este consumo progrese poco a poco hasta que se convierta en patrón habitual y normal para el sujeto provocando en el alteraciones es su esfera de vida.

4 ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?

	N. de personas	Porcentaje
Nunca	33	52.38%
Menos de una vez al mes	15	23.81%
Mensualmente	12	19.05%
Semanalmente	3	4.76%
A diario o casi a diario	0	0%
TOTAL		100%

Cuadro N.11

Elaborado por: Miguel Ulloa

Análisis: De las 63 personas encuestadas existen 33 personas que en el curso del último año han sido incapaces de parar de beber una vez que habían empezado con un porcentaje del 52.38% 15 personas en el curso del último año han sido incapaces de parar de beber una vez que habían empezado con un porcentaje del 23.81% 12 personas en el curso del último año han sido incapaces de parar de beber una vez que habían empezado con un porcentaje del 19.05% 3 personas en el curso del último año han sido incapaces de parar de beber una vez que habían empezado con un porcentaje del 4.76%

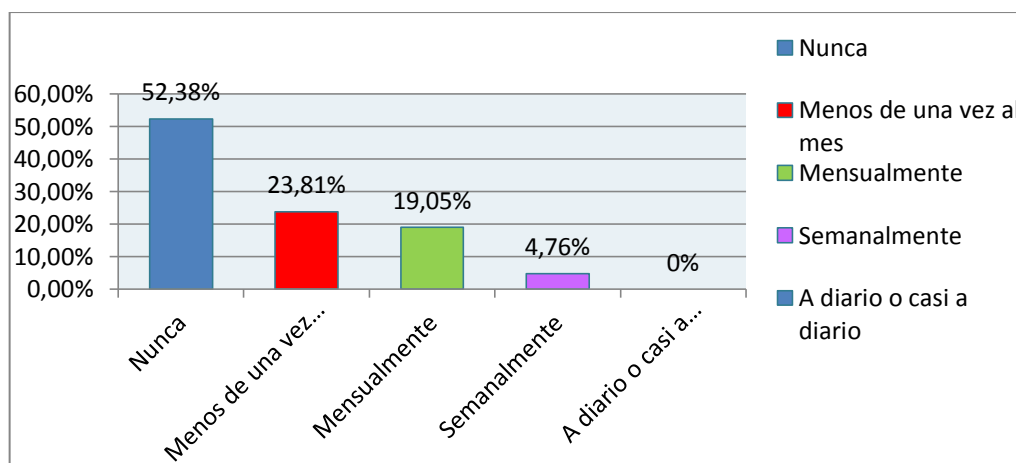


Grafico N° 12

Elaborado por: Miguel Ulloa

Interpretación: Al inicio de un patrón de consumo el sujeto comienza con pequeños consumos hasta que este con el pasar de los días, meses o hasta años van incrementando de manera recurrente, persistente y permanente hasta convertirse en una cadena de consumo inadecuado.

5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?

	N. de personas	Porcentaje
Nunca	18	28.57%
Menos de una vez al mes	24	38.09%
Mensualmente	15	23.81%
Semanalmente	6	9.53%
A diario o casi a diario	0	0
TOTAL	63	100%

Cuadro N° 12

Elaborado por: Miguel Ulloa

Análisis: De las 63 personas encuestadas existen 24 personas que en el curso del último año no han podido hacer lo que se esperaban porque habían bebido con un porcentaje del 38.09% , 18 personas que en el curso del último año no han podido hacer lo que se esperaban porque habían, bebido con un porcentaje del 28.57% ,15 personas que en el curso del último año no han podido hacer lo que se esperaban porque habían bebido con un porcentaje del 23.81% ,6 personas que en el curso del último año no han podido hacer lo que se esperaban porque habían bebido con un porcentaje del 9.53%.

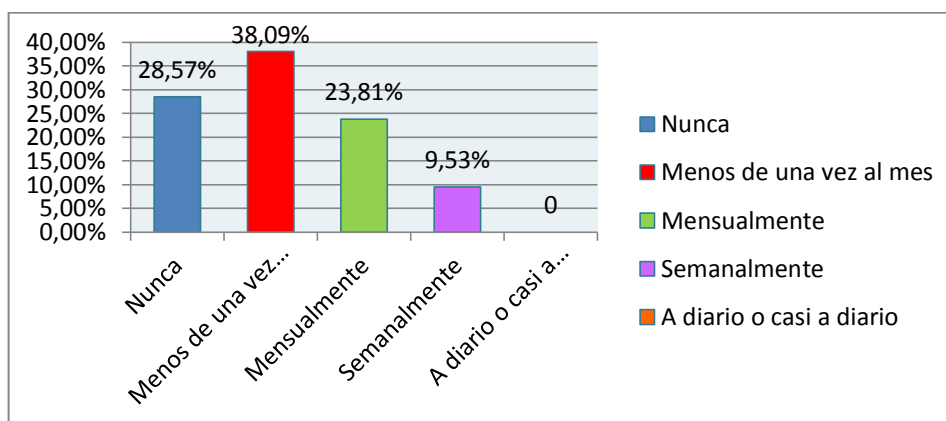


Gráfico N°13

Elaborado por: Miguel Ulloa

Interpretación: Un consumidor diario de alcohol empieza a tener ciertas complicaciones y no puede hacer lo que esperaba por estar alcoholizado con el pasar del tiempo y el consumo excesivo de alcohol que va incrementando, se va haciendo prioritario su consumo de bebidas alcohólicas en la vida del individuo, dejando así lo que realmente es importante y siendo un modelo negativo en los sujetos más vulnerables de la familia

6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

	N. de personas	Porcentaje
Nunca	36	57.14%
Menos de una vez al mes	12	19.05%
Mensualmente	0	0%
Semanalmente	15	23.81%
A diario o casi a diario	0	0%
TOTAL	63	100%

Cuadro N.13
Elaborado por: Miguel Ulloa

Análisis : De las 63 personas encuestadas existen 36 personas que en el curso del último año han necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior con un porcentaje del 57.14% 15 personas que en el curso del último año han necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior con un porcentaje del 23.81% , 12 personas que en el curso del último año han necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior con un porcentaje del 19.05%.

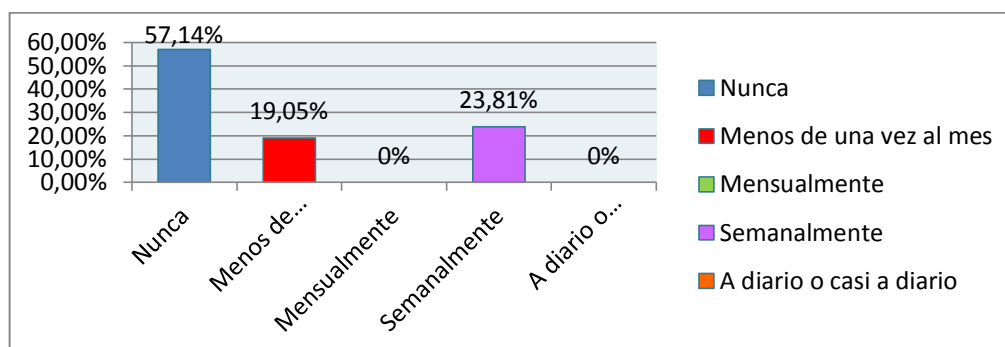


Gráfico N° 14
Elaborado por: Miguel Ulloa

Interpretación: El bebedor patológico no mide las horas ni el tiempo en que comienza a consumir al iniciar el día, el muchas de la veces se olvida hasta de sus necesidades físicas, afectivas, instintivas y hábitos como es el apetito el sueño entre otras

7.¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

	N. de personas	Porcentaje
Nunca	6	9.53%
Menos de una vez al mes	18	28.57%
Mensualmente	15	23.80%
Semanalmente	18	28.57%
A diario o casi a diario	6	9.53%
TOTAL	63%	100%

Cuadro N.14
Elaborado por: Miguel Ulloa

Análisis: De las 63 personas encuestadas existen 18 personas que semanalmente en el curso del último año han tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido con un porcentaje del 28.57% 18 personas que menos de una vez al mes en el curso del último año han tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido con un porcentaje del 28.57% 15 personas que mensualmente en el curso del último año han tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido con un porcentaje del 23.80% 6 personas que a diario o a casi a diario en el curso del último año han tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido con un porcentaje del 9.53% 6 personas nunca en el curso del último año han tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido con un porcentaje del 9.53%.

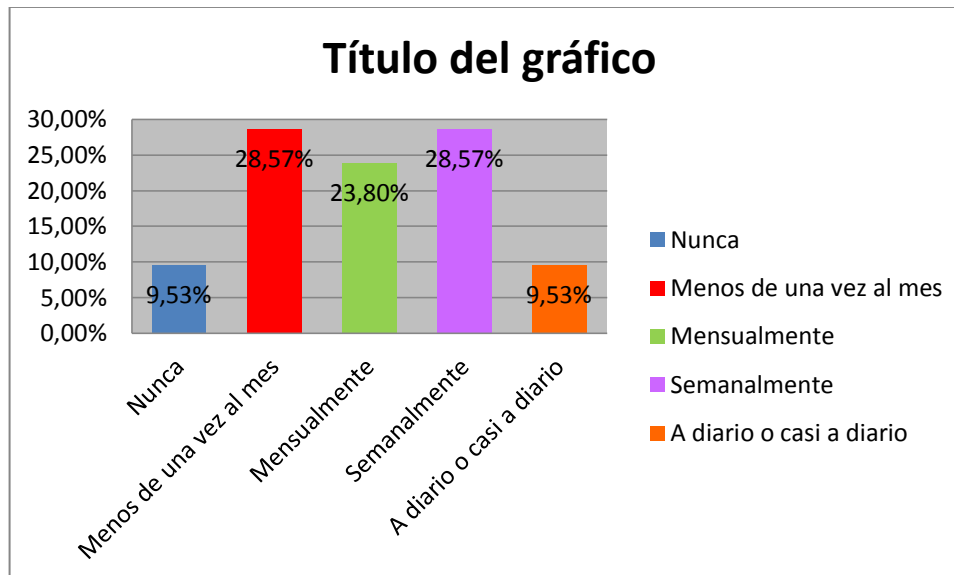


Gráfico N.15
Elaborado por: Miguel Ulloa

Interpretación: Por lo general una persona después de su jornada de consumo presenta sentimientos de culpa, que en estados de sobriedad se convierten en deseos de cambio pero por el entorno adictivo en el que está inmerso el sujeto esos deseos pasan a segundo plano, volviendo a caer en la misma rutina sin concretar sus planes de rehabilitación, convirtiéndose a un patrón de conducta des adaptativa tanto en su familia como fuera de ella.

8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

	N. de personas	Porcentaje
Nunca	12	19.05%
Menos de una vez al mes	27	42.85%
Mensualmente	15	23.81%
Semanalmente	3	4.76%
A diario o casi a diario	6	9.53%
TOTAL	63	100%

Cuadro N.15

Elaborado por: Miguel Ulloa

Análisis: De las 63 personas encuestadas existen 27 personas que menos de una vez al mes en el curso del último año no han podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habían estado bebiendo con un porcentaje de 42.85% 15 personas que mensualmente en el curso del último año no han podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habían estado bebiendo con un porcentaje del 23.81%, 12 personas nunca en el curso del último año no han podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habían estado bebiendo con un porcentaje del 19.05%, 6 personas que a diario o casi a diario en el curso del último año no han podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habían estado bebiendo con un porcentaje del 9.53% ,3 personas que semanalmente en el curso del último año no han podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habían estado bebiendo con un porcentaje del 4.76%.

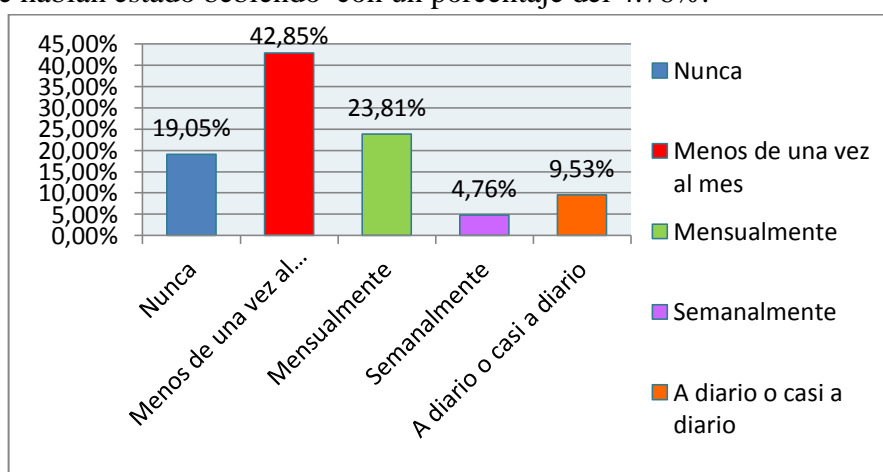


Gráfico N°16

Elaborado por: Miguel Ulloa

Interpretación: es evidente que el consumo excesivo de alcohol incrementa el proceso degenerativo de neurotransmisores a causa de esto se presenta diferentes tipos de patologías como son las alteraciones de memoria, y de la conducta, logrando que el sujeto no recuerde eventos o situaciones en las que se encontraba en el momento de su embriaguez.

9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?

	N. de personas	Porcentaje
No	42	66.66
Sí, pero no en el curso del último año	6	9.53
Si el último año	15	23.81
TOTAL	63	100%

Cuadro N.16
Elaborado por: Miguel Ulloa

Análisis: De las 63 personas encuestadas 42 personas mencionaron que no han resultado heridos ni han herido a otras personas con un porcentaje del 66.66% ,15 personas mencionaron que han resultado heridas y a otras personas en el último año con un porcentaje del 23.81 y finalmente 6 personas han resultado heridas y a otras personas en el curso del último año con un porcentaje del 9.53%

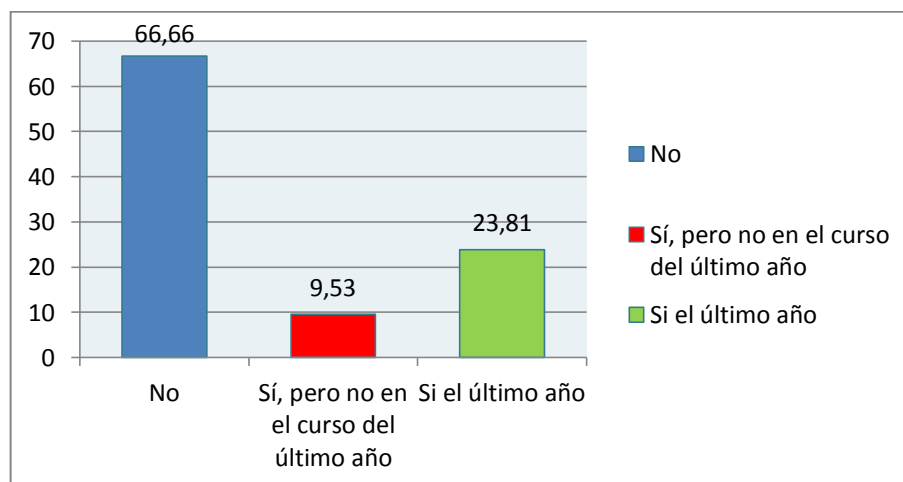


Gráfico N°17
Elaborado por: Miguel Ulloa

Interpretación: muchas de las veces cuando un individuo está bajo los efectos del alcohol se puede producir, expansividad afectiva, agresividad, irritabilidad, en contra de si, o peor en contra de los demás, por lo que no mide las consecuencias de sus actos ni de sus palabras, provocando así accidentes que afecten a los demás, a la vez siendo estos modelos de conducta para otras personas que son vulnerables ante él o ella.

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?

	N. de personas	Porcentaje
No	21	33.33%
Sí, pero no en el curso del último año	12	19.05%
Si el último año	30	47.62%
TOTAL	63	100%

Cuadro N.17

Elaborado por: Miguel Ulloa

Análisis: De las 63 personas encuestadas 30 personas mencionaron que en el último año algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber con un porcentaje de 47.62% , 21 personas mencionan que no Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber con un porcentaje del 33.33% , 12 personas mencionaron que si pero no en el curso del último año algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber con un porcentaje del 19.05%.

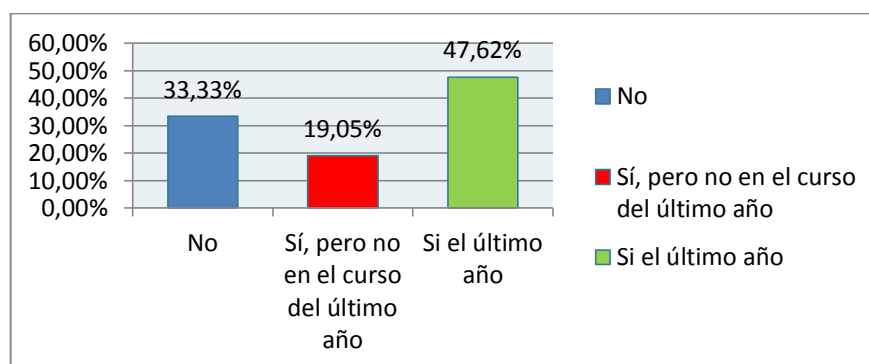


Gráfico N° 18

Elaborado por: Miguel Ulloa

Interpretación: el individuo en su consumo patológico muchas de las veces no tiene conciencia de su enfermedad, por ello a su alrededor existen muchas personas que de una u otra forma tratan de hacerle ver el problema que él o ella presenta.

4.1.3 Variable Dependiente

Cuestionario Semiestructurado Agresividad en niños adaptado en Test de Agresividad Manifiesta

1¿Hablas en voz muy alta y gritas con enfado?

	N. de personas	Porcentaje
SI	55	82.09%
NO	12	17.91
TOTAL	67	100%

Cuadro N.18

Elaborado por: Miguel Ulloa

Análisis: De los 67 niños encuestados 55 mencionaron que hablan en voz muy alta y gritan con enfado con un porcentaje del 82.09% y 12 niños mencionaron que no hablan en voz muy alta ni gritan con enfado con un porcentaje del 17.91%.

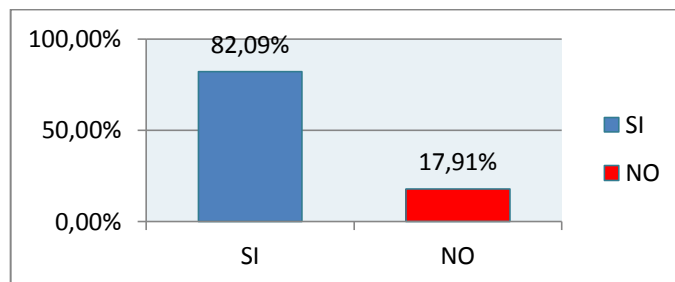


Gráfico N° 19

Elaborado por: Miguel Ulloa

Interpretación: la agresión verbal es una respuesta a un estímulo que al niño le cause molestia, ira o enojo, en este caso repitiendo el patrón de conducta que por parte de los padres o algún otro miembro de la familia es expuesta.

2¿Insultas a tus compañeritos (Eres tonto)?.

	N. de personas	Porcentaje
SI	39	58.21%
NO	28	41.79%
TOTAL	67	100%

Cuadro N.19
Elaborado por: Miguel Ulloa

Análisis: De los 67 niños encuestados 39 mencionaron que insultan a sus compañeros con un porcentaje de 58.21% ,28 niños mencionaron que no insultan a sus compañeros con un porcentaje del 41.79%

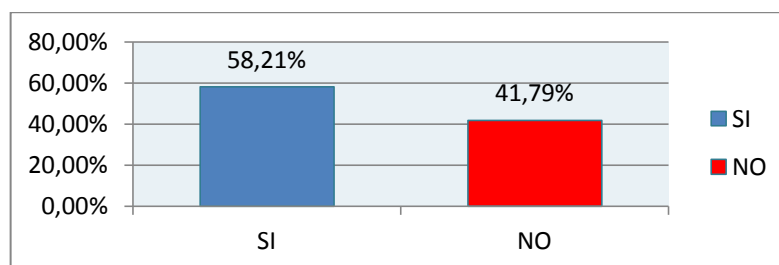


Gráfico N.20
Elaborado por: Miguel Ulloa

Interpretación: estas conductas generalmente son aprendidas a través de aprendizaje vicario, en el que creen que ese tipo de comportamiento es normal y debe ser utilizado como forma de interactuar ante los demás.

3 ¿Utilizas un lenguaje grosero cuando estas enfadado y amenazas a tus compañeros?

	N. de personas	Porcentaje
SI	46	68.66%
NO	21	31.34%
TOTAL	67	100%

Cuadro N.20
Elaborado por: Miguel Ulloa

Análisis: De los 67 niños encuestados 46 mencionaron que utilizan un lenguaje grosero cuando están enfadados y amenazan a sus compañeros con un porcentaje del 68.66% y 21 niños mencionan que no utilizan un lenguaje grosero cuando están enfadados y no amenazan a sus compañeros con un porcentaje del 31.34%.

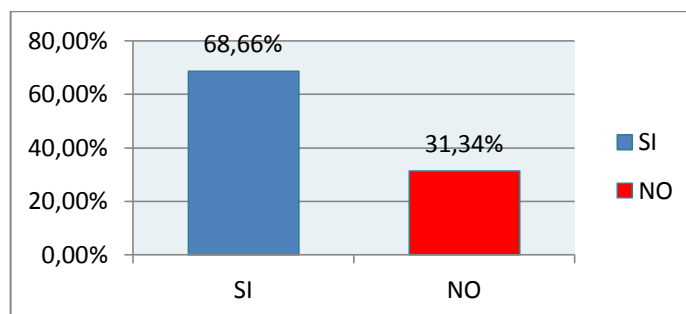


Gráfico N° 21
Elaborado por: Miguel Ulloa

Interpretación: las conductas son adquiridas por el medio en el que el niño se desenvuelve, estas pueden ser negativas o positivas, en este caso el refuerzo negativo que los padres exponen ante sus hijos son adquiridos y estos los ejercen a sus compañeros.

4 ¿Realizas amenazas de violencia (Te voy a matar)?

	N. de personas	Porcentaje
SI	30	44.77%
NO	37	55.23%
TOTAL	67	100%

Cuadro N.21
Elaborado por: Miguel Ulloa

Análisis: De los 67 niños encuestados 30 mencionaron que realizan amenazas de violencia con un porcentaje del 44.77% y 37 niños mencionaron que no realizan amenazas de violencia con un porcentaje del 55.23%

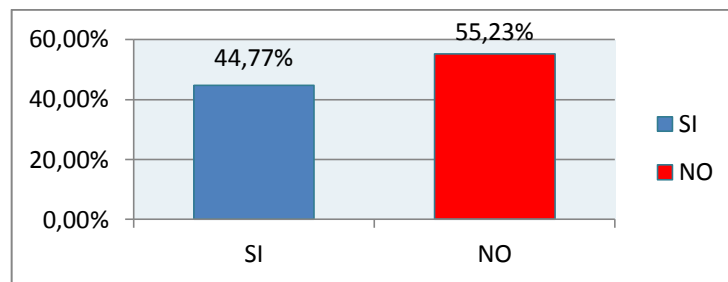


Gráfico N° 22
Elaborado por: Miguel Ulloa

Interpretación: el amenazar es otro de los factores importantes que los niños aprenden de sus padres y la educación que reciben de parte de ellos y de las personas que están a su carga así como también influyen los medios de comunicación que transmiten programas de libre acceso sin supervisión adulta o de personas con criterio formado, siendo esto otro reforzador negativo en la conducta del niño.

5.- ¿Te golpeas a ti mismo, te tiras del pelo te produces heridas sin causarte un daño grave o quemaduras leves?

	N. de personas	Porcentaje
SI	51	76.12%
NO	16	23.88%
TOTAL	67	100%

Cuadro N.22
Elaborado por: Miguel Ulloa

Análisis: De los 67 niños encuestados 51 mencionaron que se golpean a sí mismos y se tiran del pelo y se producen heridas sin causarse ningún tipo de daño grave ni quemaduras con un porcentaje del 76.12% mientras que 16 niños mencionaron que no se golpean a sí mismos ni se jalan del pelo ni se producen heridas ni quemaduras con un porcentaje del 23.88%.

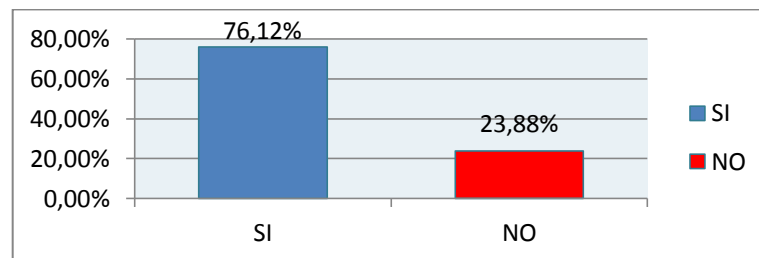


Gráfico N° 23
Elaborado por: Miguel Ulloa

Interpretación: ciertos niños se producen laceraciones como forma de llamar la atención o con algún tipo de conducta manipuladora. O en algunos casos las autolesiones pueden ser provocadas como forma de exteriorizar sentimientos negativos reprimido o en algún caso la baja tolerancia a la frustración que el niño presenta a causa de la conflictiva que vive.

6. Golpeas objetos duros con la cabeza o los puños, te arrojas al suelo.

	N. de personas	Porcentaje
SI	48	71.64%
NO	19	28.36%
TOTAL	67	100%

Cuadro N.23

Elaborado por: Miguel Ulloa

Análisis: De los 67 niños encuestados 48 mencionaron que se golpean objetos con la cabeza o los puños, y se arrojan al suelo con un porcentaje del 71.64% mientras que 19 niños mencionaron que no lo hacen con un porcentaje de 28.36%.

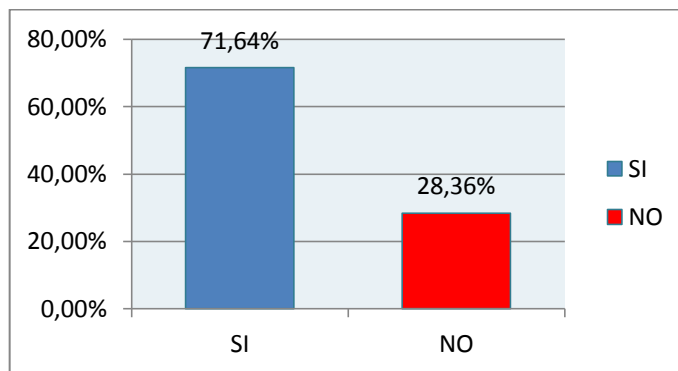


Gráfico N° 24

Elaborado por: Miguel Ulloa

Interpretación: estas conductas pueden significar una necesidad de afecto o de atención, de ser escuchado o de ser tratado con consideración, debido a que en su hogar no existe apertura para que esos sentimientos afloren libremente, lo que hace que el niño los reprime cada vez más.

7. Te haces cortes profundos, te muerdes hasta sangrar, te produces lesiones internas, fracturas, pérdida de conciencia o pérdida de los dientes.

	N. de personas	Porcentaje
SI	49	73.14%
NO	18	26.86%
TOTAL	67	100%

Cuadro N.24
Elaborado por: Miguel Ulloa

Análisis: De los 67 niños encuestados 49 mencionaron que se hacen cortes profundos se muerden hasta sangrar, se producen lesiones internas, fracturas, pérdida de los dientes e incluso pérdida de la conciencia con un porcentaje del 73%, mientras que 18 niños menciona que no lo hacen correspondiente al 26.86%.

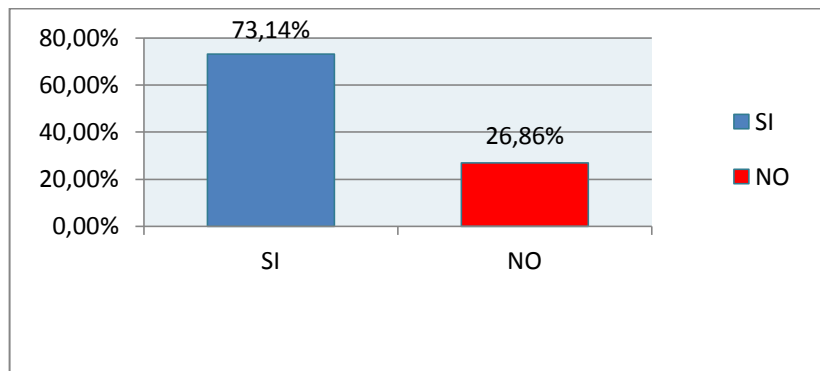


Gráfico N° 25
Elaborado por: Miguel Ulloa

Interpretación: en ocasiones los niños no miden las consecuencias de sus actos o de sus comportamientos, esto se produce por ignorar el peligro al que se están exponiendo por autolesionarse e inclusive llegando a ocasionar daños irremediables en su integridad física y psicológica, o además por el dolor emocional que ellos en esos momentos presentan siendo de una forma u otra forma de alivio o auto castigo ya que de una u otra forma el niño se siente culpable por la situación familiar existente.

Agresión física contra objetos

8. Das portazos, desparramas la ropa, lo desordenas todo cuando estás enojado, das patadas a los muebles sin llegar a romperlos?.

	N. de personas	Porcentaje
SI	55	82.09%
NO	12	17.91%
TOTAL	67	100%

Cuadro N.25
Elaborado por: Miguel Ulloa

Análisis: De los 67 niños encuestados 55 mencionaron que desparraman la ropa lo desordenan todo cuando están enojados y dan patadas en los muebles sin llegar a romperlos con un porcentaje del 82.09% mientras que 12 niños mencionaron que no lo hacen con un porcentaje del 17.91%.

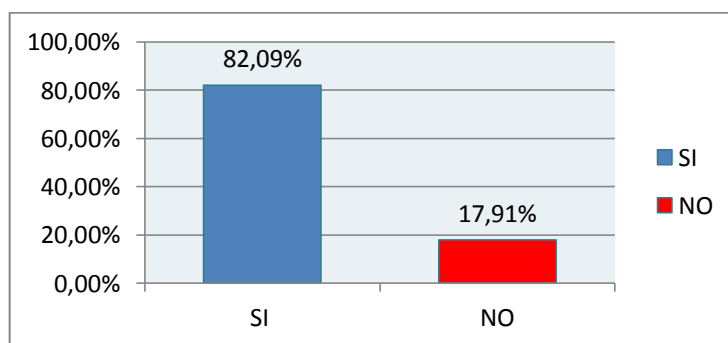


Gráfico N.26
Elaborado por: Miguel Ulloa

Interpretación: Como forma de exteriorizar los sentimientos negativos los niños van adoptando comportamientos hostiles y conductas inadecuadas que los reflejan con la destrucción de objetos que están a su alcance en su momento de ira o enojo.

9.¿Rompes objetos, como las ventanas y cristales.

	N. de personas	Porcentaje
SI	49	73.14%
NO	18	26.86%
TOTAL	67	100%

Cuadro N°26

Elaborado por: Miguel Ulloa

Análisis: De los 67 niños encuestados 49 mencionaron que rompen objetos como ventanas y cristales con un porcentaje del 73.14% mientras que 18 niños mencionaron que no lo hacen con un porcentaje del 26.86%.

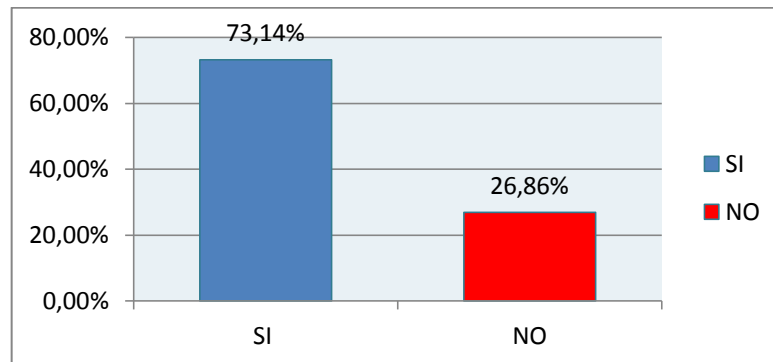


Gráfico N.27

Elaborado por: Miguel Ulloa

Interpretación: Al observar un niño que actúa con la finalidad de romper o destruir objetos podemos apreciar que se está presentando rasgos de impulsividad, siendo estos con o sin consciencia de las consecuencias que estos puedan producir.

10. Prendes fuego, arrojas objetos peligrosamente con la intención de destruir.

	N. de personas	Porcentaje
SI	34	50.75%
NO	33	49.25%
TOTAL	67	100%

Cuadro N°27
Elaborado por: Miguel Ulloa

Análisis: De los 67 niños encuestados 34 mencionaron que prenden fuego y arrojan objetos peligrosamente con la intención de destruir y con un porcentaje del 50.75% y mientras que 33 niños mencionaron que no lo hacían esto corresponde al 49.25% de la población.

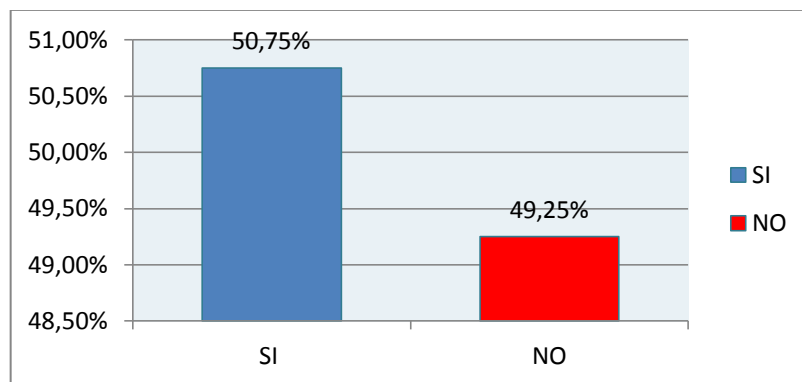


Gráfico N.28
Elaborado por: Miguel Ulloa

Interpretación: Las conductas que involucran la integridad física y psicológica de otras personas o bienes materiales, son conductas que se debe tomar en cuenta para que posteriormente no desencadene en un cuadro clínico patológico.

Agresión física contra otras personas

11. Realizas gestos amenazantes, maltratas a las personas, les agarras de la ropa, golpeas, das patadas, empujas y tiras del pelo a otras personas.

	N. de personas	Porcentaje
SI	55	82.09%
NO	12	17.91%
TOTAL	67	100%

Cuadro N° 28

Elaborado por: Miguel Ulloa

Análisis : De los 67 niños encuestados 55 mencionaron que realizan gestos amenazantes, maltratan a las personas ,les agarran de la ropa , golpean ,dan patadas ,empujan y tiran del pelo a otras personas 82.09%% y mientras que 12 niños mencionaron que no lo hacen con un porcentaje del 17.91%

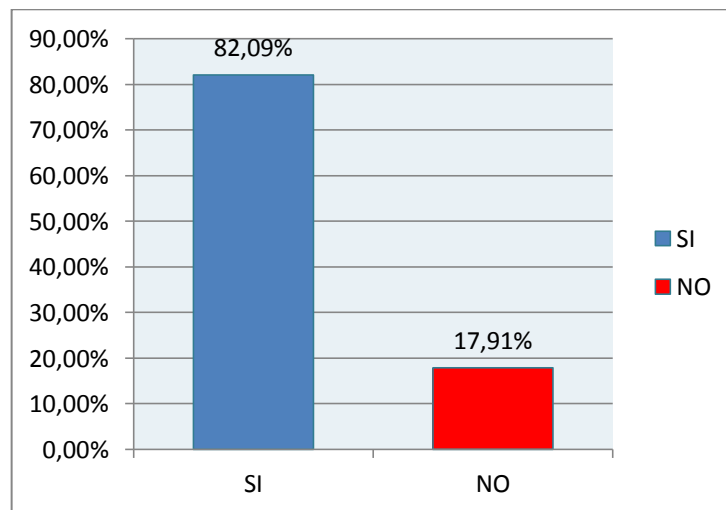


Gráfico N.29

Elaborado por: Miguel Ulloa

Interpretación: Los niños al observar el miedo que pueden ocasionar a sus victimarios reafirman su ego de poder agrediendo a otros niños, ocasionándoles daños graves físico y psicológico como forma de desfogar su frustración.

12. Atacas a otras personas causando daños físicos (torceduras, golpes, heridas).

	N. de personas	Porcentaje
SI	37	55.23%
NO	30	44.77%
TOTAL	67	100%

Cuadro N°29
Elaborado por: Miguel Ulloa

Análisis: De los 67 niños encuestados 37 mencionaron que atacan a otras personas causando daños físicos como torceduras, golpes, y heridas con un porcentaje de 55.23% y mientras que 30 niños mencionaron que no lo hacen con un porcentaje del 44.77%

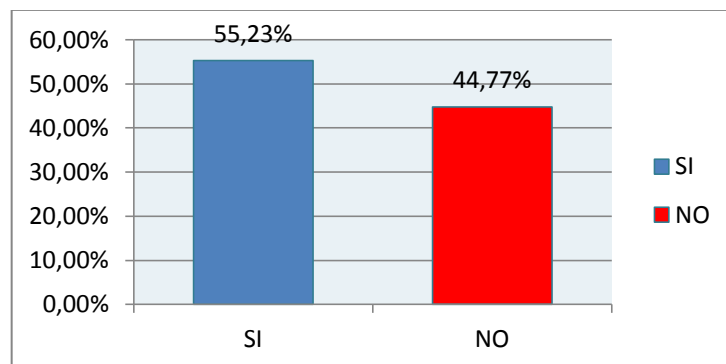


Gráfico N.30
Elaborado por: Miguel Ulloa

Interpretación: el aprendizaje vicario es un determinante para que un niño adopte conductas negativas y estas a su vez suelen ir creciendo conforme no se le pone límites, hasta el punto de ocasionar cualquier tipo de trastorno de conducta.

13. Atacas a otras personas causando daños físicos graves(huesos rotos, heridas profundas, lesiones internas).

	N. de personas	Porcentaje
SI	33	49.25%
NO	34	50.75%
TOTAL	67	100%

Cuadro °30
Elaborado por: Miguel Ulloa

Análisis: De los 67 niños encuestados 33 mencionaron que atacan a otras personas causando daños físicos graves como huesos rotos, heridas profundas lesiones internas con un porcentaje de 49.25% y mientras que 34 niños mencionaron que no lo hacen con un porcentaje del 50.75%.

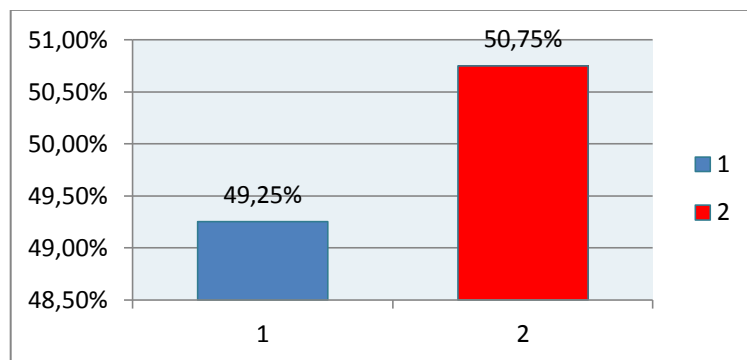


Gráfico N.31
Elaborado por: Miguel Ulloa

Interpretación: Un niño puede llegar a un nivel de agresividad muy alto como una forma inadecuada de defenderse ante personas que creen que las van a hacer daño o que no sean de su agrado, provocando así daños físicos y psicológicos graves.

14. Crees que atacar es la mejor forma de defenderse

	N. de personas	Porcentaje
SI	45	67.16%
NO	22	32.84%
TOTAL	67	100%

Cuadro N°31
Elaborado por: Miguel Ulloa

Análisis: De los 67 niños encuestados 45 mencionaron que atacar es la mejor forma de defenderse con un porcentaje de 67.16% y mientras que 22 niños manifestaron que no con un porcentaje del 32.16%

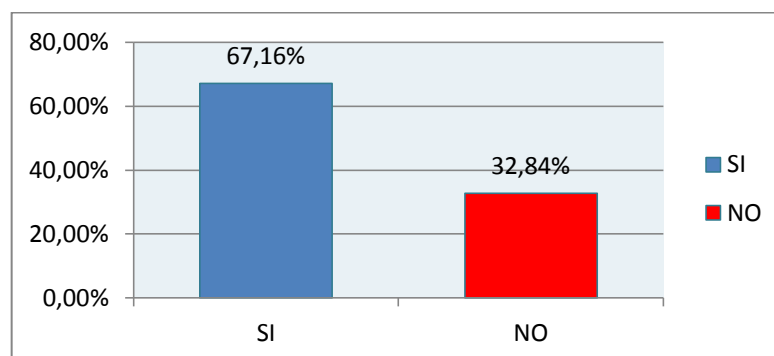


Gráfico N°32
Elaborado por: Miguel Ulloa

Interpretación: Los niños en su mayoría manifiestan que la única forma de defenderse es atacar, estas acciones pueden ser producto de un aprendizaje vicario del contexto familiar o social, encuentran así una forma de descargar todos sus impulsos y energías negativas.

15. En la escuela tus compañeros dicen que eres:

	N. de personas	Porcentaje
AGRESIVO	30	44.77%
MOLESTO	24	35.82%
INQUIETO	7	10.45%
TRANQUILO	6	8.95%
OTRO	0	0%

Cuadro °32

Elaborado por: Miguel Ulloa

Análisis: Del 100 de la población se pudo evidencia que un 44.77% menciona que es agresivo, un 35.82% molesto, el 10.45% inquieto, 8.95% tranquilo.

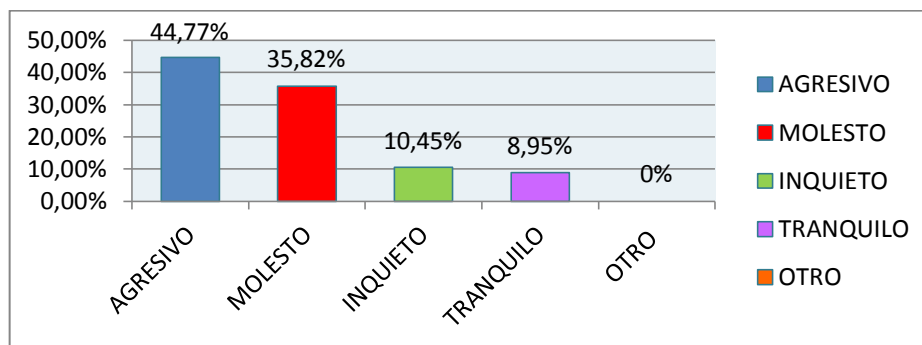


Gráfico N°33

Elaborado por: Miguel Ulloa

Interpretación:

La conducta inadecuada de los niños se manifiesta de diferentes formas lo que influirá de manera de positiva y negativa en su ambiente escolar, la misma que determinara su nivel de adaptabilidad a su medio biopsicosocial.

16. En la escuela cuando tus compañeros te molestan que haces

	N. de personas	Porcentaje
TE ENOJAS	20	29.85%
LES GOLPEAS	35	52.24%
BUSCAS VENGANZA	5	7.46%
AVISAS ATU PROFESOR	4	5.97%
NADA	3	4.47%

Cuadro N°33
Elaborado por: Miguel Ulloa

Análisis: 20 niños manifiestan que en la escuela se enojan con sus compañeros cifra que corresponde al 29.85%, 35 niños expresan que ante situaciones de riesgo responden con golpes, con un porcentaje de 52.24% son los niños que buscan venganza, una cifra de 7.46% menciona que antes estímulos negativos avisa a su profesor y un porcentaje muy bajo refiere que no hace nada.

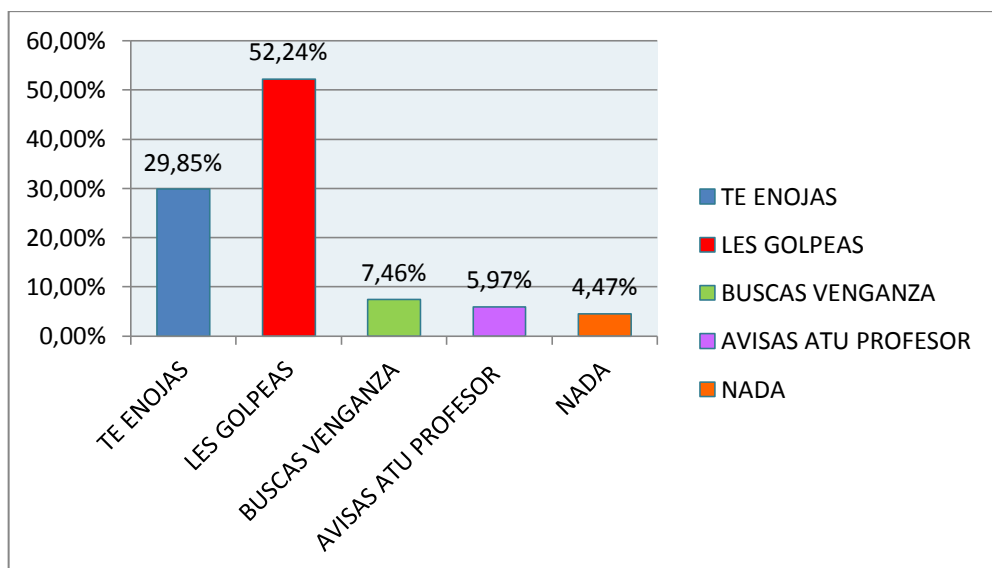


Gráfico N°34
Elaborado por: Miguel Ulloa

Interpretación:

Se evidencia que existe una completa agresividad en el ambiente escolar por parte de los niños hacia sus otros compañeros manifestándose estos en diferentes tipos y así exteriorizar sus impulsos primitivos y patrones de comportamiento por observación, aprendizaje por modelamiento.

4.2 Interpretación de relación de variables

Hipótesis

El Abuso del alcohol en la Familia es la causa de agresividad que presentan los niños de séptimo año de educación básica de la unidad educativa honduras de la ciudad de Ambato en el periodo Abril- Septiembre 2014.

4.2.1 Chi Cuadrado

$$\chi^2 = \frac{\sum (O - E)^2}{E}$$

En donde:

χ^2 = Chi Cuadrado

O= Frecuencias Observadas

E= Frecuencias Esperadas

Variable Independiente: El Abuso de alcohol en la familia

Variable Dependiente: Agresividad en los niños.

4.2.3 Hipótesis Alterna

El abuso de Alcohol en la Familia incide en la Agresividad que presentan los niños de séptimo año de educación básica de la Unidad Educativa Honduras de la Ciudad de Ambato en el periodo Abril septiembre 2014

4.2.4 Criterios de Selección

- Niños de familias Consumidoras

Frecuencia obtenida por agrupación de resultados

Tabla de contingencia nivel abuso de alcohol en la familia * agresividad de los niños

Recuento

		AGRESIVIDAD				TOTAL
		verbal	Física contra objetos	Física contra sí mismo	Física contra otras personas	
NIVEL	Síntomas relacionados con					
ABUSO	dependencia	9	8	1	4	22
DE	Dependencia alcohólica	3	10	10	18	41
ALCOHOL						
TOTAL		12	18	11	22	63

Cuadro N°34
Elaborado por: Miguel Ulloa

- En edades de 9 a 12 años.

4.2.4 Hipótesis Nula

El Abuso del Alcohol en la Familia no incide en la Agresividad que presentan los niños de séptimo año de educación básica de la Unidad Educativa Honduras de la Ciudad de Ambato en el periodo Abril- Septiembre 2014

Análisis.- De los 22 familiares de los niños que presentan síntomas relacionados con la dependencia que corresponde al 34.93%, 9 muestran agresividad verbal que corresponde al 40.90%, 8 física contra objetos que corresponde 36.36%, 1 física contra sí mismos que corresponde al 4.54% y 4 física contra otras personas que corresponde al 18.18%, de los 41 familias que exhiben dependencia alcohólica que corresponde al 65.07%, 3 revelan agresión verbal corresponde al 7.31%, 10 agresión física contra objetos que corresponde al 24.39%, 10 agresión física contra sí mismo, que corresponde al 24.39, y 18 agresión con otras personas que corresponde al 43.90%, dentro de la totalidad de la muestra investigada son 63 personas que corresponde al 100% dentro de esto 12 presentan agresividad verbal que corresponde al 19.04%, 18 Física contra objetos corresponde al 28.57%, 11

física contra sí mismo que corresponde al 17.46% y ,22 física contra otras personas que corresponde al 34.92%.

Gráfico con Porcentajes.

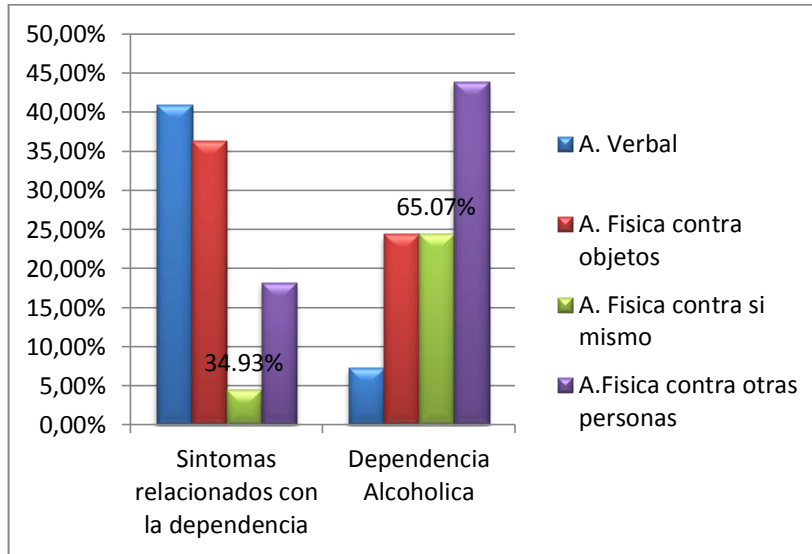


Gráfico N°35
Elaborado por: Miguel Ulloa

Gráfico de Barras CHI cuadrado

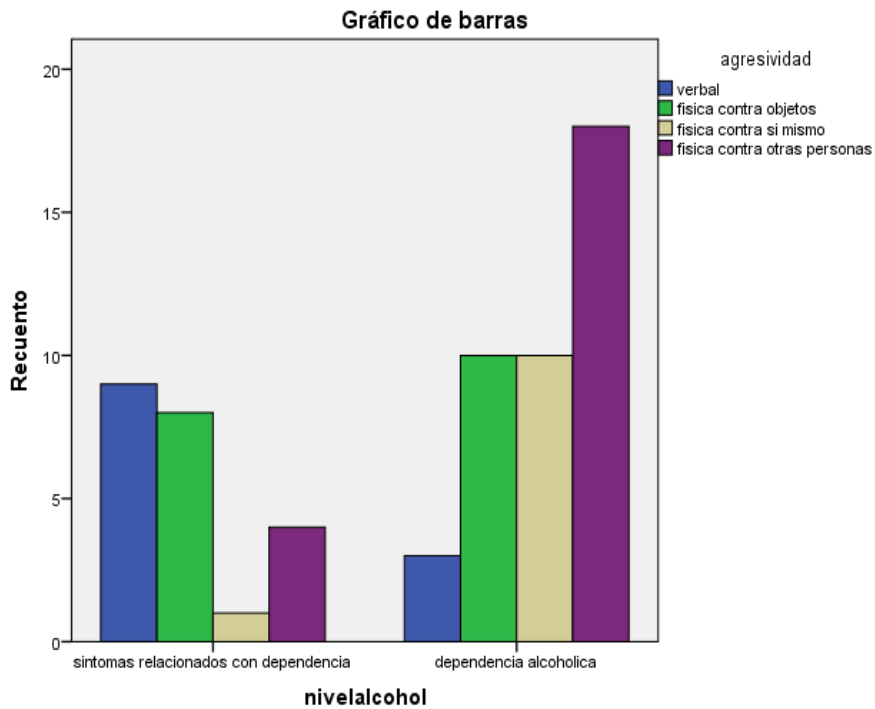


Gráfico N°36

Interpretación

Se puede apreciar que en el grupo de algún miembro de la familia que presenta dependencia alcohólica existe en los niños algún tipo de manifestación de agresividad teniendo como el primer lugar la agresividad contar otras personas, a continuando con niños que manifiestan agresividad física contar sí mismo, continuando con niños que expresaron agresión física contra objetos y por último se evidencia agresividad verbal.

Mientras que dentro de los síntomas relacionados con el alcohol se puede apreciar que los niños y niñas manifiestan mayor agresividad verbal, continuando así niños que presentan agresividad contar objetos luego niños/as que presentan agresiones contra otras personas teniendo como último agresión física contra sí mismo.

Por lo expuesto anteriormente se puede inferir que si existen relación entre el consumo de alcohol y la agresividad que presentan los niños/as, ya que entre mayor consumo por parte de algún miembro de la familia mayor probabilidad de la presencia de algún tipo de agresividad en los niños

4.1.1.4. Distribución del Chi Cuadrado X² de los Valores Calculados

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	15,142 ^a	3	,002	,001		
Razón de verosimilitudes	15,725	3	,001	,002		
Estadístico exacto de Fisher	14,467			,002		
Asociación lineal por lineal	11,958 ^b	1	,001	,000	,000	,000
N de casos válidos	63					

a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,84.

b. El estadístico tipificado es 3,458.

Cuadro N°35
Elaborado por: Miguel Ulloa

4.2.4 Regla de Decisión

Cálculo de X²

El valor Chi-cuadrado obtenido hipótesis ($X^2(3) = 14,467$, $p < 0,05$, $N = 63$), por lo que se rechaza la HIPÓTESIS NULA Y SE ACEPTA LA HIPÓTESIS ALTERNA, se comprueba en efecto que el abuso de alcohol en la familia incide en la agresividad que presenta los niños del séptimo año de la Unidad Educativa Honduras de la ciudad de Ambato durante el periodo abril septiembre del 2014, por lo que el valor del CHI cuadrado obtenido es mayor que el valor crítico evidenciándose una influencia importante de la variable independiente sobre la dependiente.

4.3 Verificación de Hipótesis

Se demostró la hipótesis mediante:

1. Entrevista semiestructurada dirigida a la familia.
2. Test AUDIT para detectar problemas con respecto al consumo de alcohol.
3. Cuestionario semiestructurado para detectar agresividad manifiesta en los niños de séptimo años de la Unidad Educativa Honduras.
4. Chi cuadrado.

Se comprueba la hipótesis mediante la fórmula matemática el CHI CUADRADO (x^2), obteniendo como conclusión ($X^2(3) = 14,467$, $p < 0,05$, $N = 63$), donde se rechaza la Hipótesis Nula (H_0) y se acepta la Hipótesis Alterna (H_1), por lo que se evidencia que el consumo de alcohol en la familia incide en la agresividad de los niños del séptimo año de la Unidad Educativa Honduras de la ciudad de Ambato, ya que dentro de las 63 personas que corresponde al 100% , 12 presentan agresividad verbal que corresponde al 19.04%, 18 Física contra objetos corresponde al 28.57%, 11 física contra sí mismo que corresponde al 17.46% y ,22 física contra otras personas que corresponde al 34.92%

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones:

Al final del trabajo investigativo se puede ultimar lo siguiente:

La exploración presentada hace hincapié en la relación que existe entre el Abuso de alcohol en la familia y la agresividad que presentan los niños de séptimo año de la Unidad Educativa Honduras de la ciudad de Ambato.

Del 100 % de la población inicial que son 67 familias que se considera el 100%, se aprecia que el 94.03% manifiestan tienen un familiar que bebe alcohol que son 63 familias en total, mientras que el 5.97% menciona que no existe consumo en su familia que son cuatro familias, así también la encuesta demuestra que el uso de alcohol en la familia está presente dentro del núcleo de la sociedad, este patrón de conducta inadecuada proviene en su mayoría por parte del padre con un porcentaje de 65.08% seguidos de los hijos con un 23.81% y en último lugar se encuentran con un 11.11% las madres de familia es decir que en la familia existe un alto grado de consumo de alcohol.

Del 100% de la muestra total son 67, pero por criterios de selección y los reactivos aplicados con la muestra que se trabajo con 63 familias incluidos los niños que corresponde el 94.03%, que existe algún grado de consumo, y el 5.9 % no presenta consumo que corresponde a 4 familias, dentro del 94.03% que es con la población que se va a trabajar, 41 familias se encuentran dentro de la dependencia alcohólica esto corresponde al 60% de la muestra, y 22 familias se encuentran dentro de los síntomas relacionados con el alcohol esto corresponde al el 34.93% de la población, cabe mencionar que este porcentaje puede llegar a presentar patrones de consumo de alcohol crónico y causar dependencia.

Dentro de la población infantil se pudo evidenciar que existe un 100% de niños que presentan agresividad de algún tipo, es así como 22 niños presentan agresión física contra otras personas lo que corresponde al 34.92%, 18 menores presentan agresión física contra objetos lo que corresponde 28.57%, 12 niños presentan agresión verbal lo que indica el 19.05% de la muestra, y 11 niños presentan agresión contra sí mismo lo que corresponde al 17.46 de la población investigada Después del análisis estadístico y sistémico se constata que si existe problemática en La Unidad Educativa Honduras ya que los niños y/o niñas presentan agresividad de algún tipo a causa del abuso de alcohol de algún miembro de su familia por lo que es necesario el inicio de tratamiento e intervención de tipo psicológica que ayuda a la población investigada.

5.2 Recomendaciones

Siendo la familia la base de la sociedad en estos casos es importante trabajar a nivel de este núcleo y así lograr la toma de conciencia sobre el abuso inadecuado de alcohol

Trabajo grupal por medio de programas Psicoeducativa- terapéutico.

La utilización de estrategias adecuadas para la resolución o modificación de la conducta conflictiva para el mejoramiento de la disfunción familiar.

Trabajo individual tanto con los sujetos consumidores y con los infantes para contrarrestar los rasgos propios de la Inestabilidad Emocional.

Trabajar tanto como con los factores pre disponentes desencadenantes y mantenedores para lograr una ayuda integral.

Trabajar conjuntamente con las autoridades de la institución para favorecer el proceso terapéutico integral.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1 Datos Informativos

6.1.1 Tema

Intervención psicoeducativa y terapéutica mediante el programa ALFIL basado en técnicas Cognitiva conductual para modificar el comportamiento agresivo en los niños y el consumo excesivo de alcohol en los padres del séptimo año de educación básica de la Unidad Educativa Honduras de la ciudad de Ambato.

6.1.2 Institución Ejecutora

Unidad Educativa “Honduras”

6.1.3 Beneficiarios

Directos: 63 niños de séptimo año

Indirectos: padres de familia y profesores

6.1.4 Ubicación: Huachi San Francisco

6.1.5 Tiempo estimado para la ejecución: 6 meses

6.1.6 Equipo Técnico responsable.

Psicólogo Clínico de la Institución

Promotores de Salud : Hospital “AlliCausay”

Egresado: Miguel Ulloa Núñez Carrera Psicología Clínica.

6.2 Antecedentes de la Propuesta.

El diseño del Programa ALFIL, en 1996, fue posible tras varios años de investigación sobre factores de riesgo neurocognitivos en los hijos de alcohólicos, línea de trabajo que se ha venido desarrollando desde 1991 en colaboración entre la Unitat d'Alcoholologia de la Generalitat de Catalunya (Hospital Clínico y Provincial de Barcelona) y el Laboratorio de Neurodinàmica del Departamento de Psiquiatria y Psicobiologia Clínica de la Universidad de Barcelona gracias a diversas becas y ayudas de la Generalitat de Catalunya y la Universidad de Barcelona, entre las que se encuentran en la actualidad la ayuda para el mantenimiento de la Xarxa Temàtica "Psicofisiològica Cognitiva y Neurodinàmica Clínica".

En 1997 el programa se realizó, como experiencia piloto, en tres centros de diferentes comunidades autónomas españolas (Unitat d'Alcoholologia de la Generalitat, en Barcelona; Unitat d'Alcoholologia d'Alcoy, en Alicante y Colegio de Psicólogos de Aragón, en Zaragoza) gracias a la colaboración de profesionales de Socidrogalcohol y a la subvención del Plan Nacional sobre Drogas.

A partir de 1998, las sesiones del Programa ALFIL se extendieron a otras comunidades españolas.

Esta línea trata de aplicar los conocimientos adquiridos a partir de la investigación básica con hijos de alcohólicos al desarrollo, la experimentación, la extensión y la evaluación de intervenciones específicas dirigidas a esta población de riesgo.

El objetivo principal de este manual para profesionales que tratan con "familias alcohólicas" consiste en dar a conocer una de las posibles formas de abordaje educativo-preventivo de estas familias, así como facilitar la realización de este tipo de experiencias y favorecer el intercambio entre diversos profesionales que están interesados en realizarlas o que ya las están llevando a cabo.

En realidad, la mayoría de estrategias de intervención que se proponen en este manual para realizar grupos educativos con hijos de alcohólicos, podría

extenderse a todos los jóvenes que crecen en familias en las que el consumo de cualquier droga ha llegado a constituir un problema, así como a otros grupos de riesgo debido a otros factores biopsicosociales.

Desde el Programa ALFIL también se pretende favorecer el acercamiento entre la práctica clínica y la investigación científica aplicada, facilitando un programa flexible pero suficientemente estructurado para permitir su generalización, con el fin de que sea posible evaluar su efectividad en diversos ámbitos socioculturales de nuestro país.

Sirva pues este manual como un intento de aproximación entre la clínica y la investigación, que en el tema de los hijos de alcohólicos se han mantenido, hasta este momento, como dos cuerpos de conocimientos diferenciados, con escaso intercambio entre ellos,[Antoni Gual i Solé, Barcelona, a 12 de marzo ALFIL 2000].

Es así que pretende aportar su granito de arena para que se pueda llegar a cumplir uno de los objetivos que plantea la OMS para reducir los problemas que ocasiona en alcohol en las familias: “garantizar que los programas de prevención y tratamiento de base familiar estén ampliamente disponibles y sean implantados”.

El método ALFIL como ayuda guía para concienciar de la necesidad de continuar trabajando entre todos en la extensión y optimización de este tipo de intervenciones en los países.

Al tener en algún tipo de desencadenante como es este caso el consumo de alcohol en los padres, mismo que afecta de manera directa a los hijos especialmente a los más vulnerable teniendo como la probabilidad de desarrollar problemas diversos como consecuencia de interacciones complejas entre tres tipos de factores biopsico-sociales:

También resulta frecuente que los hijos de alcohólicos acaben adoptando patrones cognitivos y de comportamiento disfuncionales en un intento de adaptarse a su

ambiente familiar desestructurado. Se han descrito algunos patrones típicos como el “héroe o salvador”, el “niño problemático” o “chivo expiatorio”, el “niño perdido u olvidado” y el “payasete o mascota de la familia”.

Si no se corrigen a tiempo, estos patrones pueden convertirse, en la vida adulta, en verdaderos trastornos de personalidad como el obsesivo compulsivo, el antisocial, el de evitación, el límite o el co-dependiente.

Sin embargo, no todos los hijos de alcohólicos desarrollan problemas severos. En realidad, los efectos del alcoholismo paterno son muy variables, dependiendo de la interacción entre los factores de riesgo y los factores de resistencia que se encuentran presentes en cada caso concreto.

Se ha comprobado la existencia de consumo de alcohol en algún miembro de la familia teniendo este un 92% dentro de la población, provocando en el niño alguna manifestación en cuanto a su comportamiento como es la agresividad en un 100% donde se pudo encontrar, agresión verbal 63.41%, agresión física contra objetos 68.66%, ataque físico contra sí mismo 73.63% y provocación física hacia otras personas 63.43%,(Ulloa, 2014).

6.3 Justificación

El modelo a aplicar ha sido considerado en otros países un modelo eficaz como grupo psicoeducativa – terapéutico, la intervención psicoeducativa del Programa ALFIL tiene como objetivo general disminuir factores de riesgo potenciando factores de protección en los hijos de alcohólicos y en sus familias, y como grupo terapéutico mediante otras técnicas cognitivo conductual aplicables individualmente a largo plazo dependiendo la necesidad.

La propuesta planteada es de suma importancia ya que beneficiará tanto a padres como a hijos, ya que vivimos en un tiempo en el que el consumo de alcohol, la violencia y las conductas agresivas están constantemente presentes en todas las

esferas de nuestra vida, siendo los niños quienes lamentablemente incorporan a su diario convivir esos comportamientos agresivos. Por lo mismo es primordial dar a los niños y a sus padres técnicas para mejorar su autocontrol y convivir de una forma agradable en su grupo social y familiar.

La presente propuesta va dirigida a los niños que con frecuencia manifiestan conductas agresivas y carecen de la capacidad de dominar su ira, reprimen sus impulsos, y en su proceso de sociabilización responden con actos violentos, incluyendo a sus progenitores que presentan patrones de conducta de consumo de alcohol y que de una u otra forma influyen en la conducta de sus hijos.

Con este modelo se espera al finalizar llegar afianzar la vinculación entre padres e hijos a que logren un mayor grado de empatía, asertividad en sus actos y comunicación positiva con los demás.

El modelo es aplicable ya que existe un importante porcentaje en cuanto a consumo de alcohol en la familia específicamente en los padres desencadenando alteraciones de conducta en sus hijos lo que también se obtuvo una alta incidencia en la investigación.- La aplicación de la propuesta es factible ya que se cuenta con la población necesaria como son padres consumidores de alcohol y niños con manifestaciones agresivas, además de contar con el espacio físico y el material necesario para la misma, cabe mencionar además el apoyo de la institución así como también de la población motivo del estudio, [Ulloa 2014].

6.4 OBJETIVOS

6.4.1 Objetivo General

Aplicación del modelo psicoeducativo y terapéutico mediante el programa ALFIL basado en técnicas Cognitiva conductual para modificar el comportamiento agresivo en los niños y el consumo excesivo de alcohol en los

padres del séptimo año de educación básica de la Unidad Educativa Honduras de la ciudad de Ambato.

6.4.2 Objetivos Específicos

- Educar a los padres en cuanto al consumo excesivo de alcohol así como también sus efectos y consecuencias a corto y largo plazo.
- Modificar pensamientos y conductas inadecuadas en los niños, mediante técnicas tanto grupales como individuales.
- Ayudar la reorganización familiar y el restablecimiento de los lazos afectivos, mostrando a la familia una esperanza en el futuro.

6.5 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO CIENTÍFICA

Programa ALFIL

Tras estudiar algunos años marcadores neurogenéticos de riesgo y su papel en los modelos etiológicos del alcoholismo familiar, el grupo de investigación se orientó hacia una línea de trabajo más aplicada, motivada por las necesidades diarias de la práctica clínica preventiva y diseñó un programa educativo grupal para hijos de alcohólicos y sus padres, desde sociodrogalcohol y en colaboración con centros de atención a las drogodependencias de varias comunidades españolas, iniciaron el programa ALFIL 1996, siendo este un proyecto multicentrico subvencionado por la delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas, que se han venido desarrollando desde el año 1997 en ocho centros de atención a las drogodependencias de algunos países, gracias a la participación de un buen número de profesionales,[Alfil, 1996].

El proyecto ALFIL consta de dos partes:

- a. Un estudio descriptivo y compartido en el que se analizan los resultados de evaluaciones Psicológicas Clínicas realizadas a los hijos de alcohólicos y controles entre 6 y 17 años.

b. El ensayo de un programa de sesiones educativo-preventivas (que incluye nueve sesiones grupales para hijos de alcohólicos y dos para sus padres). En la primera fase de estudio, se plantea dos objetivos prioritarios:

1. Elaborar un protocolo de evaluación de marcadores de riesgo que pudiera ser útil en el futuro para desarrollar una batería de pruebas que permita detectar precozmente a los hijos de alcohólicos con mayor probabilidad de desarrollar trastornos de adaptación.
2. Realizar un estudio descriptivo del perfil de las características médicas, cognitivas, psiquiátricas, psicológicas y psicosociales de los hijos de alcohólicos que entran en contacto con centros de tratamiento.

Este estudio permitirá confirmar si constituyen realmente un grupo de “alto riesgo” y averiguar qué problemas presentan con mayor frecuencia con el fin de diseñar sesiones educativo-preventivas adaptadas a sus necesidades específicas.

Este programa ha sido aplicado por personal socio-sanitario especializado en centros de tratamiento del alcoholismo y en asociaciones de alcohólicos rehabilitados de varias comunidades españolas, y está dirigido a hijos de alcohólicos cuyos progenitores han sido identificados como dependientes del alcohol en un centro especializado.

El Programa fue diseñado para cumplir dos objetivos básicos:

1. Realizar un estudio descriptivo de las características de los hijos de alcohólicos de 7 a 17 años cuyos padres entran en contacto con un centro especializado, y compararlas con las de un grupo control de la población general sin antecedentes familiares de la enfermedad, con el fin de averiguar si los primeros constituyen realmente una población de alto riesgo en nuestro país, sobre qué factores de riesgo específicos sería preciso intervenir y qué factores de protección se deberían fomentar.
2. Evaluar el proceso de implantación y la eficacia de una intervención psicoeducativa experimental en grupos de hijos de alcohólicos pre-

adolescentes y adolescentes, con el fin de analizar las características óptimas y las dificultades para realizar este tipo de intervenciones en nuestro entorno socio-cultural.

En este trabajo describiremos exclusivamente los objetivos, la metodología y algunos resultados de la evaluación de los grupos Psicoeducativa que se han realizado en el marco del Programa ALFIL desde el año 1998 hasta el 2000, en total 13 grupos.

Objetivos de la intervención

La intervención Psicoeducativa del Programa ALFIL tiene como objetivo general disminuir factores de riesgo y potenciar factores de protección en los hijos de alcohólicos y en sus familias. Este objetivo general se traducen los siguientes propósitos específicos:[Alfil, 1996].

1. Promover en los jóvenes cambios en los conocimientos, las actitudes y las expectativas sobre el alcohol (y las otras drogas) para favorecer la toma de decisiones responsables y saludables con respecto a su consumo, y facilitar el entendimiento de los problemas que el alcohol ha ocasionado en su familia. A nivel más operativo pretende:
 - Ofrecer información objetiva sobre el alcohol, sus efectos y los problemas derivados de su abuso, así como promover la crítica de los mitos culturales sobre el alcohol.
 - Favorecer el entendimiento del alcoholismo como una enfermedad de desarrollo progresivo, que afecta a toda la familia, y que escapa del control de las personas que lo sufren, evitando actitudes estigmatizaste hacia los drogodependientes en general.
 - Advertir, sin alarmar ni profetizar, que los hijos de alcohólicos pueden tener mayor riesgo de alcoholismo, en qué consiste ese riesgo y cómo se puede disminuir.

- Reforzar las actitudes de abstinencia de drogas en general y potenciar la capacidad de generar alternativas saludables para disfrutar del tiempo libre.
2. Facilitar el aprendizaje de estrategias de afrontamiento a los factores de riesgo individuales y ambientales que pueden llevar, entre otros problemas, a consumir drogas: dificultades emocionales y de autoestima, impulsividad, falta de habilidades sociales y de solución de problemas, situaciones de estrés ambiental, presión al consumo del grupo de amigos y de la publicidad, etc.
 3. Utilizar el grupo como recurso educativo y terapéutico, procurando crear un clima de confianza y respeto mutuo que facilite:
 - La identificación y el apoyo emocional entre los participantes, reduciendo la sensación de aislamiento generada por la necesidad de guardar “el secreto familiar.
 - La discusión conjunta de opiniones propias y dudas respecto al alcohol, el alcoholismo y las otras drogodependencias.
 - La demanda de ayuda a los demás ante los problemas personales. La práctica de habilidades sociales dentro de un grupo, en una situación controlada.
 - El aprendizaje de roles juveniles normativo a través de la identificación con modelos positivos dentro del grupo.
 4. Facilitar una atención global a toda la familia con el fin de:
 - Dotar a los padres de recursos educativo para establecer límites coherentes mantener las normas y los valores familiares, fomentar la libertad y la responsabilidad progresivas en los hijos, entender la crisis adolescente y otros períodos de transición, mantener una actitud abierta y flexible con los hijos, potenciar las habilidades de comunicación, convivencia y resolución de conflictos.
 - Disminuir los sentimientos de culpa sobre la enfermedad y los trastornos que ha podido ocasionar en la familia.
 - Evitar las actitudes co-dependientes que facilitan el mantenimiento del hábito alcohólico.

- Favorecer la aceptación del alcohólico como un enfermo que, aunque no ha buscado conscientemente su enfermedad, debe responsabilizarse de su tratamiento y recuperación.
- Apoyar la reorganización familiar y el restablecimiento de los lazos afectivos
- Mostrar esperanza en el futuro.

En general, los contenidos del Programa ALFIL están centrados en la temática del alcohol; sin embargo, sus objetivos van más allá de la prevención del abuso de esta sustancia.

En este programa hablar sobre el alcohol y el alcoholismo sirve, por un lado, para que los jóvenes y sus padres puedan entender cómo ha afectado a su vida familiar, y por otro, para educar en valores, actitudes y habilidades que pueden ayudar a prevenir, no solo problemas con el alcohol u otras drogas, sino cualquier tipo de psicopatología relacionada con dificultades emocionales y sociales que son frecuentes en las familias alcohólicas.

Metodología

La metodología del Programa ALFIL se describe en el manual que se ha utilizado como material de apoyo para la realización de grupos Psicoeducativa para jóvenes con antecedentes familiares de alcoholismo.

Las propuestas del manual, aunque suficientemente sistematizadas para permitir la evaluación de la experiencia, permiten hacer un uso flexible y acorde con las necesidades del grupo con el que se pretende trabajar. El manual también incluye cuestionarios para evaluar los cambios en los conocimientos, las actitudes y las expectativas sobre el alcohol, tras la participación en las sesiones; así como cuestionario para recoger la valoración de la experiencia por parte de los padres y los hijos participantes.

Los grupos psicoeducativos del ProgramaALFIL constan de 11 sesiones, 9 para los hijos y 2 para sus padres. (Los grupos de jóvenes están formados por entre 6 y 11 participantes, de ambos sexos, y de edades comprendida entre los 7a 16 años divididos, siempre que es posible, en grupos de edad homogéneos.

Las sesiones de grupo son guiadas por un educador-terapeuta (en ocasiones, se añade un co-terapeuta), tienen una duración aproximada de 90 minutos y se pueden realizar con una frecuencia de una o dos sesiones por semana.

Si se dispone de personal suficiente, las sesiones para padres se suelen realiza paralelamente a la primera y la última sesión para hijos, aprovechando el final de la sesión para celebrar la despedida conjuntamente.

Las actividades que se realizan durante las sesiones siguen, fundamentalmente, una orientación cognitivo-conductual, aunque también hay lugar para el análisis de los sentimientos y las emociones más comunes en una familia con problemas de alcohol.

Se procura mantener una dinámica de grupo participativa, fomentando la expresión de opiniones y experiencias personales.

La información sobre el alcohol y otras drogas no se transmite un idireccionalmente, sino que se procura proporcionar a los jóvenes un espacio paraqué puedan compartir creencias y reflexionar sobre algunos conceptos, mitos y expectativas.

También se les entrena en la toma de decisiones responsable después de discutir en grupo los pros y el contra del consumo de alcohol u otras drogas, así como en estrategias para hacer frente a las presiones internas y externas hacia ese consumo, y obviamente la terapia individual a cada participante.

TERAPIA COGNITIVO - CONDUCTUAL

Beck (2000), la terapia cognitivo conductual es una fusión de las terapias conductista y las terapias cognitivas, al igual que las terapias conductistas considera que la conducta es aprendida, solo que estas son mediadas por factores cognitivos, es decir, no es una simple asociación estímulo-respuesta, el individuo no reacciona mecánicamente, sino que previo a la emisión de la respuesta, existe un pensamiento que se presenta como producto, muchas veces de las creencias que el individuo va internalizando a lo largo de su vida; cuando los sentimientos negativos son castigados de pequeños, crecemos con la creencia que experimentarlos nos convierte en personas malas y vamos por el mundo tratando de agradar a todos siendo lo que no somos, tratando de ser "buenos" para ser aceptados; es muy común que los padres tiendan a censurar emociones como el enojo, principalmente, porque tienen y a la vez inculcan a los hijos la creencia, que el enojarse hará que los demás se alejen de ellos, que la única manera de tener "amigos" es mostrarse siempre complaciente sin tomar en cuenta sus derechos, incluso, una manera de censurárselos es que, cuando el niño se enoja con ellos con justa razón, (porque el hecho que sean padres no quiere decir que no provoquen situaciones que dañan a los hijos y desencadene el enojo), éstos los castigan dejándoles de hablar y no atendiendo sus necesidades, entonces, lo que los niños aprenden, es que, para estar bien con los demás lo mejor es reprimir su emoción y mostrarse complaciente.

Las emociones negativas son parte del individuo, es normal que ante un peligro, una pérdida, un acto fallido, etc. se experimente, si el individuo dice que no los tiene, es porque los reprime, y la causa de esta represión es, como ya se vio, por esa creencia que tiene que son malas, que lo hace una mala persona, entonces, al no manifestarlos, están latentes, y es cuando se convierten en inapropiadas para el sujeto, y es cuando presenta conflictos emocionales que se reflejan en su conducta, y todo porque hizo una interpretación errónea de la realidad.

Psicoeducación

Miller (1998) expresa que es la educación o información a las personas que sufren de algún Trastorno Psicológico permitiendo brindar a los pacientes la posibilidad de desarrollar y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo.

La psicoterapia racional-explicativa y la proporción de información

Involucra algunas estrategias especiales que tienen relación con las comunicaciones conocidas como proporción de información, consejo directo, esclarecimiento e interpretación. “Considera como instrumento primordial el abordaje explicativo sobre la etiología que explica al enfermo las causas y esencia del estado patológico, lo mismo que los mecanismos de formación de los síntomas que le aquejan” [Balarezo, 2003].

La psicoterapia explicativa se relaciona directamente con la educación terapéutica, por cuanto implica “todo proceso educativo que, dirigido a una población enferma, pretende mejorar su calidad de vida y su bienestar social, a través de una modificación de actitudes, aptitudes y hábitos, en sentido positivo, y mejorando el cumplimiento terapéutico” [Marqués, 2004].

Manejo de la culpa y la vergüenza

Allen (1996) refiere que es la aparición de un sufrimiento psicológico asociado a pensamientos y emociones de tipo acusatorio en relación con la transgresión de una regla real o imaginaria

Involucra a manera de embarazo y ridículo al yo de la persona.

La vergüenza se refiere al fracaso de una persona, mientras que la culpa apunta a una falla en el hacer.

Aspectos comunes de la culpa y la vergüenza.

- Las dos emociones son de carácter moral
- Son autoconscientes por que se refieren a uno mismo.
- Ambas tienen connotaciones negativas.
- Las dos implican algún tipo de atribuciones internas.
- Las dos se experimentan típicamente en contextos interpersonales.
- Los hechos negativos que las provocan son muy similares

Aspectos en que difieren ambas emociones

- El foco de evaluación
- Imagen del Yo
- Nivel de estrés
- Foco de preocupación
- La experiencia
- Aspecto asociada motivacionales
- Funcionamiento del Yo
- Formas de culpa...
- Culpas sin lógica causal
- Culpas excesivas
- Culpas mal adaptativa

Formas de culpa según Grinberg (2010):

- Culpa persecutoria
- Culpa depresiva

Formas de culpa según autores Golberg(2001):

- Forma de masoquismo moral...Sigmund Freud: culpa emoción de aparición tardía que surge como forma de angustia.

Culpa no debe tener como único referente el aspecto individual. Alice Miller (2001):

Condicionamiento entre el acto malo y el exterior.

Enfoques que han intentado aportar para la comprensión de la culpa

El conductismo, cognitivo, interpersonal y el modelo de la psicología positiva.

Aportes de otros Enfoques:

Presentan la culpa como resultado de errores cognitivos:

- Reevaluación errónea de los hechos.
- Distorsión en la atribución de la responsabilidad personal
- Distorsión en la justificación por la que se tomó una determinada decisión que luego resulto errónea.
- Culpa por decisiones

Factores potenciadores.

- Que los hechos signifiquen un daño para otros.
- Cercanía física de los hechos generadores de culpa.
- Daño causado a la pareja.
- Daño que sea irreparable.
- Hechos causados por el hombre vs. Causados por azar.
- Situaciones en que cualquier camino tendría una consecuencia negativa.
- Hechos que producen consecuencias injustas o no equitativas.
- Explica la culpa como resultado de un mecanismo de regulación de intercambios y como una herramienta de manipulación y control interpersonal.

Aspectos que generan culpa.

- Reprochar constantemente a otras cosas que no ha hecho.
- Exagerar el sufrimiento propio de cosas que han sucedido.
- Reprochar cosas que ha hecho.
- Echar regularmente en la cara errores del pasado.
- Crear falsas historias (distorsiones mentiras)

Abordaje terapéutico de la culpa

Valorar el vínculo que tiene el paciente con la culpa

- Indagar sobre la presencia real o imaginaria de un potencial acusador
- Ayudar a la persona a explorar su ambivalencia
- Análisis de las normas aprendidas
- Dentro de las manifestaciones más recientes están: depresiones, irritabilidad, agresividad, sensación de humillación o sumisión.
- También es importante identificar conductas que guarden alguna relación con la culpa como son: evitar contacto afectivo,

Indagar sobre la presencia real o imaginaria de un potencial acusador.

- El acusador puede ser una figura de autoridad que en su condición de portador de la norma protesta ante alguien por la transgresión de la misma.
- Para determinar el ojo acusador en relación a la norma se pueden hacer varios ejercicios como por ejemplo poner al cliente a identificar el ojo acusador, las normas transgredidas, su posible origen y el posible objeto de culpa.

Ayudar a la persona a explorar sus ambivalencias

- A menudo el cliente expresa sentimientos de amor y rechazo hacia los referentes simbólicos de su culpa
- Algunos ejercicios para explorar la ambivalencia han sido aportes de diferentes corrientes terapéuticas, entre ellas la terapia gestáltica.
- Análisis de las normas aprendidas
- Las normas tienen por lo regular una connotación ética o moral.
- Una de las técnicas utilizadas es recomendadas para trabajar este aspecto es el recuerdo de las vivencias.
- Explorar la intencionalidad del daño
- Desarrollar un plan de trabajo para los errores de juicio en relación a la culpa
- Incorporar la culpa dentro de una lógica de aceptación
- Pasar del auto castigo al auto cuidado
- Perdón y reparación

Abordaje terapéutico de la vergüenza

- Incentivar a los clientes a expresar sus emociones
- Analizar la historia personal³. Conversar sobre su estilo de relación
- Analizar los pensamientos autodestructivos basados en errores de lógica
- Técnicas de exposición gradual
- Reforzar la autoimagen

Técnicas psicológicas

El tratamiento psicológico se basa en las estrategias cognitivas y conductuales. Las técnicas conductuales se han mostrado útiles y de relativamente fácil aplicación.

Su eficacia es mayor en los escolares que en los adolescentes y cuando los problemas en el comportamiento están comenzando. Así, se podría decir que son estrategias con un componente de intervención y con un componente preventivo.

Los encargados de aplicar las técnicas conductuales son los tutores (familiares o quienes tengan su tutela), profesores, etc. del niño (a diferencia de las estrategias cognitivas que las realizan los terapeutas sobre el niño). Por ello, se debe entrenar a los tutores en la identificación de los problemas que van apareciendo y en la idoneidad de aplicar cada técnica. Antes de comenzar la exposición sobre las técnicas de intervención, es preciso mencionar una serie de recomendaciones generales:

Las técnicas de modificación de la conducta se deben aplicar de manera continua. No se pueden establecer descansos (por ejemplo, los fines de semana), ya que suponen un retroceso en los logros.

Es necesaria una minuciosa coordinación sobre las pautas utilizadas para aplicarlas en todos los entornos (escolar, en casa, etc.). De nada sirve que se

aplique una técnica en un sitio y no en otro, por lo que todos los implicados deben estar informados.

No existen programas de intervención universales.

Hay que evaluar los problemas del niño de manera individual, priorizando las actuaciones sobre aquellos problemas más importantes.

Programas iguales aplicados sobre niños con síntomas similares pueden producir efectos contrarios, por lo que hay que reevaluar de manera periódica la efectividad de la intervención.

Hay que tener en cuenta que estamos realizando un aprendizaje, no un castigo. Siempre aclarar al niño que le damos disciplina y que no significa que no tengamos cariño por él.

Antes de comenzar con las estrategias conductuales, se debe establecer un registro de conductas de la manera que se prefiera (que los padres traigan escrito en una hoja los problemas que aparecen a lo largo del día, que el profesor escriba en la agenda escolar las conductas disruptivas, etc.). En dicho registro, se deben especificar:

1. Las características de la conducta anómala y todas sus particularidades importantes.
- 2-. La intensidad de los síntomas, incluyendo:
 - Su consistencia.
 - La frecuencia.
 - La expresión de los síntomas en relación con el entorno. En qué situaciones empeoran o mejoran.
 - La evolución a lo largo del tiempo.

Aunque existen muchas técnicas conductuales, algunas de las más importantes son las siguientes:

1. Técnicas de conducta dirigidas a eliminar problemas en el comportamiento:

Corrección verbal y física: para que la corrección verbal sea efectiva, se debe procurar un estilo comunicativo padres-niño basados en el lenguaje propositivo, esto es, evitándolas frases con negaciones. Por ejemplo, en lugar de decir “no le pegues a tu hermano”, decir “quiere mucho a tu hermano”. Esto permite guardar el “no” para los momentos especialmente disruptivos. Cuando se produce ese momento, se le da al niño la instrucción con un “no” antepuesto, con un tono de voz firme y enérgica. Por ejemplo, cuando el comportamiento sobrepasa una pelea normal entre hermanos, se puede decir: “¡No! ¡Quieto!”. A la corrección verbal se le puede acompañar una corrección física. Consiste en utilizar cierta fuerza para eliminar la conducta, sin dañar ni causar dolor al niño. Por ejemplo, en el caso anterior, a la vez que decimos “¡No! ¡Quieto!”, podemos coger de la mano al niño agresor, girarlo sobre su eje y administrarle un pequeño empujón que lo separe del hermano agredido, [Káiser 2009].

2. Extinción: se basa en la ignorancia

De las conductas que manifiesta el niño. Veamos un ejemplo de su utilización: la familia acude a un supermercado y el niño interrumpe constantemente pidiendo unas y otras cosas. La respuesta refleja de sus padres es hacer callar al niño. Éste se enfada y aumenta la intromisión, y así sucesivamente hasta que estalla el conflicto, con una gran rabieta. Una alternativa consiste en ignorar la primera irrupción. Los padres deben estar comprando y hablando entre ellos con el mismo todo de voz y sin mirar hacia el niño. En las primeras ocasiones en que se practica esta técnica, el niño aumenta la intensidad de la intromisión, ya que entiende que ahora no se le hace caso cuando antes se convertía en el centro de atención. Este efecto se denomina estallido de extinción. Poco a poco, a medida que se suceden los ensayos, la conducta del niño se va modulando debido a que no encuentra respuesta a sus peticiones. Es importante no ceder cuando el niño aumenta la intensidad de intromisión. Si se cede, se le puede transmitir que la respuesta de los padres aparece cuando su

irrupción se realiza con más ímpetu. La extinción se utiliza, sobre todo, cuando hay conductas desafiantes y opositoras graves.

3. Técnicas de conducta dirigidas a aumentar los comportamientos positivos:

Técnicas de reforzamiento: los niños con problemas de comportamientos se acostumbran con facilidad a los castigos. Por ello, no resulta útil mantener una actitud beligerante constante como respuesta a sus conductas. Conviene recordar que el mal comportamiento del niño no es voluntario en la mayoría de las ocasiones. En contraposición, resulta eficaz el reforzamiento positivo. Consiste en transmitir alabanzas y halagos a lo que el niño hace dentro de “la normalidad”.

Por ejemplo, si una tarde el niño no le pega a su hermano, cuando lo venía haciendo a diario en el último mes, se le debe decir: “Muy bien, campeón, enhorabuena. Lo has logrado. Eres fantástico...”. En ocasiones, se pueden añadir pequeños premios tangibles, como un juguete de poco valor o una tarde en el cine. Las alabanzas de los padres son los premios más eficaces para mejorar el comportamiento. Más que los juguetes u otros premios.

Técnicas Cognitivas para manejar la Ira – Autocontrol

1.- Detectar y cambiar pensamientos irracionales

Si queremos controlar nuestra ira tendremos que aprender a detectar y cambiar los pensamientos irracionales relacionados con ella.

Cuando estemos enfadados deberíamos escribir lo que pensamos y considerar si el pensamiento es racional o irracional.

Los pensamientos racionales son reales, verificables, probables, lógicos y provocan unos sentimientos moderados que están en consonancia con la situación. Se expresan en forma de deseos y preferencias. Cuando no conseguimos lo que deseamos, los sentimientos negativos de preocupación, disgusto, no son excesivos y no nos impiden el logro de nuestros objetivos y propósitos (si no puede ser ahora en otro momento lo conseguiré)

Los pensamientos irracionales no se pueden verificar con la realidad, provocan sentimientos desmesurados que no están en consonancia con la situación, se expresan en términos de “debería”, “necesito”, “tienes que etc. y se mantienen en forma dogmática y absolutista. Cuando no se cumplen nuestras exigencias,

reaccionamos con emociones y conductas contraproducentes (tristeza e ira excesiva, conductas inhibidas o agresivas). También van en contra de la lógica y de la evidencia, (ejemplos).

Situación 1	Pensamientos Irracionales	Consecuencias emociones y conductas
Unos compañeros te miran fijamente y sonrén.	“se están burlando de mí”	Rechazo, menosprecio, antipatía Insultas, atacas o te escondes.

Cuadro N°36

Elaborado por: Miguel Ulloa

Situación 2	Pensamientos racionales	Consecuencias emociones y conductas
Unos compañeros te miran fijamente y sonrén.	“mis colegas están de buen humor”	Aceptación, aprecio, simpatía Sonrís, te aproximas.

Cuadro N°36

Elaborado por: Miguel Ulloa

1. Conocimiento de las reacciones emocionales.

Cuando una persona tiene un arrebato de ira o de cólera se siente desbordado por todo tipo de sentimientos: tensión, miedo, desesperación, tristeza, resentimiento, culpa, rechazo, soledad, etc. También puede sentir el rechazo de los demás y después el repliegue autodefensivo. Hay personas que se sienten atrapadas por sus emociones y que son incapaces de escapar de ellas como si fueran esclavos de sus estados de ánimo.

Tomar conciencia de un estado de ánimo negativo conlleva también el intento de desembarazarnos de él.

Es conveniente preguntarse ¿Qué me está pasando? ¿Qué sentimientos tengo en este momento?

2. Reestructuración cognitiva

La cadena de pensamientos hostiles que alimenta el enfado nos proporciona la clave para clamarlo. Cuantas más vueltas demos a los motivos por los que nos

hemos enfadado más buenas razones y más justificaciones encontraremos para seguir enfadados, por tanto, como afirma Tice, la mejor solución es:

“Volver a encuadrar la situación en un marco más positivo”. Intenta comprender a la otra persona, piensa que lo hace porque está nerviosa, tiene un mal día, es pequeña,.... Trata de buscar algo positivo de la otra persona.....piensa que en otras ocasiones ha tenido buenos comportamientos, [Balarezo, 2001]

3. Busca distracciones

Trata de aplacar la excitación fisiológica provocada por la descarga de adrenalina buscando actividades alternativas. Canaliza la energía hacia un fin más productivo, busca alguna actividad. El ejercicio físico disminuye el enfado ya que aumenta la activación fisiológica (ponte a correr, subir escaleras, pasear, tomar el aire en la terraza....).

Las distracciones en general cortan la cadena de pensamientos negativos. Si en las actividades que se realizan la persona disfruta el olvido del enfado está garantizado en pocos minutos.

1. Medicación

Si existe una alarma emocional que embarga a la persona en forma de continua nerviosismo, irritabilidad, insomnio o pesadillas, hay sustancias químicas que compensan parcialmente estos desequilibrios bloqueando el sistema nervioso simpático estimulando la serotonina y los betas inhibidores. Uno de estos medicamentos es el propanolol.

Toma de decisiones

Si la habilidad para tomar decisiones se aprende, también se puede practicar y mejorar. Parece ser que las personas hábiles en la toma de decisiones tienen capacidad para clasificar las distintas opciones según sus ventajas e inconvenientes y, una vez hecho esto, escoger la que parece mejor opción. El método básico sería, [Balarezo 2003].

El proceso de los cinco pasos:

1. Definir el problema. Con este paso hay que procurar responder a la pregunta de ¿Qué es lo que se desea conseguir en esa situación?
2. Buscar alternativas. En este paso es importante pensar en el mayor número de alternativas posibles, ya que cuantas más se nos ocurran, más posibilidades tendremos de escoger la mejor.
Es importante evitar dejarnos llevar por lo que hacemos habitualmente o por lo que hacen los demás.
Si no se nos ocurren muchas alternativas, pedir la opinión de otras personas nos puede ayudar a ver nuevas posibilidades.
3. Valorar las consecuencias de cada alternativa. Aquí se deben considerar los aspectos positivos y negativos que cada alternativa puede tener, a corto y largo plazo, tanto para nosotros como para otras personas.

Para llevar a cabo este paso correctamente, muchas veces no es suficiente la información con la que se cuenta. En este caso es necesario recabar nuevos datos que ayuden a valorar las distintas alternativas con las que se cuenta. Por ejemplo, una persona que quiere empezar a practicar algún deporte, a la hora de valorar las diferentes alternativas, si no dispone de datos suficientes, deberá recabar información sobre: dónde se puede practicar los distintos deportes sugeridos; qué material se necesita; necesidad de un aprendizaje previo, qué costes tienen, etc.

Para cada una de las alternativas por separado, haremos una lista de todas las ventajas y desventajas que comporta. Seguidamente, daremos una puntuación de 0 a 10 a cada ventaja y a cada inconveniente en función de su importancia, teniendo en cuenta que: 0 es “nada importante” y el 10 significa que es “esencial o muy importante”. Finalmente, una vez puntuada cada ventaja y cada inconveniente en esa escala, se suman los números dados a todas las ventajas por un lado y todos los inconvenientes por otro. Si el resultado es positivo es que tiene más ventajas ó éstas son más importantes que los inconvenientes.

4. Elegir la mejor alternativa posible. Una vez que se ha pensado en las alternativas disponibles y en las consecuencias de cada una de ellas, habrá que escoger la más positiva o adecuada.

Una vez que se han valorado las distintas alternativas, hay que compararlas entre sí, escoger la que más nos satisfaga. Como normal general, aquella que tenga más ventajas que inconvenientes, o si utilizamos el procedimiento matemático, aquella alternativa que tiene el número positivo más alto.

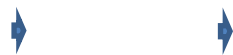
A veces la mejor alternativa no es ninguna de las propuestas sino que surge como combinación de varias de las propuestas. En el ejemplo, podemos decidarnos por un deporte concreto (fútbol, baloncesto, tenis, etc.) o se puede optar por escoger varios que sean complementarios (por ejemplo, la natación para estar en forma y el fútbol como forma de relacionarse con los amigos/as).

5. Aplicar la alternativa escogida y comprobar si los resultados son satisfactorios. Una vez elegida, deberemos responsabilizarnos de la decisión tomada y ponerla en práctica. Además debemos preocuparnos por evaluar los resultados, con lo que podremos cambiar aquellos aspectos de la situación que todavía no son satisfactorios y además podremos aprender de nuestra experiencia.

Habilidades sociales

Teoría del aprendizaje social de Albert Bandura

La teoría del aprendizaje social, de Albert Bandura, está basada en los principios del condicionamiento operante desarrollados por Burrhus Frederic Skinner (1938), quien parte de que la conducta está regulada por las consecuencias del medio en el que se desarrolla dicho comportamiento. El esquema de cómo aprendemos según este modelo es el siguiente:



ESTÍMULO RESPUESTA CONSECUENCIA (positiva o negativa).

Con base en este esquema, nuestra conducta está en función de ciertos antecedentes y consecuencias que, en caso de ser positivas, refuerzan el comportamiento. Las habilidades sociales se adquieren mediante:

- Reforzamiento positivo y directo de las habilidades
- Aprendizaje vicario o aprendizaje observacional, mediante el desarrollo de expectativas cognitivas respecto a las situaciones interpersonales
- Retroalimentación interpersonal

Estos cuatro principios del aprendizaje social permiten estructurar el entrenamiento en habilidades sociales, de manera que éste cumpla las siguientes condiciones:

- Que sepamos qué conductas nos demanda una situación concreta;
- Que tengamos oportunidad de observarlas y de ejecutarlas;
- Que tengamos referencias acerca de lo efectivo o no de nuestra ejecución (retroalimentación);
- Que mantengamos los logros alcanzados (reforzamiento);
- Que las respuestas aprendidas se hagan habituales en nuestro repertorio (consolidación y generalización).

Tipos de habilidades sociales

Según García y Saiz y Gil (1992), pueden dividir las habilidades sociales en distintos tipos según el criterio de clasificación que se utilice. Mediante una ordenación temática clásica, aparecen 5 grupos:

Grupo 1: Primeras habilidades sociales

- Escuchar.
- Iniciar una conversación.
- Mantener una conversación.
- Formular una pregunta.
- Dar las gracias.
- Presentarse.
- Presentar a otras personas.
- Hacer un cumplido.

Grupo 2: Habilidades sociales avanzadas

- Pedir ayuda.
- Participar.
- Dar instrucciones.
- Seguir instrucciones.
- Disculparse.
- Convencer a los demás.
- Dar tu opinión sobre lo que piensas al respecto

Grupo 3: Habilidades relacionadas con los sentimientos

- Conocer los propios sentimientos.
- Expresar los sentimientos.
- Comprender los sentimientos de los demás.
- Enfrentarse con el enfado del otro.
- Expresar afecto.
- Resolver el miedo.
- Auto-recompensarse.

Grupo 4: Habilidades alternativas a la agresión

- Pedir permiso.
- Compartir algo.
- Ayudar a los demás.
- Negociar.
- Empezar el autocontrol.
- Defender los propios derechos.
- Responder a las bromas.
- Evitar los problemas a los demás.
- No entrar en peleas.

Grupo 5: Habilidades para hacer frente al estrés

- Formular una queja

- Responder a una queja.
- Demostrar deportividad después de un juego.
- Resolver la vergüenza.
- Arreglárselas cuando le dejan a uno de lado.
- Defender a un amigo.
- Responder a la persuasión.
- Responder al fracaso.
- Enfrentarse a los mensajes contradictorios.
- Responder a una acusación.
- Prepararse para una conversación difícil.
- Hacer frente a las presiones del grupo

ASERTIVIDAD

La asertividad es un comportamiento comunicacional en el cual la persona no agrede ni se somete a la voluntad de otras personas, sino que manifiesta sus convicciones y defiende sus derechos. Cabe destacar que la asertividad es una conducta de las personas, es decir, que es un comportamiento. También se dice, que es una forma de expresión consciente, congruente, clara, directa y equilibrada, cuya finalidad es comunicar ideas y sentimientos o defender los legítimos derechos de las personas sin la intención de herir o perjudicar, actuando desde un estado interior de autoconfianza, en lugar de la emocionalidad limitante típica de la ansiedad, la culpa o la rabia.

CARACTERÍSTICAS DE UNA PERSONA ASERTIVA.

- Es una persona segura de sí misma.
- No es agresiva.
- Se maneja de manera calmada pero precisa y clara en sus criterios.
- No teme expresar lo que piensa y siente.
- Siempre se dirige con respeto y elegancia hacia los demás.

- Acepta el derecho de los demás a expresarse, aun no este desacuerdo con su opinión.
- Se acepta y se respeta a sí misma.
- No alardea de sí mismo.
- No se deja intimidar por otros.
- Reconoce sus derechos y los defiende.
- Es íntegra, hay concordancia entre o que dice y hace.
- Sabe escuchar.
- Sabe lo que quiere.

Lazarus y Folkman (1986) definen a afrontamiento como esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas internas o externas evaluadas como desbordantes de los recursos de los individuos

Las dos funciones de manejo más importantes son las que se centran en el problema y las que se centran en la emoción:

1. EN EL AFRONTAMIENTO DIRIGIDO AL PROBLEMA: Sus acciones están encaminadas a modificar la problemática en sí. Pueden ser:
 INTERNAS EXTERNAS Reevaluaciones Definición del cognitivas,
 aprender problema, vencer procedimientos obstáculos, nuevos de
 búsqueda de afrontamiento.

AFRONTAMIENTO CENTRADO EN LA EMOCIÓN: Tiene como finalidad disminuir el grado de malestar emocional mediante estrategias como: evitación comporta mental, minimización, etc.

Hay diversas formas para manejar el estrés real o anticipado. Folkman y Lazarus (1986) hallaron 8 Factores de Forma De Manejo:

1. Manejo confrontador
 Distanciamiento
 Autocontrol -Búsqueda de apoyo social
 Aceptación de responsabilidad -Escape-Evitación

- Resolución Planificada de -revaloración positiva problemas
 Reevaluación positiva- dar un nuevo significado a la situación
2. Reacción depresiva- pesimismo
 3. Negación- no aceptación del problema
 4. Planificación- aproximación. Racional al problema
 5. Conformismo- resignación
 6. Desconexión mental- distracción- inatención
 7. Desarrollo personal auto estimulación-aprender de la situación
 7. Control emocional- regular/ocultar los sentimientos
 8. Distanciamiento- suprimen los efectos emocionales
 9. Supresión de la distracción- paralizar las actividades/valorar el problema.
 10. Refrenar el afrontamiento- aplazar el afrontamiento Hasta tener + información.
 11. Evitar el afrontamiento – no empeorar la situación
 13. Resolver el problema –acción directa para solucionar el problema
 12. Apoyo social- buscar consejos y orientación. Para resolver el problema
 13. Desconexión comportamental-evitación
 16. Expresión emocional- asertividad y expresión de los estados internos
 14. Apoyo social emocional-comprensión por parte de los demás
 15. Respuesta paliativa – refugiarse en otras cosas (alcohol, fumar)

DIMENSIONES PARA CONCEPTUALIZAR LAS E.A (FERNÁNDEZ ABSCAL Y COL-1997)El método empleado en el afrontamiento

Focalización del afrontamiento Actividad movilizada en el afrontamiento

Los mecanismos de evitación pueden ser comportamentales (ej: no llevar a cabo algunas actividades) o cognitivos (ej: distanciarse).• Esta estrategia se orienta a regular la emoción y/o escapar, huir o bloquear la situación que activa el esquema.

ESTRATEGIAS DE EVITACION Millón (1999)

Se refiere a las estrategias evitativas como “constricción protectora” y la asocia a mecanismos represivos que evitan eventos presentes que puedan reactivar recuerdos pasados, en nuestro caso, los contenidos del esquema nuclear.

ESTRATEGIAS COMPENSATORIAS /ASEGURADORAS

El sujeto “opera” en el ambiente o en sí mismo produciendo transformaciones que disminuyen la probabilidad futura de que el esquema negativo se haga realidad.

A diferencia de las estrategias de evitación que se “retiran” del medio, las estrategias compensatorias/aseguradoras “operan” en el medio.

Cuando el sujeto no quiere o no puede evitar o escapar de las situaciones temidas, es probable que las estrategias compensatorias/aseguradoras se pongan en marcha.

ESTRATEGIAS COMPENSATORIAS □ /ASEGURADORAS

El paciente puede desplegar las siguientes:

Intentar ocultar o disimular las manifestaciones incómodas o dañinas del EN, para no ser descubierto.

Neutralizar activamente un agente que podría eventualmente hacer realidad la creencia trágica anticipatoria.

Reforzamiento discriminado interpersonal

Equilibrar un déficit percibido desarrollando comportamientos opuestos a los que marca y define el contenido del EN.

ESTRATEGIAS COMPENSATORIAS /ASEGURADORAS

Los comportamientos anteriores tienen en común que cada uno, en su estilo, crean un cinturón de seguridad/protección para que el EN no se active.

Otra diferencia con la estrategia de evitación es que mientras la de evitación está más dirigida a la emoción, estas están más dirigidas al problema aunque no sea resuelto adecuadamente.

ESTRATEGIAS COMPENSATORIAS /ASEGURADORAS

Las estrategias compensatorias/aseguradoras auto perpetúan la veracidad de los contenidos esquemáticos patológicos y en muchos casos pueden exacerbar los síntomas.

Bowlby (1990) observó que algunos niños quienes habían tenido experiencias de amenaza de pérdida o pérdida real podían compensar su sentimiento mediante

comportamientos de apego excesivo, búsqueda de fuentes de seguridad o necesidad compulsiva de un cuidador.

Clark, Beck y Alford (1999), realizan una distinción entre: Existen dos tipos de estrategias compensatorias: las conscientes y las automáticas. Ambas se caracterizan por ocultar o disimular manifestaciones incómodas del esquema nuclear, en la que antes de experimentar las consecuencias negativas, ejecuta una conducta previa para que no se produzca la reacción esperada. S. Nuclear: se refiere a términos de evaluación absoluta y generalizada a respecto de uno mismo. Están relacionadas con Estrategias Auto esquemas (Se refiere a las creencias y las ideas Compensatorias sobre uno mismo) y la Consciente Personalidad; son activadas por Eventos estresantes. Este estilo individual es más consciente y voluntario. Requieren la percepción del problema.

Una persona que se siente esencialmente débil, puede equilibrar el déficit volviéndose agresivo y hostil (Contra atacar para que no lo ataquen).

6.6. METODOLOGIA

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLES	TIEMPO
Preparación Logística	Determinar el sitio óptimo para la realización de la terapia.	Adaptar un espacio físico adecuado dentro de la unidad educativa.	Material de oficina Material bibliográfico Oficina de Orientación Vocacional. Aula del 7mo. año	Promotores de salud y Egresado de psicología. Pasantes de la carrera de psicología.	Del 01 al 4 de febrero
Establecimiento del encuadre	Establecer las normas y reglas que se respetaran durante el proceso. Acuerdos comunes. Afianzar la relación terapéutica.	Reunión con el grupo de niños. Explicar a los niños sobre los derechos, roles, deberes y la duración de las sesiones terapéuticas.	Material de oficina Material bibliográfico Oficina de Orientación Vocacional. Aula del 7mo. año	Promotores de salud y Egresado de psicología. Pasantes de la carrera de psicología.	7 y 11 de febrero.
Establecimiento del Rapport y Empatía	Fomentar la confianza y empatía para que sea más fácil la interacción de los niños con el terapeuta.	Dinámicas de integración entre los niños y personal de apoyo. Escucha empática.	Material de oficina Material bibliográfico	Promotores de salud y Egresado de psicología.	16 de febrero

		Exponer acerca del porque la realización de los talleres y el beneficio que este tendrá.	Oficina de Orientación Vocacional. Aula del 7mo. año	Pasantes de la carrera de psicología.	
Terapia Explicativa	Socializar a los niños y a los padres acerca de la Terapia Cognitivo Conductual, y del modelo ALFIL.	Exposición y explicación de la Técnica Cognitivo Conductual, y del modelo ALFIL.	Material de oficina Material bibliográfico Oficina de Orientación Vocacional. Aula del 7mo. año	Promotores de salud y Egresado de psicología. Pasantes de la carrera de psicología.	22-25-28 de febrero y 1 de marzo.
Especificar metas de la terapia	Estimular la comprensión de las conductas y a través de ellas mejorar su calidad de vida. Incentivar a aplicar en la vida diaria las técnicas.	Talleres grupales Relatos Reflexiones	Material de oficina Material bibliográfico Oficina de Orientación Vocacional. Aula del 7mo. Año	Promotores de salud y Egresado de psicología. Pasantes de la carrera de psicología.	4 de marzo.

<p>Detectar y cambiar ideas irracionales</p>	<p>Autoconocimiento acerca de las ideas irracionales con que se maneja en la vida diaria y como estas perjudican su convivencia.</p>	<p>Auto registro de sus creencias.</p>	<p>Material de oficina Material bibliográfico Oficina de Orientación Vocacional. Aula del 7mo. año</p>	<p>Promotores de salud y Egresado de psicología. Pasantes de la carrera de psicología.</p>	<p>8 – 11 y 15 de marzo</p>
<p>Aplicación del modelo ALFIL</p>	<p>Prevenir y modificar las conductas de padres e hijos</p>	<p>Mediante sesiones estructuradas dirigidas a padres e hijos</p>	<p>Material de oficina Material bibliográfico Oficina de Orientación Vocacional. Aula del 7mo. año</p>	<p>Promotores de salud y Egresado de psicología. Pasantes de la carrera de psicología.</p>	<p>22 – 24 y 29 de marzo</p>
<p>Técnicas de conducta dirigidas a eliminar problemas en el comportamiento</p>	<p>Eliminar conductas agresivas en el niño.</p>	<p>Talleres Corrección verbal y física Extinción</p>	<p>Material de oficina Material bibliográfico Oficina de Orientación Vocacional. Aula del 7mo. año</p>	<p>Promotores de salud y Egresado de psicología. Pasantes de la carrera de psicología.</p>	<p>5-8 y 12 de abril</p>

Técnicas de conducta dirigidas a aumentar los comportamientos positivos	Reforzar conductas positivas.	Técnicas de reforzamiento Economía de fichas Contrato de contingencias.	Material de oficina Material bibliográfico Oficina de Orientación Vocacional. Aula del 7mo. año	Promotores de salud y Egresado de psicología. Pasantes de la carrera de psicología.	19-22-26 de abril y 4 de mayo.
Evaluación del proceso terapéutico	Evaluar si el proceso terapéutico ha dado resultados acorde a los objetivos.	Llevar un registro de evaluación que determine los avances.	Material de oficina Material bibliográfico Oficina de Orientación Vocacional. Aula del 7mo. año	Promotores de salud y Egresado de psicología. Pasantes de la carrera de psicología.	10-18-25 de mayo

Cuadro N°37
Elaborado por: Miguel Ulloa

6.6.1 MODELO OPERATIVO

Esquema de las sesiones del Programa ALFIL

SESIONES PARA PADRES

Sesión	Título	Contenidos Básicos
1	Educar a los hijos para prevenir: Una tarea difícil.	Características de los adolescentes Pautas educativas saludables (normas, valores, libertad y responsabilidad progresiva, comunicación, etc.).
2	¿Cómo hablar con los hijos del alcohol y las drogas?	La conveniencia de hablar de la propia experiencia con el alcohol. Manejar la vergüenza y la culpa. Pautas de actuación ante el consumo de drogas de los hijos.

SESIONES PARA HIJOS

Sesión	Título	Contenidos Básicos
1	Educar Opiniones sobre el alcohol y sus efectos	Formas de uso, abuso y dependencia
2	Información objetiva sobre el alcohol (los mitos y la realidad).	Crítica de los mitos culturales. Efectos objetivos del alcohol: agradables y desagradables, orgánicos y psicológicos, a corto y largo plazo.
3	El alcoholismo, una enfermedad con tratamiento.	La progresión del uso al abuso y la dependencia .El alcoholismo como enfermedad Tratamiento y rehabilitación. El mito de la “no-curación”
4	¿Por qué empiezan a beber algunos jóvenes?	Factores de riesgo y factores de protección. Entrenamiento en técnicas de afrontamiento cognitivo-conductuales y emocionales:
5	• La presión del grupo de amigos y de la publicidad	• Toma de decisiones. • Analizar y afrontar la presión del grupo y de la publicidad
6	• El malestar emocional • La facilitación de las relaciones sociales	• Afrontar el estrés, aumentar la autoestima, expresar sentimientos, resolver problemas, planificar el futuro, etc. • Habilidades sociales: comunicación asertiva, ligar y hacer amigos, manejo de conflictos, etc.

7	El alcoholismo, una enfermedad “familiar”: factores de riesgo en la familia y repercusiones en la convivencia.	El mito de “la herencia del alcoholismo” Un factor de riesgo genético: “aguantar bien el alcohol” El secreto familiar: “un elefante en el salón” Malestar emocional ante situaciones típicas en el hogar alcohólico (mentiras, olvidos, agresividad, etc.). Factores de protección en la familia.
8	Los síntomas iniciales de problemas con el alcohol en los jóvenes.	Los primeros síntomas: “yo aguanto mucho...”, “necesito el puntillo para pasarlo bien y evadirme...” Los límites entre el uso y el abuso ¿Cómo ayudar a alguien con problemas con el alcohol?
9	Despedida	Últimas dudas y comentarios. Resumen de ideas clave (póster). Evaluación de las sesiones y celebración padres-hijos

6.7 MARCO ADMINISTRATIVO

6.7.1 Recursos Físicos o Institucionales.

- Universidad Técnica de Ambato.
Facultad Ciencias de la Salud.
- Unidad Educativa Honduras.

6.7.2 Recursos Humanos.

- Investigador: Miguel Cristóbal Ulloa Núñez.
- Tutora: Dra. Mariela Lara

6.7.3 Materiales.

- Materiales de oficina.
- Equipos.
- Transporte.

6.7.4 Económicos.

MATERIAL	PRECIO
Personal de Apoyo, 300 mensuales por mes, durante 6 meses.	\$2000
Materiales de Oficina y adquisición de equipos, pizarras.	\$ 800
Material de Escritorio.	\$80
Transporte.	\$ 100
Imprevistos.	\$50
TOTAL	\$3030

CuadroN°38
Elaborado por: Miguel Ulloa

El proyecto será auto financiado por el investigador.

6.7.5 CRONOGRAMA

El diagrama a utilizar es la barra de Gantt de los meses Abril a Septiembre del 2015.

TIEMPO / ACTIVIDADES	Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Preparación logística	→																							
Establecimiento del encuadre																								
Establecimiento del rapport y empatía		→																						
Terapia explicativa					→																			
Especificar metas de la terapia												→												
Reconocer ideas irracionales y emociones inadecuadas-																→								
Aplicación del modelo ALFIL.																								
Evaluación del proceso terapéutico														→										

Cuadro N° 39
Elaborado por: Miguel Ulloa

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcantara, J. A. (1993) "Como Educar La Autoestima" Edit. CEAC. S.A. España.
- Beck, J. (2000) Terapia Cognitiva. Barcelona: Gedisa.
- Bergeron, M. (1999). El desarrollo psicológico del niño:(desde la primera edad hasta la adolescencia). Ediciones Morata.
- Casado, F. (1998). Algunas reflexiones sobre la incorporación de los psicólogos clínicos a los servicios de salud. Apuntes de Psicología, 16 (1 y 2), 73-80.
- Díaz, R.1; FERRI, M^aJ.2 (1999) Intervención en poblaciones de riesgo (1), los hijos de alcohólicos.
- Fernández Parra, A. (1997) Trastornos del Comportamiento en la Infancia. Fundamentos teóricos y prácticos. Granada: Grupo Editorial Universitario, (1), 43-47
- Guadalupe Díaz. (1998). "Documentos y Monografías". Primera Edición. Buenos Aires
- Hernandez, R. (2001). "Derechos Humanos". Segunda Edición. Editorial Paidós. México D. F.
- Haeussler, I.M. (1995.) "Confiar En uno mismo: Programa de Autoestima". Edit. Dolmen. S.A. Chile.
- Oros, L. (2005). Locus de Control: Evolución de su concepto y Operacionalización.
- Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R. (2001). Desarrollo Humano. Bogotá: McRae-Hill

LINKOGRAFÍA

- [alfil%2C-manual-para-educadores-y-terapeutas%2C-2000&ei=Ko](#)
- <http://es.scribd.com/doc/3669785/los-conflictos-familiares>
- <http://www.monografias.com/trabajos98/terapia-cognitivo-conductual/terapia-cognitivo-conductual.shtml#ixzz3PO6ahfuF>

- <http://www.calidad.ugto.mx/archivos/ASERTIVIDAD.pdf>
- <http://www.psicologia-online.com/autoayuda/hhss/HHSS4.ht>
- <http://coachingprotagonistas.wordpress.com/2013/05/17/ejemplos>
- http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000200011&lang=es
- http://www.scribd.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000100009&lng=pt&nrm=iso, Por otra parte en investigaciones realizadas se encontró en SCIELO “Comportamiento Agresivo en varones de 10 a 12 Años, pertenecientes a Colegios de Valparaíso*”
- <http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCIQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.socidrogalc>.
- <http://www.monografias.com/trabajos33/agresividad-infantil/agresividad-infantil.shtml>
- <http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source>
- Lago. E Da Silva SenaI ; Rita Narrimam Silva de Oliveira BoeryII; Patricia Anjos Lima de CarvalhoIII; HelcaFranciulli Teixeira ReisIV; Ana María Nunes Marques (2003), “*Alcoholismo en el contexto familiar: un enfoque fenomenológico*”, Recuperado de: http://www.scribd.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000700008&lang=es
- Núñez. L (2006), “*Alcoholismo y sus efectos sobre las Relaciones Familiares*” Por otro lado esta investigación que tiene como Tema “La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes” (Guayaquil-Ecuador)
- Revista de Psicología de la Universidad de Chile, 14(1), 89-08. Recuperado de: <http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewPDFIntegral/17338/18077>
- Schwartz. D: (1998), “*La autoestima y su importancia*” Primer Seminario Internacional de Capacitación Profesional. UNE. Recuperado de: http://repositorio.ute.edu.ec/bitstream/123456789/16028/1/41979_1.pdf
- socidrogalcohol.html%3Fdownload%3D26%3Aprograma

- Tabla de Distribución Chi Cuadrada Disponible en: www.mat.uda.cl/hsalinas/cursos/2010/evp2/Tabla%20ChiCuadrado.pdf.
- [web&cd=2&ved=0CCEQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.socidrogalcohol.org%2Fmanuales-y-guadadncladnicas](http://www.socidrogalcohol.org/manuales-y-guadadncladnicas)
- www.monografias.com“Incidencia del consumo de alcohol en el rendimiento académico de los estudiantes del ciclo diversificado del colegio Miguel de Santiago, período Granda 1998 – 1999

CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASE DE DATOS UTA

- SCIENCEDIRECT F. Gómez-Gallego, F. Bandrés Moya,(2013), *Drogodependencias en la adolescencia*, Laboratorio de Biopatología. Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. Tomado de:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541203711408>
- SCIENCEDIRECT R. Monasor, M. Jiménez, T. Palomo,(2013), *Intervenciones psicosociales en alcoholismo*, Unidad de Conductas Adictivas Hospital Universitario 12 de Octubre Avda de Córdoba, s/n28041 Madrid Tomado de:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575097303701020>
- SCIENCEDIRECT M. Jiménez, R. Monasor, G. Rubio,(2013), “*Instrumentos de evaluación en el alcoholismo*”, Hospital Universitario 12 de Octubre Madrid España. Tomado de:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575097303701019>
- SCIENCEDIRECT J.L. Pedreira Massaa, V. Blanco Rubiob, M.M. Pérez-Chacón, (2014), “*Psicopatología en la adolescencia*”, Keywords España tomado de:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541214708212>
- SCIENCEDIRECT Esteller E., Barceló .M, Segarra F, (2009),” *Alteraciones neurocognitivas y conductuales en los trastornos respiratorios del sueño infantil*”, Keywords España tomado de:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001651909000478>

ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PSICOLOGIA CLINICA



HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

Fecha de evaluación:

DATOS DE IDENTIFICACION

- Nombres y Apellidos:
- Cédula:
- Edad:
- Fecha de Nacimiento:
- Nacido y Residente:
- Instrucción:
- Ocupación:
- Estado Civil:
- Religión:
- Lateralidad:
- Fecha de Admisión:

MOTIVO DE CONSULTA

.....
.....
.....

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

.....
.....
.....
.....

PSICO ANAMNESIS PERSONAL NORMAL Y PATOLOGICA

Prenatal:.....
.....
.....
.....

Natal:.....
.....
.....

Infancia:.....
.....
.....
.....

Pubertad:.....
.....
.....

Madurez:.....
.....
.....

PSICO ANAMNESIS FAMILIAR NORMAL Y PATOLOGICA:

.....
.....
.....

HISTORIA SOCIAL

.....
.....
.....

HISTORIA LABORAL

.....
.....
.....

HISTORIA PSICOSEXUAL

.....
.....
.....

EXAMEN DE FUNCIONES MENTALES

Conciencia:.....

Atención:.....

Sensopersepciones:.....
Memoria:.....
Afectividad:.....
Inteligencia:.....
Pensamiento:.....
Voluntad:.....
Instintos:.....
Hábitos:.....
Juicio y Razonamiento:.....

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:

.....
.....

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

.....
.....
.....

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

.....

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

.....

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

.....
.....

ANEXO 2:

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PSICOLOGIA CLINICA**



Entrevista semiestructurado para identificar consumo de alcohol en algún miembro de la familia.

Elaborado por: Miguel Cristóbal Ulloa Núñez

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrarás una lista de preguntas. Léelas detenidamente y contesta con total franqueza.

Marque con una X la respuesta que usted crea.

1. Existe consumo de alcohol por parte de algún miembro de su familia?

SI NO

2. ¿Quién en su familia ingiere alcohol con mayor frecuencia?

PADRE

HIJOS

MADRE

ANEXO 3:**Test AUDIT**

Ítems	Criterios operativos de valoración
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	0. Nunca 1. Una o menos veces al mes 2. De 2 a 4 veces al mes 3. De 2 a 3 veces a la semana 4. Cuatro o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	0. Una o 2 1. Tres o 4 2. Cinco o 6 3. De 7 a 9 4. Diez o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?	0. No 2. Sí, pero no en el curso del último año 4. Sí, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?	0. No 2. Sí, pero no en el curso del último año 4. Sí, el último año

ANEXO 4:

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PSICOLOGIA CLINICA**



Cuestionario semiestructurado de Agresividad para niños.

Elaborado Por: Miguel Cristóbal Ulloa Núñez

(Basado en el test de Agresividad manifiesta)

Instrucciones:

Lea detenidamente cada una de las preguntas y proceda a contestarlas.

Señale con una X, según corresponda su caso.

DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO:

Sexo:..... Edad:.....

CUESTIONARIO:

Agresión verbal

1. Hablas en voz muy alta, y gritas con enfado

SI

NO

2. Insultas a tus compañeritos (p. ej., « ¡Eres tonto!»)

SI

NO

3. Utilizas un lenguaje grosero cuando estas enfadado y amenazas a tus compañeros.

SI

NO

4. Realizas amenazas de violencia («te voy a matar»).

SI

NO

Agresión física contra uno mismo

5. Te golpeas a ti mismo, te tiras del pelo.

SI

NO

6. Golpeas objetos duros con la cabeza o los puños, te arrojas al suelo.

SI

NO

7. Te produces heridas sin causarte un daño grave.

SI

NO

8. Te haces pequeños cortes, golpes o quemaduras leves.

SI

NO

9. Te haces cortes profundos, te muerdes hasta sangrar, te produces lesiones internas, fracturas, pérdida de conciencia o pérdida de los dientes.

SI

NO

Agresión física contra objetos

10. Das portazos, desparramas la ropa, lo desordenas todo cuando estás enojado.

SI

NO

11. Arrojas objetos contra el suelo, das patadas a los muebles sin llegar a romperlos, haces marcas en las paredes.

SI

NO

12. Rompes objetos, como las ventanas y cristales.

SI

NO

13. Prendes fuego, arrojas objetos peligrosamente con la intención de herir.

SI

NO

Agresión física contra otras personas

14. Realizas gestos amenazantes, maltratas a las personas, les agarras de la ropa Golpeas, das patadas, empujas y tiras del pelo a otras personas.

SI

NO

15. Atacas a otras personas causando daños físicos (torceduras, golpes, heridas).

SI

NO

16. Atacas a otras personas causando daños físicos graves (huesos rotos, heridas profundas, lesiones internas)

SI

NO

17. Crees que atacar es la mejor forma de defenderse

SI

NO

18. En la escuela tus compañeros dicen que eres:

- AGRESIVO
- MOLESTO
- INQUIETO
- TRANQUILO
- OTRO

18. En la escuela cuando tus compañeros te molestan que haces

- TE ENOJAS
- LES GOLPEAS
- BUSCAS VENGANZA
- AVISAS A TU PROFESOR
- NADA

Gracias por su Colaboración

ANEXO: 5

Miguel Ulloa Núñez egresado de Psicología Clínica; Estudiantes de la Unidad Educativa Honduras.

